



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

DEUXIÈME SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 2

**Loi visant principalement à instaurer
la responsabilité collective quant
à l'amélioration de l'accès aux services
médicaux et à assurer la continuité
de la prestation de ces services**

Présentation

**Présenté par
M. Christian Dubé
Ministre de la Santé**

NOTES EXPLICATIVES

Ce projet de loi vise principalement à améliorer l'accès aux services médicaux.

À ces fins, le projet de loi donne aux départements territoriaux de médecine familiale la mission d'affilier toutes les personnes admissibles de son territoire à des milieux de pratique où des services sont fournis par des médecins omnipraticiens ou par des infirmières praticiennes spécialisées. Il prévoit les modalités relatives à la répartition des personnes entre ces milieux de pratique, et confie à la Régie de l'assurance maladie du Québec la responsabilité de mettre en place un mécanisme visant à permettre à une personne admissible d'être ainsi affiliée.

Le projet de loi confère dorénavant au gouvernement le pouvoir d'établir par règlement les modes de rémunération des professionnels de la santé et les modalités relatives à la gestion de cette rémunération. Il lui donne aussi le pouvoir de fixer, aux fins de cette rémunération, les obligations relatives à la prise en charge des personnes assurées, de même que les différents niveaux de vulnérabilité qu'elles peuvent présenter. Il confie à la Régie la responsabilité de déterminer le niveau de vulnérabilité d'une personne, et prévoit que le règlement du gouvernement peut identifier les renseignements qu'elle doit utiliser pour ce faire, prescrire qui doit les lui communiquer et prévoir les sanctions administratives et pénales applicables en cas de manquement à ces règles.

Le projet de loi ajoute aux services assurés la prise en charge par un médecin omnipraticien d'une personne affiliée à un milieu de pratique. Il prévoit que ce service est rémunéré par capitation, au tarif prévu par une entente conclue avec l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens en fonction du niveau de vulnérabilité des personnes prises en charge. Il prévoit que les médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un milieu de pratique ont collectivement droit à cette rémunération par capitation et il établit les règles relatives à son versement par la Régie. Il permet également aux médecins omnipraticiens d'un même milieu de pratique de se doter de règles déterminant la façon dont elle sera répartie entre eux.

Le projet de loi contient des dispositions qui établissent, jusqu'à ce qu'un règlement soit pris par le gouvernement, le mode de rémunération des médecins omnipraticiens exerçant dans un cabinet privé de professionnel, un centre local de services communautaires et certains autres milieux de pratique. Ces dispositions prévoient qu'ils sont rémunérés selon un mode de rémunération composée, qui comprend à la fois la rémunération par capitation, une rémunération à taux horaire et une rémunération additionnelle pour certains services. Elles établissent également les normes relatives à la prise en charge des personnes assurées par les médecins visés, de même que, notamment, les niveaux de vulnérabilité pris en compte pour la rémunération par capitation, les renseignements utilisés par la Régie pour déterminer le niveau de vulnérabilité d'une personne assurée et les professionnels qui doivent lui communiquer ces renseignements.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit des dispositions concernant un supplément collectif versé aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes en contrepartie de

l'atteinte d'objectifs visant à améliorer l'accès aux services médicaux ou à assurer la qualité de ces services. Il prévoit que ces objectifs, qui peuvent être nationaux, territoriaux ou locaux selon les ensembles de médecins ou les milieux de pratique auxquels ils s'appliquent, sont fixés par règlement du gouvernement, et il les fixe jusqu'à la prise d'un premier règlement. Il prévoit aussi que la mise en œuvre des moyens permettant de les atteindre appartient aux collectivités médicales nationales, territoriales ou locales que composent ces médecins.

Le projet de loi établit les règles relatives au calcul du supplément collectif ainsi que celles relatives à son versement par la Régie. À l'instar de ce qu'il prévoit pour la rémunération par capitation, il permet aux médecins composant une collectivité médicale de se doter de règles déterminant la façon dont le supplément collectif auquel ils ont collectivement droit est réparti entre eux. Il prévoit que le gouvernement peut, par règlement, fixer pour les cas qu'il détermine des modalités particulières de calcul du supplément collectif, et il établit des règles amenuisant son impact sur la rémunération des médecins âgés de 65 ans et plus au moment de son entrée en vigueur.

Le projet de loi propose diverses autres mesures. Notamment :

1° il prévoit l'établissement de plans de couverture en médecine de famille et en médecine spécialisée ainsi que de programmes favorisant la pratique de la médecine en groupe;

2° il donne au gouvernement le pouvoir d'encadrer par règlement la rémunération d'activités et de tâches administratives accomplies par des professionnels de la santé au sens de la Loi sur l'assurance maladie, en prévoyant qu'elles sont rémunérées au moyen de jetons dont la valeur est fixée par entente conclue avec les organismes représentatifs des professionnels concernés, qui sont octroyés par le gouvernement à des organismes publics du domaine de la santé et des services sociaux;

3° il édicte un premier règlement prévoyant l'utilisation de tels jetons par Santé Québec pour rémunérer certaines tâches administratives au sein des départements territoriaux et des groupes de médecine familiale;

4° il permet au gouvernement de fixer le tarif maximal des frais accessoires qui peuvent être exigés d'une personne assurée à l'occasion d'un service fourni par un médecin non participant et il interdit qu'un paiement soit exigé d'une telle personne par un médecin sans qu'une facture détaillée ne lui soit remise;

5° il permet l'utilisation du nom et des coordonnées d'une personne par un établissement de santé et de services sociaux aux fins de solliciter un don à son bénéfice ou à celui de sa fondation, sauf si la personne le refuse;

6° il donne à la Régie, compte tenu des modifications apportées aux modes de rémunération par le projet de loi, le pouvoir de prévoir par règlement le montant remboursé pour des services professionnels fournis hors du Québec ou la méthode de détermination de ce montant;

7° il ajoute les pharmacies communautaires aux prestataires de services qui ne peuvent recourir aux services d'une agence de placement de personnel ou à de la main-d'œuvre indépendante que dans la mesure prévue par règlement du gouvernement.

Le projet de loi prévoit de plus la reconduction, jusqu'au 31 mars 2028, de toutes les ententes conclues avec les organismes représentatifs des médecins actuellement applicables, et il détermine les montants des enveloppes budgétaires globales de rémunération des médecins jusqu'à cette date. Il apporte aussi à ces ententes les modifications nécessaires à la mise en œuvre des mesures qu'il prévoit, notamment en ajustant les tarifs selon lesquels sont rémunérés les services pour tenir compte du supplément collectif de même qu'en établissant les tarifs applicables dans le cadre du mode de rémunération composée des médecins omnipraticiens. Il habilite le ministre, dans certaines circonstances, à apporter des modifications à ces ententes.

Par ailleurs, le projet de loi édicte les dispositions requises afin d'assurer la continuité des activités professionnelles des médecins. Notamment, le projet de loi interdit à ces derniers ainsi qu'aux groupements qui les représentent d'entreprendre des actions concertées qui affecteraient négativement l'accès aux services ou qui entraveraient le bon déroulement du parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. Il donne au ministre le pouvoir de mettre en place, dans les milieux de pratique qu'il détermine, des mesures visant à assurer l'assiduité des médecins et le suivi des services rendus, dont la préparation d'horaires hebdomadaires encadrant l'activité professionnelle des médecins.

Le projet de loi prévoit des mesures de redressement ainsi que des sanctions, notamment de nature pénale, en cas de contravention aux dispositions qui visent à assurer la continuité des activités professionnelles. Ces sanctions incluent, pour les médecins, une réduction de leur rémunération et des conséquences disciplinaires et pour les groupements représentatifs de médecins, une retenue à la source des cotisations qui devraient leur être versées. Le projet de loi prévoit aussi les obligations des universités ayant une faculté de médecine en ce qui concerne la continuité de la prestation des activités pédagogiques et de recherche aux étudiants qui y ont droit, ainsi que les sanctions qui se rattachent à la contravention à ces obligations.

Enfin, le projet de loi prévoit également des dispositions de concordance, transitoires et finales.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET DE LOI :

- Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2);*
- Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);*
- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021);*

- Loi sur la justice administrative (chapitre J-3);
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2);
- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5);
- Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (chapitre R-22.1);
- Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25);
- Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins (2024, chapitre 29).

Projet de loi n° 2

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

CONSIDÉRANT le rôle essentiel que jouent les services de santé et les services sociaux dans l'augmentation de la qualité de vie de toute la population, dans la sauvegarde du droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité des personnes, dans le maintien de la cohésion sociale et dans la prospérité économique du Québec;

CONSIDÉRANT la place importante qu'occupent les services médicaux dans la réponse aux besoins de toute la population en matière de services de santé et de services sociaux;

CONSIDÉRANT que l'accroissement de la population, son vieillissement et l'augmentation du nombre de personnes socialement vulnérables provoqueront une hausse des besoins en matière de services de santé et de services sociaux, dont les services médicaux;

CONSIDÉRANT que des lacunes en matière d'accès aux services médicaux peuvent avoir des conséquences réelles et importantes pour les personnes qui en ont besoin;

CONSIDÉRANT que les moyens de pression mis en œuvre par les membres de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec mettent à risque la relève professionnelle dans le domaine de la santé et des services sociaux et la modernisation du système de santé et de services sociaux, pourtant essentiels au maintien et à l'amélioration de l'accès aux services médicaux;

CONSIDÉRANT que ces moyens de pression s'ajoutent aux effets délétères qu'engendre, à lui seul, le statu quo;

CONSIDÉRANT, en conséquence, qu'il est impérieux de protéger, de maintenir et d'améliorer l'accès à ces services afin d'atteindre un équilibre avec les besoins de toute la population pour ces services;

CONSIDÉRANT que l'ensemble des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux doivent être engagés et responsabilisés envers l'atteinte de cet objectif;

CONSIDÉRANT qu'il est nécessaire, à ces fins, de mettre en place les moyens appropriés pour permettre à la profession médicale d'œuvrer collectivement à l'atteinte de cet objectif et pour assurer la continuité de ses activités;

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

CHAPITRE I

PRISE EN CHARGE DE TOUTE LA POPULATION

LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

1. L'article 76 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) est modifié par le remplacement du paragraphe 7° du deuxième alinéa par le paragraphe suivant :

« 7° la mise en place, par la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'un mécanisme visant à permettre :

a) à toute personne admissible, au sens du sixième alinéa de l'article 447, d'être affiliée à un milieu visé à cet article ou à l'article 101.1;

b) à toute personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie de trouver un professionnel de la santé ou des services sociaux qui remplit les conditions suivantes :

i. il appartient à une catégorie de professionnels identifiée par le ministre;

ii. il exerce dans un lieu appartenant à une catégorie identifiée par le ministre et situé sur un territoire auquel s'applique la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

iii. il accepte d'en assurer le suivi médical en collaboration, le cas échéant, avec d'autres professionnels; ».

2. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 101, du chapitre suivant :

« CHAPITRE VIII

« PRISE EN CHARGE

« **101.1.** Santé Québec fixe trimestriellement, pour chacun des niveaux de vulnérabilité établis par un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), le nombre de personnes qui peuvent être nouvellement prises en charge dans chaque milieu de pratique, autre qu'un milieu visé à l'article 447, dans lequel des services du domaine de la santé et des services sociaux sont fournis par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux rémunéré par Santé Québec, dont une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Pour ce faire, Santé Québec consulte le département territorial de médecine familiale dont relève le territoire où est situé le milieu de pratique et tient compte de la capacité de Santé Québec ou, le cas échéant, de l'exploitant de ce milieu à s'acquitter des obligations prévues à l'article 101.3.

Santé Québec communique au département territorial de médecine familiale concerné les nombres fixés en application du premier alinéa pour les milieux de pratique de son territoire.

« **101.2.** Lorsqu'il reçoit la communication de Santé Québec, le département territorial de médecine familiale affine à chaque milieu de pratique qui y est visé,

conformément aux nombres fixés, des personnes admissibles de son territoire visées au troisième alinéa de l'article 447.

Les deuxième et troisième alinéas de l'article 447.3, l'article 447.4 et le premier alinéa de l'article 447.5 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'affiliation d'une personne à un milieu de pratique en application du premier alinéa. L'article 447.6, à l'exception du paragraphe 3° du premier alinéa, s'applique de la même manière à la désaffiliation d'une telle personne.

Santé Québec peut avoir accès aux renseignements qu'indique le répertoire tenu par la Régie de l'assurance maladie du Québec en application du premier alinéa de l'article 447.5 concernant les milieux de pratique visés à l'article 101.1.

« **101.3.** Santé Québec doit s'acquitter, envers les personnes affiliées à un milieu de pratique visé à l'article 101.1, des mêmes obligations que celles devant être exécutées par un médecin omnipraticien pour qu'il y ait prise en charge de ces personnes au sens d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Lorsqu'un tel milieu n'est pas exploité par Santé Québec, celle-ci peut, par entente, déléguer à l'exploitant de ce milieu l'exécution des obligations auxquelles elle est tenue en vertu du premier alinéa. ».

3. L'article 447 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et après « territorial de médecine familiale », de « a principalement pour mission l'affiliation à un milieu de pratique de l'ensemble des personnes admissibles de son territoire. À cette fin, il »;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement de « lieu » par « milieu »;

b) par la suppression de « et de prise en charge des diverses clientèles »;

3° par l'insertion, après le deuxième alinéa, des suivants :

« Le département doit procéder trimestriellement à la répartition des personnes admissibles de son territoire qui sont inscrites au mécanisme visé au sous-paragraphe a du paragraphe 7° du premier alinéa de l'article 76. Il répartit ces personnes entre chacun des milieux de pratique suivants de son territoire lorsqu'au moins un médecin appartenant au département y offre des services assurés :

1° un lieu où est exploité un cabinet privé de professionnel;

2° un centre local de services communautaires;

3° un autre lieu, lorsque les médecins qui y fournissent des services assurés bénéficient d'un programme établi en vertu de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et visant à favoriser la pratique de la médecine de famille en groupe dans un milieu de pratique multidisciplinaire.

Chacune des personnes réparties en application du troisième alinéa dans un milieu de pratique est dès lors affiliée à celui-ci. »;

4° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « Il » par « Le département »;

5° par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

« Pour l'application du présent chapitre, on entend par :

1° « personne admissible » une personne titulaire d'une carte d'assurance maladie ou d'une carte d'admissibilité délivrée conformément à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) qui est valide, pourvu que cette personne ne soit pas un usager hébergé dans une installation maintenue par un établissement et à l'égard duquel une contribution peut être exigée en vertu de l'article 765;

2° « service assuré » un service assuré au sens du paragraphe a du premier alinéa de l'article 1 de la Loi sur l'assurance maladie. ».

4. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 447, des suivants :

« **447.1.** Malgré le troisième alinéa de l'article 447, un département territorial de médecine familiale peut inclure, parmi les milieux de pratique entre lesquels il répartit les personnes admissibles de son territoire, des milieux de pratique du territoire d'un autre département, dans la mesure où les conditions établies par cet autre département sont remplies.

Pour l'application du premier alinéa, chaque département doit établir des conditions portant notamment sur le nombre maximal de personnes d'un autre territoire pouvant être affiliées à des milieux de pratique de son territoire pour chacun des niveaux de vulnérabilité établis par un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Les conditions établies en vertu du deuxième alinéa sont soumises à Santé Québec qui les approuve avec ou sans modification. Elles doivent être modifiées chaque fois que le demande Santé Québec.

Santé Québec peut établir ces conditions à défaut par le département territorial de médecine familiale de les établir ou de les modifier dans le délai qu'elle lui indique.

« **447.2.** La Régie de l'assurance maladie du Québec peut communiquer au département territorial de médecine familiale les renseignements qu'elle détient

concernant l'identité et le niveau de vulnérabilité des personnes admissibles du territoire de ce département visées au troisième alinéa de l'article 447.

« **447.3.** La répartition des personnes admissibles entre les milieux de pratique à laquelle procède le département territorial de médecine familiale doit être proportionnelle à la capacité de ces milieux à les prendre en charge conformément aux dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

La répartition des personnes admissibles doit favoriser leur affiliation à un milieu de pratique situé à proximité de leur lieu de résidence.

Le ministre peut donner au département des directives concernant cette répartition. Ces directives lient le département.

« **447.4.** Le département territorial de médecine familiale informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de l'identité des personnes qu'il affine et du milieu de pratique auquel elles sont affiliées.

« **447.5.** La Régie de l'assurance maladie du Québec tient à jour un répertoire indiquant, pour chacun des milieux de pratique visés à l'article 447, les personnes qui y sont affiliées et leur niveau de vulnérabilité déterminé en application de l'article 38.0.2 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

La Régie peut communiquer à un département territorial de médecine familiale les renseignements qu'indique ce répertoire concernant les milieux de pratique de son territoire, les personnes qui y sont affiliées et leur niveau de vulnérabilité. Elle peut aussi communiquer au représentant d'un milieu de pratique visé à l'article 38.0.4 de cette loi les renseignements qu'indique ce répertoire concernant les personnes qui sont affiliées à ce milieu de pratique et leur niveau de vulnérabilité.

« **447.6.** Une personne est désaffiliée d'un milieu de pratique dans les cas suivants :

- 1° lorsqu'elle en fait la demande à la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- 2° lorsque la Régie constate que cette personne a cessé de résider ou de séjourner au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 3° sur instructions à cet effet transmises par le département territorial de médecine familiale à la Régie;
 - a) lorsqu'aucun des médecins du milieu de pratique n'est en mesure d'établir et de maintenir avec cette personne une relation de confiance mutuelle;
 - b) lorsque cette personne est un usager hébergé dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée exploité par un établissement public ou privé conventionné;
- 4° dans tout autre cas prévu par règlement du gouvernement.

Un règlement du gouvernement peut prévoir des conditions et des modalités applicables à une désaffiliation visée au premier alinéa ainsi que, le cas échéant, les modalités suivant lesquelles une personne désaffiliée d'un milieu de pratique est affiliée à un nouveau milieu de pratique par un département.

« **447.7.** Le médecin de famille qui fournit des services assurés dans un milieu de pratique est responsable de la prise en charge des personnes qui y sont affiliées en application du quatrième alinéa de l'article 447 conformément aux dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Les autres professionnels de la santé ou des services sociaux exerçant leur profession dans ce milieu contribuent également à cette prise en charge.

LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

5. L'article 11 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) est modifié :

1° par la suppression, dans le premier alinéa, du paragraphe 1°;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par la suppression de « prévoir les cas et les conditions dans lesquels un médecin peut ajouter à sa clientèle une personne autre que celle inscrite au mécanisme visé au paragraphe 1° du premier alinéa. Il peut, de même, »;

b) par le remplacement de « de cet alinéa » par « du premier alinéa ».

6. L'article 19 de cette loi, modifié par l'article 68 du chapitre 21 des lois de 2017 et par l'article 851 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau modifié par la suppression, dans le deuxième alinéa, de « ou l'obligation qui incombe à ce médecin en vertu de l'article 11 ».

7. Les articles 21 et 24 de cette loi sont modifiés par la suppression, dans le premier alinéa, de « , au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 11 ».

LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE

8. L'article 844 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (2023, chapitre 34) est modifié par la suppression du sous-paragraphe a du paragraphe 1°.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

9. Une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) qui, le 1^{er} avril 2026, est inscrite auprès d'un médecin de famille en application de

l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est réputée, à compter de cette date, à la fois :

1° être affiliée, conformément à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), modifié par l'article 3 de la présente loi, au milieu de pratique correspondant au lieu de suivi habituel indiqué à son inscription;

2° être associée au médecin auprès de qui elle était inscrite, celui-ci étant responsable au premier chef, dans ce milieu de pratique, d'assurer le suivi longitudinal de l'état de santé de cette personne et des soins qu'elle reçoit.

Lorsque la résidence d'une personne assurée a été indiqué comme lieu de suivi habituel à son inscription, cette personne est plutôt réputée ainsi affiliée au milieu de pratique au sein duquel le médecin auprès de qui elle est inscrite fournit des services assurés. Si ce médecin fournit de tels services dans plus d'un milieu de pratique, elle est alors réputée ainsi affiliée au milieu de pratique situé le plus près de sa résidence.

De plus, une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie qui, le 1^{er} avril 2026, est inscrite auprès d'un cabinet en application de la Lettre d'entente n° 393 concernant la clientèle en attente au guichet d'accès à un médecin de famille conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est réputée, à compter de cette date, être affiliée, conformément à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, modifié par l'article 3 de la présente loi, au milieu de pratique correspondant à ce cabinet.

10. Le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), le Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) et le Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (GMF) établis par le ministre de la Santé et des Services sociaux sont réputés, pour l'application de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), modifié par l'article 3 de la présente loi, être des programmes établis en application de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), modifié par l'article 100 de la présente loi.

11. L'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), modifié par l'article 3 de la présente loi, doit se lire, à compter du 1^{er} avril 2026 et jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'article 1 de la présente loi, en y remplaçant, dans le troisième alinéa, « au sous-paragraphe a du paragraphe 7° du premier alinéa de l'article 76 » par « au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 14 de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de la présente loi*) ».

12. Dans l'application de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), modifié par l'article 3 de la présente loi, avant le 1^{er} juillet 2026, un département territorial de médecine familiale est tenu de procéder en priorité à la répartition des personnes dont le niveau de vulnérabilité est « affection majeure ».

À compter de cette date et jusqu'au 31 décembre 2026, il est tenu de procéder en priorité à la répartition des personnes dont le niveau de vulnérabilité est « affection majeure », « affection modérée » ou « affection mineure chronique ».

13. Le premier règlement pris par le gouvernement avant le (*indiquer ici la date qui suit d'un an celle de la sanction de la présente loi*) pour l'application de l'article 447.6 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), édicté par l'article 4 de la présente loi, peut, malgré l'article 11 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), être édicté à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de la publication du projet de règlement à la *Gazette officielle du Québec*. Malgré l'article 17 de cette loi, il entre en vigueur le jour de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure qu'il indique.

14. À compter du 1^{er} avril 2026 et jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'article 1, l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) doit se lire en y supprimant la première phrase du sixième alinéa.

Durant cette période, la Régie de l'assurance maladie du Québec met en place un système visant à permettre :

1° à toute personne admissible, au sens du sixième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), modifié par l'article 3 de la présente loi, d'être affiliée à un milieu de pratique visé à cet article ou à l'article 101.1 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, édicté par l'article 2 de la présente loi;

2° à toute personne assurée, au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), de se trouver un professionnel de la santé ou des services sociaux qui remplit les conditions suivantes :

a) il appartient à une catégorie de professionnels identifiée par le ministre;

b) il exerce dans un lieu appartenant à une catégorie identifiée par le ministre et situé sur un territoire auquel s'applique la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

c) il accepte d'en assurer le suivi médical en collaboration, le cas échéant, avec d'autres professionnels.

CHAPITRE II

RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

SECTION I

MODES DE RÉMUNÉRATION

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

15. L'article 1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié par l'insertion, après le paragraphe *r* du premier alinéa, du paragraphe suivant :

« s) « organisme public du domaine de la santé et des services sociaux » : le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, un établissement public autre qu'un établissement de Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik instituée en vertu de l'article 530.25 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), le Commissaire à la santé et au bien-être, la Commission sur les soins de fin de vie, Urgences-santé, Héma-Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et la Régie; ».

16. L'article 3 de cette loi est modifié par le remplacement du quinzième alinéa par le suivant :

« La Régie assume aussi, conformément aux dispositions de la loi et des règlements, le coût des services suivants rendus par un professionnel de la santé :

a) les services rendus pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives déterminées par règlement pris en vertu de l'article 69;

b) les services rendus pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives, à la hauteur du nombre de jetons de rémunération attribués à ce professionnel par un organisme public du domaine de la santé et des services sociaux, parmi ceux octroyés à cet organisme par le gouvernement. ».

17. L'article 19 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « différents modes de rémunération dont les modes de rémunération à l'acte, à honoraires forfaitaires et à salaire » par « la valeur, pour chacune des catégories de jetons établies par règlement du gouvernement, des jetons rémunérant les services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives visés au paragraphe *b* du quinzième alinéa de l'article 3 ».

18. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 19, du suivant :

« **19.0.1.** Aux fins de la rémunération des services rendus pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives visés au paragraphe *b* du quinzième alinéa de l'article 3, le gouvernement peut, par règlement :

1° établir des catégories de jetons de rémunération;

2° déterminer les cas, les conditions et les modalités suivant lesquels ces jetons peuvent être utilisés par un organisme public du domaine de la santé et des services sociaux;

3° déterminer les conditions et les modalités suivant lesquelles la valeur de ces jetons de rémunération est versée au professionnel de la santé par la Régie.

Les dispositions d'une entente prévoyant la rémunération d'un service visé par un règlement pris en vertu du premier alinéa cessent d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur de ce règlement.

19. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 21, du suivant :

« **21.1.** Le gouvernement peut, par règlement :

1° établir les modes de rémunération des professionnels de la santé ainsi que les modalités relatives à la gestion de cette rémunération;

2° aux fins de la rémunération des professionnels de la santé :

a) définir des modalités de prise en charge d'une personne assurée par un professionnel de la santé et les obligations devant être exécutées par ce professionnel pour qu'il y ait une telle prise en charge;

b) établir différents niveaux de vulnérabilité des personnes assurées et prévoir les critères permettant de déterminer celui de chacune de ces personnes.

Un règlement pris en vertu du premier alinéa peut permettre qu'une entente fasse exception, dans la mesure qu'il détermine, aux dispositions qu'il prévoit concernant un mode de rémunération.

De plus, s'il prévoit l'application de normes ou de méthodologies fixées par un autre gouvernement ou par un organisme, il peut prévoir que les renvois faits à celles-ci comprennent les modifications ultérieures qui y seront apportées.

Le ministre doit, avant la prise d'un règlement en vertu du premier alinéa, consulter les organismes représentatifs concernés parmi ceux avec lesquels il a conclu une entente. ».

20. L'article 22 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, à la fin du premier alinéa, de « et aux dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 »;

2° par l'insertion, dans ce qui précède le paragraphe a du deuxième alinéa et après « l'entente », de « et d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 »;

3° par l'insertion, dans le septième alinéa et après « conformément à une entente », de « ou à un règlement pris en vertu de l'article 21.1 »;

21. L'article 22.2 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par l'insertion, après « conformément à l'entente », de « , à un règlement pris en vertu de l'article 21.1 »;

b) par la suppression de la dernière phrase;

2° par le remplacement du sixième alinéa par le suivant :

« Un professionnel de la santé qui se croit lésé à la suite d'une décision rendue en vertu du premier alinéa peut, dans les 60 jours de sa notification, la contester devant le Tribunal administratif du Québec. Celui qui veut se pourvoir d'une décision rendue en vertu du deuxième alinéa doit le faire dans le même délai devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec, selon leur compétence respective. »;

3° par l'insertion, après le septième alinéa, du suivant :

« Pour l'application du présent article, le coût de la prise en charge assumé par la Régie en application du paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 peut également être récupéré par compensation sur le montant total des honoraires à titre de rémunération par capitation déterminé par la Régie en application de l'article 38.0.11 auquel a droit l'ensemble des médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans le milieu de pratique concerné. ».

22. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 22.2, du suivant :

« **22.2.1.** Le sixième alinéa de l'article 22.2 s'applique également à la décision rendue au terme de tout recours que prévoit l'entente à l'encontre d'une décision de la Régie, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de cet article. ».

23. L'article 54 de cette loi est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Les différends résultant de l'interprétation ou de l'application d'une entente pour lesquels aucun recours spécifique en contestation n'est prévu par la présente loi sont soumis à un conseil d'arbitrage, exclusivement à tout tribunal de juridiction civile. ».

24. L'article 69 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe *i.1*, de « onzième » par « paragraphe *a* du quinzième »;

b) par l'insertion, après le paragraphe *i.1*, du paragraphe suivant :

« *i.2*) établir des catégories de jetons rémunérant les services rendus pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives visés au paragraphe *b* du quinzième alinéa de l'article 3, déterminer les cas, les conditions et les modalités suivant lesquels ces jetons peuvent être utilisés par l'organisme auquel ils sont octroyés ainsi que les conditions et modalités suivant lesquelles la valeur de ces jetons de rémunération est versée au professionnel de la santé par la Régie; »;

c) par l'insertion, après le paragraphe *m.1*, des paragraphes suivants :

« *m.2*) établir les modes de rémunération des professionnels de la santé ainsi que les modalités relatives à la gestion de cette rémunération;

« *m.3*) aux fins de la rémunération des professionnels de la santé :

i. définir des modalités de prise en charge d'une personne assurée par un professionnel de la santé et les obligations devant être exécutées par ce professionnel pour qu'il y ait une telle prise en charge;

ii. établir différents niveaux de vulnérabilité des personnes assurées et prévoir les critères permettant de déterminer celui de chacune de ces personnes; »;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « ou *i.1* » par « à *i.2*, *m.2* et *m.3* ».

LOI SUR LA JUSTICE ADMINISTRATIVE

25. L'article 3 de l'annexe I de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) est modifié par l'insertion, dans le paragraphe 2° et après « 18.4, », de « 22.2, ».

ÉDITION DU RÈGLEMENT SUR LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES RENDUS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR L'EXÉCUTION D'ACTIVITÉS OU DE TÂCHES ADMINISTRATIVES

26. Le Règlement sur la rémunération des services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives, dont le texte figure au présent article, est édicté :

« RÈGLEMENT SUR LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES RENDUS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR L'EXÉCUTION D'ACTIVITÉS OU DE TÂCHES ADMINISTRATIVES

« SECTION I

« ACTIVITÉS DES DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE

« **1.** Des jetons de catégorie A peuvent être octroyés à Santé Québec pour rémunérer l'exécution, par les directeurs médicaux des départements territoriaux de médecine familiale, des tâches découlant des fonctions conférées à ces départements par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

Santé Québec procède, au moins une fois tous les cinq ans, à la répartition de ces jetons entre chacun des départements territoriaux de médecine familiale.

Lorsque plus d'un médecin est nommé directeur médical de médecine familiale d'un même département territorial au cours d'une année, chacun de ces médecins a droit au versement de la valeur des jetons alloués à ce département en proportion du nombre de semaines, au cours de l'année, où il en était le directeur médical.

« **2.** Des jetons de catégorie B peuvent être octroyés à Santé Québec pour rémunérer l'exécution, dans le cadre des activités d'un département territorial de médecine familiale, des tâches suivantes par un médecin omnipraticien :

1° dans le cas du médecin membre du comité de direction du département, autre que le directeur médical de médecine familiale :

a) les tâches découlant des fonctions conférées à ce département par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021);

b) les tâches exécutées dans le cadre d'un mandat confié au comité de direction du département par le président-directeur général de l'établissement territorial dont relève le territoire de ce département;

2° dans les autres cas, les tâches qu'exécute le médecin dans le cadre d'un mandat qui lui a été confié par le directeur médical du département avec l'autorisation de Santé Québec.

Santé Québec procède, au moins une fois tous les cinq ans, à la répartition de ces jetons entre chacun des départements territoriaux de médecine familiale.

Un médecin rémunéré suivant le mode de rémunération à honoraires fixes ne peut exiger de la Régie le versement de la valeur des jetons octroyés à Santé Québec par le présent article.

« **SECTION II** « ACTIVITÉS DES DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

« **3.** Des jetons de catégorie C peuvent être octroyés à Santé Québec pour rémunérer l'exécution, par les directeurs médicaux des départements territoriaux de médecine spécialisée, des tâches découlant des fonctions conférées à ces départements par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

Santé Québec procède, au moins une fois tous les cinq ans, à la répartition de ces jetons entre chacun des départements territoriaux de médecine spécialisée.

Lorsque plus d'un médecin est nommé directeur médical de médecine spécialisée d'un même département territorial au cours d'une année, chacun de ces médecins a droit au

versement de la valeur des jetons alloués à ce département en proportion du nombre de semaines, au cours de l'année, où il en était le directeur médical.

« SECTION III

« ACTIVITÉS LIÉES À L'ADMINISTRATION D'UN GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE

« 4. Des jetons de catégorie D peuvent être octroyés à Santé Québec pour rémunérer l'exécution, par un médecin omnipraticien, des tâches administratives requises pour la gestion d'un lieu où les médecins bénéficient d'un programme établi en vertu de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), modifié par l'article 100 de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de la présente loi*).

Santé Québec procède, au moins une fois tous les cinq ans, à la répartition de ces jetons entre chacun de ces milieux.

Le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF), le Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) et le Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (GMF) établis par le ministre de la Santé et des Services sociaux sont réputés, pour l'application du présent article, être des programmes établis en application de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), modifié par l'article 100 de la Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de la présente loi*). ».

SECTION II

MODE DE RÉMUNÉRATION COMPOSÉE APPLICABLE AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

27. L'article 1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié par la suppression, dans le premier alinéa, du paragraphe f.1.

28. L'article 1.1 de cette loi est abrogé.

29. L'article 3 de cette loi est modifié :

1° par l'ajout, à la fin du premier alinéa, du paragraphe suivant :

« f) la prise en charge, par les médecins omnipraticiens soumis à l'application d'une entente qui fournissent des services assurés dans un milieu de pratique visé à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux

(chapitre G-1.021), des personnes assurées qui, selon le répertoire tenu en application de l'article 447.5 de cette loi, sont affiliées à ce milieu. »;

2° par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

« Le paragraphe *f* du premier alinéa ne s'applique pas aux territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris. ».

30. L'article 10 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le quatrième alinéa, de « la Régie pour de tels services payés au Québec » par « un règlement pris en vertu du deuxième alinéa de l'article 72.1 ou conformément à celui-ci »;

2° par l'insertion, à la fin du cinquième alinéa, de « du gouvernement ».

31. L'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié :

1° par le remplacement du troisième alinéa par le suivant :

« Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit, dans les cas suivants, d'être rémunéré suivant les premier ou deuxième alinéas, même s'il n'a pas fourni lui-même le service assuré :

a) dans le cas d'un pharmacien, lorsque le service a été fourni légalement par un de ses employés;

b) dans le cas d'un médecin, en ce qui regarde la rémunération par capitation qui lui est versée en application des dispositions de la section III.0.1 pour la prise en charge d'une personne assurée visée au paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3. »;

2° par le remplacement, dans le treizième alinéa, de « Un professionnel » par « Sous réserve des dispositions de la section III.0.1, un professionnel ».

32. L'article 22.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, partout où ceci se trouve dans le deuxième alinéa, de « 90 » par « 45 »;

2° par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

« Le présent article ne s'applique pas à un service visé au paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3. ».

33. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 38, de la section suivante :

« **SECTION III.0.1**
« PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ASSURÉES PAR LES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS

« § 1. — *Rémunération par capitation*

« **38.0.1.** Les médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un milieu de pratique sont rémunérés pour la prise en charge visée au paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 suivant le tarif par capitation prévu à l'entente pour le niveau de vulnérabilité de la personne assurée prise en charge.

Lorsque plus d'un médecin omnipraticien fournissent des services assurés dans un même milieu de pratique, ceux-ci ont collectivement droit à la rémunération visée au premier alinéa. Le montant des honoraires qui est versé à chacun de ceux-ci est déterminé conformément aux dispositions de la sous-section 3.

Pour l'application de la présente section, on entend par « milieu de pratique » un milieu de pratique visé à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

« **38.0.2.** La Régie détermine le niveau de vulnérabilité de chaque personne assurée conformément aux critères prévus dans un règlement pris en vertu du premier alinéa de l'article 21.1.

Le gouvernement peut, dans ce règlement :

1° identifier les renseignements que doit utiliser la Régie pour déterminer un niveau de vulnérabilité et prévoir la périodicité à laquelle elle doit le faire;

2° déterminer dans quels cas et à quelles conditions une personne ou un groupement est tenu de recueillir et de communiquer à la Régie les renseignements identifiés en vertu du paragraphe 1° ou est autorisée à le faire et prévoir, le cas échéant, les modalités suivant lesquelles ces renseignements doivent être communiqués à la Régie;

3° déterminer les mesures administratives qui peuvent être appliquées par la Régie en cas de manquement à une disposition prise en vertu du paragraphe 2°;

4° identifier, parmi les dispositions prises en vertu du paragraphe 2°, celles dont la violation constitue une infraction et rend le contrevenant passible d'une amende dont il fixe les montants minimal et maximal.

Une mesure administrative visée au paragraphe 3° du deuxième alinéa se prescrit par 60 mois à compter de la date du manquement. Les quatrième, cinquième, sixième et neuvième alinéas de l'article 22.2 et, le cas échéant, l'article 22.3 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à une décision imposant une telle mesure administrative, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de l'article 22.2. Une référence dans ces articles à un professionnel de la santé est alors une référence au contrevenant visé par la mesure administrative.

Lorsque la mesure administrative déterminée en vertu du paragraphe 3° du deuxième alinéa est une sanction administrative pécuniaire, le règlement fixe le montant de la sanction en tenant compte de la nature et de la gravité du manquement, ce montant ne pouvant toutefois dépasser 2 500 \$. Malgré le troisième alinéa, l'imposition d'une telle sanction se prescrit par deux ans à compter de la date du manquement.

Les peines maximales fixées en vertu du paragraphe 4° du deuxième alinéa peuvent notamment varier selon la gravité de l'infraction, sans toutefois excéder 5 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou 15 000 \$ dans les autres cas.

« **38.0.3.** Malgré le premier alinéa de l'article 22, un médecin omnipraticien ne peut en aucun cas exiger ou recevoir paiement d'une personne assurée pour la prise en charge visée au paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3.

« § 2. — *Modalités de gestion de la rémunération par capitation*

« **38.0.4.** Lorsque plus d'un médecin omnipraticien fournissent des services assurés dans un même milieu de pratique, ils doivent désigner un représentant du milieu de pratique.

Ils peuvent également doter le milieu de pratique de règles de fonctionnement.

« **38.0.5.** Sauf disposition contraire des règles de fonctionnement d'un milieu de pratique, ces règles entrent en vigueur et sont modifiées, remplacées ou abrogées lorsque la majorité des médecins omnipraticiens qui y fournissent des services assurés y consent.

Les règles de fonctionnement d'un milieu de pratique lient les médecins omnipraticiens qui y fournissent des services assurés ainsi que, lorsqu'elles le prévoient, le représentant de ce milieu.

« **38.0.6.** Sauf disposition contraire des règles de fonctionnement d'un milieu de pratique, la nomination du représentant de ce milieu, sa révocation ainsi que la modification de son mandat entrent en vigueur lorsque la majorité des médecins omnipraticiens qui y fournissent des services assurés y consent.

Une personne qui, au cours des cinq années précédentes, a été déclarée coupable d'une infraction visée à l'article 29.60 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) ne peut agir à titre de représentant d'un milieu de pratique, être administrateur ou dirigeant d'un groupement agissant à ce titre ou être le détenteur du contrôle d'un tel groupement au sens des articles 6 et 8 à 10 de la Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne (chapitre S-29.02).

« **38.0.7.** Le représentant d'un milieu de pratique est le mandataire des médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans ce milieu dans leurs relations

avec la Régie relativement à la rémunération par capitation à laquelle ils ont collectivement droit.

« **38.0.8.** Le représentant d'un milieu de pratique doit s'enregistrer auprès de la Régie. L'article 2.0.13 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) s'applique à cet enregistrement comme s'il s'agissait d'une demande visée à cet article.

Lorsque le représentant d'un milieu de pratique est enregistré auprès de la Régie, elle lui communique le numéro d'identification qu'elle attribue à ce milieu de pratique.

Le représentant d'un milieu de pratique doit tenir à jour l'enregistrement.

« **38.0.9.** Les médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un même milieu de pratique peuvent se doter de règles selon lesquelles est ventilée entre eux la rémunération par capitation pour la prise en charge, à compter de l'entrée en vigueur de ces règles, d'une personne assurée au sens du paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3.

Sauf disposition contraire des règles de fonctionnement du milieu de pratique, l'établissement des règles de ventilation, leur modification et leur abrogation nécessitent le consentement de la majorité des médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans ce milieu.

Les règles de ventilation lient les médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans ce milieu ainsi que le représentant de ce milieu.

« **38.0.10.** Les règles de ventilation de la rémunération par capitation peuvent notamment avoir pour objet :

- 1° d'améliorer l'accès aux services de première ligne;
- 2° de favoriser la contribution de chacun des médecins à l'offre de ces services aux personnes affiliées au milieu de pratique;
- 3° de soutenir les médecins qui poursuivent des travaux de recherche ou qui exercent des activités d'enseignement;
- 4° d'encourager la prestation de services tous les jours de la semaine, ainsi que le soir et la fin de semaine.

Ces règles de ventilation peuvent également :

- 1° prévoir les conditions à la participation d'un médecin dans la ventilation de la rémunération par capitation, lesquelles peuvent notamment être liées à l'atteinte de cibles qu'elles fixent;

2° prévoir, malgré toute disposition contraire de la présente section, les cas et les conditions suivant lesquels la ventilation de la rémunération par capitation peut inclure un médecin qui a cessé de fournir des services assurés dans le milieu de pratique;

3° conférer à toute personne dont elles prévoient la nomination un pouvoir discrétionnaire ainsi que prévoir les conditions et les modalités selon lesquelles ce pouvoir peut être exercé.

« § 3. — *Modalités de versement de la rémunération par capitation*

« **38.0.11.** Le montant total des honoraires à titre de rémunération par capitation auxquels a droit, pour un trimestre de l'année civile, l'ensemble des médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un milieu de pratique est déterminé par la Régie en fonction du nombre de personnes assurées qui, au dernier jour de ce trimestre, étaient affiliées à ce milieu selon le répertoire tenu en application de l'article 447.5 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) ainsi que de leur niveau de vulnérabilité indiqué à ce répertoire.

Lorsque plus d'un médecin omnipraticien fournissent des services assurés dans un même milieu de pratique, la Régie communique ce montant au représentant de ce milieu dans les 15 jours suivant la fin de chaque trimestre de l'année civile afin que celui-ci procède à sa ventilation.

Pour que les médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un même milieu de pratique aient droit au montant déterminé en application du premier alinéa, un représentant de ce milieu de pratique doit être enregistré auprès de la Régie avant la fin du trimestre pour lequel il est déterminé.

« **38.0.12.** Sur réception du montant des honoraires communiqué en application de l'article 38.0.11, le représentant du milieu de pratique procède à la ventilation de ce montant conformément aux règles de ventilation dont se sont dotés les médecins qui fournissent des services assurés dans ce milieu de pratique.

Le représentant du milieu de pratique doit, pour que ces médecins aient droit à ces honoraires, soumettre à la Régie un état de cette ventilation dûment complété dans les 30 jours de la communication visée à l'article 38.0.11.

La Régie peut prolonger ce délai si le représentant du milieu de pratique lui démontre qu'il a été en fait dans l'impossibilité d'agir plus tôt.

« **38.0.13.** Aux fins de procéder à la ventilation, le représentant d'un milieu de pratique peut demander à la Régie de lui communiquer tout renseignement parmi ceux prévus par un règlement que peut prendre la Régie. Une telle demande doit être formulée au moins 30 jours avant la fin du trimestre de l'année civile visé. La Régie joint le renseignement ainsi demandé au montant des honoraires qu'elle communique à ce représentant en application de l'article 38.0.11.

Les renseignements communiqués en application du premier alinéa ne doivent pas permettre d'identifier une personne assurée.

« **38.0.14.** La Régie verse le montant des honoraires déterminé en application de l'article 38.0.11 conformément à la ventilation que lui a communiquée le représentant du milieu de pratique.

Dans le cas d'un médecin omnipraticien exerçant seul, ce montant lui est versé par la Régie dans les 75 jours de la fin de chaque trimestre de l'année civile. ».

34. L'article 69 de cette loi est modifié par l'insertion, après le paragraphe *n* du premier alinéa, des paragraphes suivants :

« *n.1)* identifier les renseignements que doit utiliser la Régie pour déterminer un niveau de vulnérabilité et prévoir la périodicité à laquelle elle doit le faire;

« *n.2)* déterminer dans quels cas et à quelles conditions une personne ou un groupement est tenu de recueillir et de communiquer à la Régie ces renseignements ou est autorisé à le faire et prévoir, le cas échéant, les modalités suivant lesquelles ces renseignements doivent être communiqués à la Régie;

« *n.3)* déterminer les mesures administratives qui peuvent être appliquées par la Régie en cas de manquement à une disposition prise en vertu du paragraphe *n.2*;

« *n.4)* identifier, parmi les dispositions prises en vertu du paragraphe *n.2*, celles dont la violation constitue une infraction et rend le contrevenant passible d'une amende dont il fixe les montants minimal et maximal; ».

35. L'article 72.1 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, après le premier alinéa, du suivant :

« La Régie peut également, à l'égard des services visés à l'article 10 et en tenant compte d'un règlement pris par le gouvernement en vertu du cinquième alinéa de cet article, prendre un règlement qui détermine :

1° le montant du remboursement auquel a droit une personne assurée pour un service assuré visé à cet article ou la méthode d'établissement de ce montant;

2° toute autre norme nécessaire à l'application du quatrième alinéa de cet article. »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « premier alinéa » par « présent article »;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « le règlement pris en vertu du premier alinéa » par « un règlement pris en vertu du présent article ».

36. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 72.1, du suivant :

« **73.** Le ministre peut, en tout temps, suggérer à la Régie d'adopter un règlement en vertu du deuxième alinéa de l'article 72.1 ou d'y apporter les modifications qu'il juge nécessaires. À défaut par la Régie d'adopter de telles modifications dans le délai que fixe le ministre, le gouvernement peut, par règlement, adopter un règlement ou des modifications à un règlement que la Régie fait défaut d'adopter. ».

SECTION III

FRAIS EXIGIBLES DES PERSONNES ASSURÉES

37. L'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié par l'insertion, dans le onzième alinéa et après « assuré » de « fourni par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé ».

38. L'article 22.0.0.0.2 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, à la fin du deuxième alinéa, de « , pour les frais engagés aux fins de la dispensation de ce service ou pour y avoir accès »;

2° par l'insertion, après le deuxième alinéa, du suivant :

« Lorsqu'un tarif maximal est prescrit en application du deuxième alinéa, il est interdit de rendre, directement ou indirectement, l'accès au service concerné conditionnel à un paiement par une personne assurée qui excède ce tarif, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à ce service moyennant un tel paiement. »;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « Le médecin qui contrevient » par « Quiconque contrevient au troisième alinéa ou ».

39. L'article 22.0.0.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement des troisième et quatrième alinéas par le suivant :

« L'affiche prévue au premier alinéa doit faire mention du droit de la personne qui se voit exiger un paiement à l'encontre de la présente loi d'en réclamer le remboursement en application des dispositions de l'article 22.0.1. »;

2° par le remplacement, dans le sixième alinéa, de « , troisième ou quatrième » par « ou troisième ».

40. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 22.0.0.2, du suivant :

« **22.0.0.3.** Aucun paiement ne peut être exigé d'une personne assurée pour un service rendu par un médecin, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de ce service, pour avoir accès à ce service ou pour y avoir un accès privilégié, sans qu'une facture détaillée soit remise à cette personne. Cette facture doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des services fournis à la personne assurée et pour chacun des frais réclamés d'elle ainsi que tout autre renseignement déterminé par règlement.

La facture doit faire mention du droit de la personne qui se voit exiger un paiement à l'encontre de la présente loi d'en réclamer le remboursement en application des dispositions de l'article 22.0.1.

Quiconque contrevient au premier alinéa commet une infraction et est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$ et, en cas de récidive, d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$. ».

41. L'article 69 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, du paragraphe *n* par les suivants :

« *m.4)* déterminer les renseignements que doit indiquer la facture détaillée qui doit être remise à une personne assurée lorsqu'un paiement lui est exigé;

« *n)* établir des normes permettant de déterminer les cas d'urgence dans lesquels la Régie paie la rémunération prévue à une entente à un professionnel de la santé désengagé ou non participant pour des services assurés qu'il rend à une personne assurée; ».

SECTION IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

§ 1. — *Mode de rémunération composée, prise en charge et vulnérabilité*

I. — *Disposition introductive*

42. Jusqu'à ce qu'un premier règlement soit pris par le gouvernement en vertu du premier alinéa de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), édicté par l'article 19 de la présente loi, un renvoi à un règlement pris en vertu de cet article 21.1 est un renvoi aux dispositions de la présente sous-section.

Les dispositions de la présente sous-section cessent d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur de ce premier règlement.

II. — *Mode de rémunération composée*

43. Tout médecin omnipraticien soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est rémunéré exclusivement suivant le mode de rémunération composée lorsqu'il exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel, dans un centre local de services communautaires, dans un centre médical spécialisé ou dans un autre milieu de pratique, mais, dans ce dernier cas, uniquement si le médecin bénéficie d'un programme établi en vertu de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), modifié par l'article 100 de la présente loi, et visant à favoriser la pratique de la médecine de famille en groupe dans un milieu de pratique multidisciplinaire.

Le mode de rémunération composée comprend les composants suivants : la rémunération par capitation prévue par la section III.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie, édictée par l'article 33 de la présente loi, une rémunération à taux horaire et une rémunération additionnelle pour certains services.

44. Malgré l'article 43, un médecin n'est pas rémunéré suivant le mode de rémunération composée dans les cas suivants :

1° pour tout service pour lequel une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) après le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*) prévoit spécifiquement que le mode de rémunération à l'acte s'applique à ce service lorsqu'il est fourni dans un milieu de pratique visé à l'article 43 de la présente loi;

2° pour les services rendus pour l'exécution d'activités et de tâches administratives visés au quinzième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie.

45. Pour l'application de la présente sous-section, on entend par :

«cabinet privé de professionnel» un cabinet privé de professionnel au sens du deuxième alinéa de l'article 481 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021);

«centre local de services communautaires» un centre local de services communautaires visé par cette loi;

«centre médical spécialisé» un centre médical spécialisé participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 575 de cette loi.

46. L'article 43 ne s'applique pas aux territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

III. — *Prise en charge de personnes assurées*

47. Aux fins de la rémunération de la prise en charge visée au paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), il y a prise en charge d'une personne assurée affiliée à un milieu de pratique selon le répertoire tenu en application de l'article 447.5 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), édicté par l'article 4 de la présente loi, lorsqu'un médecin omnipraticien qui fournit des services assurés dans ce milieu s'acquitte, envers cette personne, des obligations suivantes :

1° fournir les services du domaine de la santé et des services sociaux de première ligne que requiert l'état de la personne ou, lorsqu'ils ne sont pas disponibles dans ce milieu de pratique, s'assurer que les services peuvent être obtenus par la personne et y contribuer dans la mesure nécessaire;

2° assurer le suivi médical que requiert l'état de la personne de manière à favoriser la continuité des soins qu'elle reçoit.

Un médecin peut s'acquitter des obligations prévues au premier alinéa par l'entremise d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux exerçant leur profession dans le milieu de pratique.

Un médecin n'est pas considéré en défaut de prendre en charge une personne pour le seul motif qu'il n'est pas en mesure de fournir, lui-même ou par l'entremise d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux, un service répondant à un cas d'urgence.

IV. — *Niveaux de vulnérabilité*

48. La Régie de l'assurance maladie du Québec détermine annuellement le niveau de vulnérabilité d'une personne assurée pour l'année débutant le 1^{er} avril suivant.

Le niveau de vulnérabilité d'une personne assurée est l'un des quatre niveaux prévus aux paragraphes suivants, selon le groupe de profils de santé auquel appartient la personne concernée :

1° en santé, dans le cas des groupes de profils de santé suivants :

- a) non-utilisateur;
- b) utilisateur sans affection;
- c) nouveau-né en santé;
- d) affection mineure aiguë;
- e) obstétrique;

2° affection mineure chronique, dans le cas du groupe de profils de santé suivant :
affection mineure chronique;

3° affection modérée, dans le cas des groupes de profils de santé suivants :

- a) autre trouble de santé mentale;
- b) autre cancer;
- c) affection modérée chronique;
- d) affection modérée aiguë;

4° affection majeure, dans le cas des groupes de profils de santé suivants :

- a) cancer majeur;

- b) trouble de santé mentale majeur;
- c) affection majeure d'un nouveau-né;
- d) affection majeure chronique;
- e) affection majeure aiguë;
- f) état palliatif.

La Régie détermine le groupe de profils de santé auquel une personne appartient en appliquant la Méthodologie de regroupement de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé, telle qu'elle peut être modifiée de temps à autre, à partir des diagnostics établis à l'égard de cette personne au cours des trois années civiles précédentes. Pour ce faire, elle prend en considération les diagnostics qui, au moment où elle effectue cette détermination, selon le cas :

1° apparaissent dans une banque de données médico-administratives visée à l'article 49;

2° lui ont été communiqués en application de l'article 50.

Le niveau de vulnérabilité d'une personne nouvellement inscrite à la Régie est « en santé », jusqu'au début de l'année civile suivant la détermination de ce niveau en application du premier alinéa.

49. Pour l'application du paragraphe 1° du troisième alinéa de l'article 48, une banque de données médico-administratives est une banque dont la Régie de l'assurance maladie du Québec est dépositaire en application d'une entente conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu du quatrième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) et qui contient des renseignements concernant, selon le cas :

1° les diagnostics établis à l'égard des usagers inscrits dans tout centre hospitalier pour recevoir des services d'urgence;

2° les diagnostics établis à l'égard des usagers admis dans tout centre hospitalier pour recevoir des soins généraux ou spécialisés, y compris des soins psychiatriques, et à l'égard des usagers inscrits en chirurgie d'un jour.

50. Un professionnel soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) qui est habilité à établir un diagnostic doit communiquer à la Régie de l'assurance maladie du Québec, à même le relevé d'honoraires qu'il lui soumet, le diagnostic qu'il a établi à l'égard d'une personne assurée tel qu'il est documenté dans le dossier celle-ci.

En outre, tout autre professionnel habilité à établir un diagnostic doit communiquer à la Régie, à l'aide du formulaire qu'elle fournit à cette fin, le diagnostic qu'il a établi à l'égard

d'une personne assurée tel qu'il est documenté dans le dossier de celle-ci, dans la mesure où cette personne assurée consent à cette communication.

51. Le professionnel habilité à établir un diagnostic qui communique à la Régie de l'assurance maladie du Québec un diagnostic qui ne correspond pas à celui qu'il a documenté dans le dossier de la personne assurée est tenu de payer à la Régie le montant correspondant, le cas échéant, à la majoration de la rémunération par capitation payée par la Régie pour la prise en charge de la personne assurée concernée qu'emporte cette discordance. Il en est de même d'un tel professionnel qui, par la documentation qu'il produit, alimente une banque visée à l'article 49 d'un tel diagnostic.

La Régie peut recouvrer du professionnel, par compensation ou autrement, le montant dû en application du premier alinéa, lequel peut être établi par inférence statistique sur le seul fondement de renseignements obtenus par un échantillonnage, selon une méthode conforme aux pratiques généralement reconnues.

52. Une sanction administrative pécuniaire de 250 \$ peut être imposée par la Régie de l'assurance maladie du Québec au professionnel habilité à établir un diagnostic qui :

1° par la documentation qu'il produit, alimente une banque visée à l'article 49 d'un diagnostic qui ne correspond pas à celui qu'il a documenté dans le dossier de la personne assurée;

2° ne se conforme pas à l'article 50.

53. Est passible d'une amende d'au moins 500 \$ et d'au plus 5 000 \$ le professionnel habilité à établir un diagnostic qui :

1° par la documentation qu'il produit, alimente une banque visée à l'article 49 d'un diagnostic qui ne correspond pas à celui qu'il a documenté dans le dossier de la personne assurée;

2° ne se conforme pas à l'article 50.

§ 2. — *Autres dispositions transitoires*

54. Jusqu'à ce qu'un décret soit pris par le gouvernement en application du paragraphe *b* du quinzième alinéa de l'article 3, les jetons suivants sont octroyés annuellement à Santé Québec aux fins de la rémunération des services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives visés à ce paragraphe :

1° 29 417 jetons de catégorie A;

2° 21 598 jetons de catégorie B;

3° 22 377 jetons de catégorie C;

4° 171 136 jetons de catégorie D.

55. Les dispositions portant sur les modes de rémunération des professionnels de la santé contenues dans une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) demeurent applicables, dans la mesure où elles sont compatibles avec les dispositions de la sous-section 1, de la Loi sur l'assurance maladie et des règlements pris pour son application, jusqu'à ce qu'elles soient remplacées par celles d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de cette loi, édicté par l'article 19 de la présente loi.

56. Les différends valablement soumis à un conseil d'arbitrage visé à l'article 54 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) avant le 1^{er} avril 2026 se poursuivent devant ce conseil d'arbitrage.

57. La section III.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), édictée par l'article 33 de la présente loi, ne s'applique pas au médecin omnipraticien qui, le 31 mars 2026, adhère au mode de rémunération à honoraires fixes, et ce, jusqu'à ce qu'il cesse de se prévaloir de ce mode de rémunération.

58. Jusqu'à ce qu'un premier règlement soit pris par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu du deuxième alinéa de l'article 72.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), modifié par l'article 35 de la présente loi, le montant qu'une personne assurée peut exiger en application du quatrième alinéa de l'article 10 de cette loi ne peut excéder le tarif de base que prévoyait, au moment où le service assuré lui a été fourni, une entente visée à l'article 19 de cette loi pour la rémunération à l'acte de ce service avant l'application des règles relatives au plafonnement d'activités.

Toutefois, dans le cas d'un service reçu après le 31 décembre 2025, ce montant est déterminé suivant le tarif en vigueur à cette date.

59. L'article 43 s'applique également au médecin exerçant sa profession dans un milieu de pratique où il bénéficie d'un des programmes suivants établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, jusqu'à ce que ce programme soit remplacé par un programme visé à cet article :

1° le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF);

2° le Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U);

3° le Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (GMF).

60. L'article 43 ne s'applique pas au médecin qui, le 31 mars 2026, adhère au mode de rémunération à honoraires fixes, à moins qu'il n'avise la Régie de l'assurance maladie du Québec de son intention d'adhérer au mode de rémunération composée à compter du trimestre de l'année civile suivant.

CHAPITRE III

SUPPLÉMENT COLLECTIF

LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

61. La Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) est modifiée par l'insertion, après l'article 1, de ce qui suit :

« **CHAPITRE II**

« **ACCÈS AUX SERVICES**

« **SECTION 0.1**

« **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** ».

62. L'article 2 de cette loi est modifié par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « de la présente loi » par « du présent chapitre ».

63. L'article 3 de cette loi est modifié par le remplacement de « de la présente loi » par « du présent chapitre ».

64. Cette loi est modifiée par la suppression, après l'article 3, de ce qui suit :

« **CHAPITRE II**

« **ACCÈS AUX SERVICES** ».

65. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 29.18, édicté par l'article 4 du chapitre 29 des lois de 2024, du chapitre suivant :

« **CHAPITRE III.1**

« **SUPPLÉMENT COLLECTIF**

« **SECTION I**

« **DISPOSITIONS INTRODUCTIVES**

« **29.19.** Le présent chapitre instaure un supplément collectif s'ajoutant à la rémunération des médecins et favorisant l'atteinte, par des collectivités médicales dont il prévoit la composition, d'objectifs visant à améliorer l'accès aux services médicaux assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou à assurer la qualité de ces services.

« **29.20.** Le montant du supplément collectif ne peut excéder un montant correspondant à 15 % de la rémunération que prévoit une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) pour les services assurés que fournissent les médecins parmi ceux visés au premier alinéa de l'article 3 de cette loi. Il est calculé et versé conformément aux dispositions de la sous-section 3 de la section III.

Pour l'application du présent chapitre, est assimilé à la rémunération pour un service visé au premier alinéa, tout autre montant versé par la Régie de l'assurance maladie du Québec à un médecin en application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

Le règlement pris en vertu de l'article 29.23 peut toutefois prévoir qu'un montant n'est pas pris en compte dans la détermination du supplément collectif dans les cas, aux conditions ou dans la mesure qu'il détermine.

« **29.21.** Pour l'application du présent chapitre, on entend par « médecin » un médecin soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

« **29.22.** Le présent chapitre ne s'applique pas aux territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

Il ne s'applique pas non plus à l'égard d'un médecin adhérant au mode de rémunération à honoraires fixes ou au mode de salariat.

« **SECTION II**

« DÉTERMINATION DES OBJECTIFS

« **29.23.** Le gouvernement fixe, par règlement, les objectifs visant à améliorer l'accès aux services médicaux assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou à assurer la qualité de ces services. Ce règlement prévoit aussi la périodicité suivant laquelle est évaluée l'atteinte de chacun de ces objectifs.

Un objectif doit être national, territorial ou local. Son atteinte est évaluée suivant une périodicité correspondant à un trimestre de l'année civile ou à une année débutant le premier jour d'un tel trimestre.

« **29.24.** Un objectif est national lorsqu'il s'applique à l'un des ensembles de médecins suivants :

- 1° l'ensemble formé de tous les médecins;
- 2° l'ensemble formé de tous les médecins omnipraticiens;
- 3° l'ensemble formé de tous les médecins spécialistes;

4° l'ensemble formé de tous les médecins appartenant à une ou plusieurs des spécialités qu'indique le règlement pris en vertu de l'article 29.23 parmi celles définies par le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26);

5° l'ensemble formé de tous les médecins qui fournissent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) au sein des milieux de pratique appartenant à une ou plusieurs des catégories qu'indique le règlement pris en vertu de l'article 29.23 parmi celles prévues à l'article 29.27.

L'atteinte d'un objectif national est évaluée globalement suivant le rendement de l'ensemble visé.

« **29.25.** Un objectif est territorial lorsqu'il s'applique à un ensemble formé, dans chaque département territorial identifié dans le règlement pris en vertu de l'article 29.23, des membres de ces départements visés à l'un des paragraphes suivants :

1° tous les médecins;

2° tous les médecins omnipraticiens;

3° tous les médecins spécialistes;

4° tous les médecins appartenant à une ou plusieurs spécialités qu'indique le règlement pris en vertu de l'article 29.23 parmi celles définies par le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26);

5° tous les médecins qui fournissent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) au sein des milieux de pratique appartenant à une ou plusieurs des catégories qu'indique le règlement pris en vertu de l'article 29.23 parmi celles prévues à l'article 29.27.

Lorsqu'un objectif territorial s'applique à plus d'un département territorial, son atteinte est évaluée séparément suivant le rendement de l'ensemble formé dans chacun de ces départements.

Dans le présent chapitre, on entend par « département territorial » un département formé en vertu de l'article 439 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

« **29.26.** Un objectif est local lorsqu'il s'applique à un ou plusieurs des milieux de pratique appartenant à une catégorie prévue à l'article 29.27.

Lorsqu'un objectif local s'applique à plus d'un tel milieu de pratique appartenant à une même catégorie, son atteinte est évaluée séparément suivant le rendement de chacun des milieux de pratique visés.

« **29.27.** Les catégories de milieux de pratique sont les suivantes :

1° les lieux où est exploité un cabinet privé de professionnel au sens du deuxième alinéa de l'article 481 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021);

2° les centres médicaux spécialisés participatifs au sens du deuxième alinéa de l'article 575 de cette loi;

3° les établissements visés par cette loi;

4° les départements cliniques et les services formés au sein d'un établissement visé au paragraphe 3°;

5° les installations des établissements visés au paragraphe 3°;

6° toute autre catégorie de milieux de pratique que peut établir le règlement pris en vertu de l'article 29.23.

« **29.28.** Le gouvernement doit, dans le règlement pris en vertu de l'article 29.23 et pour chaque objectif qu'il fixe :

1° préciser l'indicateur utilisé pour mesurer l'atteinte de cet objectif;

2° assigner à cet objectif son nombre de parts dans le supplément collectif.

Le nombre de parts assignées à un objectif est déterminé en fonction de la priorité accordée par le gouvernement à l'atteinte de l'objectif. Il ne peut être inférieur à 1 ni supérieur à 5; 1 étant attribué aux objectifs dont l'atteinte est la moins prioritaire et 5 à ceux dont l'atteinte est la plus prioritaire.

« **29.29.** Si le règlement pris en vertu de l'article 29.23 prévoit l'application de normes ou de méthodologies fixées par un autre gouvernement ou par un organisme, il peut prévoir que les renvois faits à celles-ci comprennent les modifications ultérieures qui y seront apportées.

« **29.30.** Le ministre doit, avant qu'un règlement ne soit pris en vertu de l'article 29.23, consulter les personnes, les organismes et les groupes suivants :

1° les organismes représentatifs des médecins visés à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

2° un groupe représentatif des personnes assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie qui reçoivent des services dans les milieux de pratique auxquels peut s'appliquer ce règlement;

3° le Collège des médecins du Québec;

4° Santé Québec et, lorsqu'ils sont visés par des objectifs que le gouvernement entend fixer dans ce règlement, les établissements privés;

5° le Commissaire à la santé et au bien-être;

6° les doyens des facultés de médecine du Québec.

« SECTION III

« MISE EN OEUVRE DE MOYENS PERMETTANT L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

« § 1. — *Collectivités médicales*

« **29.31.** La mise en œuvre de moyens permettant l'atteinte d'un objectif national appartient à tous les médecins de l'ensemble auquel il s'applique. Ces médecins composent une collectivité médicale nationale.

Lorsqu'un tel objectif s'applique à un ensemble composé à la fois de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes, la mise en œuvre des moyens permettant de l'atteindre est commune à deux collectivités médicales nationales; l'une composée de tous les médecins omnipraticiens de cet ensemble et l'autre composée de tous les médecins spécialistes de cet ensemble.

« **29.32.** La mise en œuvre de moyens permettant l'atteinte d'un objectif territorial appartient à tous les médecins qui, dans un département territorial, composent l'ensemble auquel s'applique cet objectif. Ces médecins composent une collectivité médicale territoriale.

« **29.33.** La mise en œuvre de moyens permettant l'atteinte d'un objectif local appartient à l'ensemble des médecins qui fournissent des services assurés au sein d'un même milieu de pratique auquel s'applique cet objectif. Ces médecins composent une collectivité médicale locale.

Toutefois, lorsqu'un tel objectif s'applique à un cabinet privé de professionnel où n'exerce qu'un seul médecin, ce médecin fait partie, en ce qui regarde cet objectif, de la collectivité médicale composée de l'ensemble des médecins du département territorial exerçant seuls dans un cabinet privé de professionnel.

« **29.34.** Suivant la nature des objectifs fixés en vertu de l'article 29.23, un médecin peut faire partie de plusieurs collectivités médicales.

« **29.35.** Sous réserve des dispositions particulières des articles 29.36 à 29.39, les modalités de gestion de la rémunération par capitation que prévoient les articles 38.0.4 à 38.0.7, les premier et troisième alinéas de l'article 38.0.8 et l'article 38.0.9 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'appliquent à la gestion du supplément collectif au sein d'une collectivité médicale, en y faisant les modifications suivantes et avec les autres adaptations nécessaires :

1° une référence à un milieu de pratique est une référence à une collectivité médicale au sens du présent chapitre;

2° une référence aux médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un même milieu de pratique est une référence aux médecins composant une collectivité médicale au sens du présent chapitre;

3° une référence à la rémunération par capitation est une référence au supplément collectif au sens du présent chapitre;

4° les règles de ventilation dont peut se doter une collectivité médicale en application de l'article 38.0.9 de la Loi sur l'assurance maladie portent sur la ventilation du supplément collectif associé aux services fournis à compter de l'entrée en vigueur de ces règles.

« **29.36.** Les règles de fonctionnement d'une collectivité médicale nationale ou d'une collectivité médicale territoriale peuvent notamment :

1° déterminer des catégories de médecins à l'égard desquelles des règles de ventilation particulières peuvent être établies, en fonction notamment de la spécialité à laquelle ceux-ci appartiennent, de leur milieu de pratique ou du territoire sur lequel celui-ci est situé;

2° établir la méthode selon laquelle est fixé le montant du supplément collectif à ventiler parmi les médecins appartenant à une catégorie déterminée en vertu du paragraphe 1°;

3° lorsqu'elles délèguent le pouvoir d'établir des règles de ventilation, déterminer dans quelle mesure et à quelles conditions ce pouvoir peut être subdélégué.

Ces règles de fonctionnement peuvent favoriser le principe de subsidiarité, c'est-à-dire le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des médecins concernés.

« **29.37.** Dans le cas d'une collectivité médicale nationale, le représentant de la collectivité est le suivant :

1° lorsqu'il s'agit d'une collectivité composée de médecins omnipraticiens, l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens visé à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

2° lorsqu'il s'agit d'une collectivité composée de médecins spécialistes :

a) si la collectivité est composée exclusivement de médecins appartenant à une même spécialité, l'association professionnelle affiliée à l'organisme représentatif des médecins spécialistes visé à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie qui rassemble les médecins appartenant à cette spécialité;

b) dans les autres cas, l'organisme représentatif des médecins spécialistes visé à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

Sauf disposition contraire des règles de fonctionnement d'une collectivité médicale nationale, ces règles sont établies par l'assemblée générale de l'organisme représentatif

ou de l'association professionnelle, selon le cas, qui est le représentant de cette collectivité.

« **29.38.** Dans le cas d'une collectivité médicale territoriale ou d'une collectivité médicale locale visée au deuxième alinéa de l'article 29.33, le représentant de la collectivité est le département territorial duquel sont membres les médecins composant cette collectivité.

Les règles de fonctionnement de telles collectivités sont établies par le comité de direction du département territorial, sauf disposition contraire de leurs règles de fonctionnement.

« **29.39.** Les règles de ventilation du supplément collectif peuvent notamment avoir pour objet :

- 1° d'encourager l'atteinte des objectifs fixés en vertu de l'article 29.23;
- 2° de favoriser la contribution de chacun des médecins à la mise en œuvre de moyens pris par la collectivité pour atteindre un objectif fixé en vertu de l'article 29.23;
- 3° de soutenir les médecins qui poursuivent des travaux de recherche ou qui exercent des activités d'enseignement.

Ces règles de ventilation peuvent également :

- 1° prévoir les conditions à la participation d'un médecin dans la ventilation du supplément collectif, lesquelles peuvent notamment être liées à l'atteinte de cibles qu'elles fixent;
- 2° prévoir, malgré toute disposition contraire de la présente section, les cas et les conditions suivant lesquels la ventilation du supplément collectif attribué à cette collectivité peut inclure un médecin qui a cessé d'en faire partie;
- 3° conférer à toute personne dont elles prévoient la nomination un pouvoir discrétionnaire ainsi que prévoir les conditions et les modalités selon lesquelles ce pouvoir peut être exercé.

« **29.40.** Le ministre doit, à compter de l'entrée en vigueur d'un objectif fixé par un règlement pris en vertu de l'article 29.23 :

- 1° dans le cas d'un objectif national ou territorial, publier sur un site Internet l'indicateur utilisé pour mesurer l'atteinte de cet objectif ainsi que le niveau d'atteinte de ce dernier;
- 2° dans le cas d'un objectif local, donner accès aux représentants des collectivités médicales locales auxquelles appartient la mise en œuvre des moyens permettant l'atteinte de cet objectif, au moyen d'une plateforme numérique, à l'indicateur utilisé pour mesurer l'atteinte de l'objectif ainsi qu'au niveau d'atteinte de celui-ci.

Le ministre doit mettre à jour au moins mensuellement l'information qu'il publie ou à laquelle il donne accès en application du premier alinéa.

« § 2. — *Exemption*

« **29.41.** Le représentant d'une collectivité médicale territoriale ou d'une collectivité médicale locale, agissant au nom de cette collectivité, peut, dans les cas et aux conditions que peut prévoir un règlement pris en vertu de l'article 29.23, demander au ministre d'exempter, en tout ou en partie, la collectivité de l'application d'un objectif que fixe ce règlement.

L'exemption accordée par le ministre s'applique à compter de la période d'évaluation débutant après la date où elle a été accordée. Elle peut toutefois rétroagir à la date de l'entrée en vigueur d'un règlement pris en vertu de l'article 29.23 lorsque la demande d'exemption a été formulée dans les 60 jours de cette entrée en vigueur.

Lorsque le ministre accorde une exemption, il doit mentionner le motif pour lequel elle est accordée dans la décision qu'il transmet au représentant de la collectivité médicale.

« **29.42.** Lorsque le ministre exempte en tout une collectivité médicale de l'application d'un objectif, celle-ci est relevée de la mise en œuvre des moyens permettant l'atteinte de l'objectif visé. Elle est également exclue de l'attribution de tout supplément collectif en considération de cet objectif, sauf dans les cas et aux conditions que peut prévoir un règlement pris en vertu de l'article 29.23 et suivant lesquels elle est réputée atteindre cet objectif pour l'application de la sous-section 3.

Lorsqu'il exempte en partie une collectivité médicale de l'application d'un objectif, le ministre fixe à l'égard de celle-ci le niveau moindre selon lequel sera évaluée l'atteinte de cet objectif. Il peut également réduire pour cette collectivité le nombre de parts dans le supplément collectif assignées à cet objectif, lequel peut alors, malgré le deuxième alinéa de l'article 29.28, être inférieur à 1.

Le règlement pris en vertu de l'article 29.23 peut prévoir les conditions, les critères et les modalités selon lesquels le ministre fixe ce nouveau niveau ainsi que ceux selon lesquels il réduit le nombre de parts dans le supplément collectif assignées à cet objectif.

« **29.43.** Le représentant d'une collectivité médicale à laquelle une exemption a été accordée en application de l'article 29.41 doit aviser sans délai le ministre de tout changement dans la situation de cette collectivité susceptible de remettre en cause son droit à cette exemption.

« **29.44.** Le ministre peut modifier ou révoquer une exemption accordée en application de l'article 29.41 lorsqu'il constate que le motif pour lequel l'exemption a été accordée a cessé d'exister.

Avant de modifier ou de révoquer une exemption, le ministre doit notifier par écrit au représentant de la collectivité médicale concernée un préavis de son intention et donner à ce représentant un délai d'au moins 30 jours afin de présenter ses observations.

La modification ou la révocation d'une exemption s'applique à compter de la période d'évaluation débutant après la date à laquelle elle a été décidée par le ministre.

« **29.45.** Le ministre avise sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec des exemptions accordées, modifiées ou révoquées en application des articles 29.41 et 29.44.

« **29.46.** Le ministre peut demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec qu'elle enquête, par elle-même ou une personne qu'elle désigne, sur toute matière visée à la présente sous-section et qu'elle lui fasse rapport de ses constatations. Les articles 20 à 21 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) s'appliquent à l'occasion d'une telle enquête, avec les adaptations nécessaires.

« **29.47.** Le représentant d'une collectivité médicale, agissant au nom de cette collectivité, peut, par écrit, demander au ministre la révision d'une décision visée aux articles 29.41 ou 29.44 dans les 60 jours de la notification de cette décision.

Dans les 90 jours de la réception de la demande de révision, le ministre révise le dossier et rend une décision motivée. Il avise par écrit le demandeur de sa décision et de son droit de la contester devant le Tribunal administratif du Québec ainsi que du délai pour exercer un tel recours.

« **29.48.** La décision en révision peut, dans les 60 jours de sa notification, être contestée devant le Tribunal administratif du Québec par le représentant de la collectivité médicale visée par cette décision, agissant au nom de cette collectivité.

En outre, le représentant d'une collectivité médicale peut contester devant le Tribunal la décision dont il a demandé la révision si le ministre n'a pas disposé de la demande dans les 90 jours suivant sa réception. Ce délai court toutefois à partir de la date où le représentant a présenté des observations ou produit des documents, lorsque le représentant a requis un délai à l'une de ces fins.

Dans les cas prévus au présent article, il appartient au représentant de la collectivité médicale de prouver que la décision du ministre n'est pas fondée.

Le Tribunal ne peut que confirmer ou infirmer la décision contestée. À tout moment de l'instance, le Tribunal peut, du consentement des parties, rendre jugement sur le vu du dossier.

« § 3. — *Calcul et modalités de versement du supplément collectif*

« **29.49.** Le médecin doit, pour avoir droit d'être rémunéré par la Régie pour un service assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), indiquer dans

le relevé d'honoraires qu'il soumet à la Régie en application de cette loi le numéro d'identification du milieu de pratique dans lequel il a fourni le service dont il réclame le paiement.

Le gouvernement peut, dans un règlement pris en vertu de l'article 29.23, prévoir des normes relatives au milieu de pratique devant être indiqué dans le relevé d'honoraires que soumet un médecin à la Régie. Il peut également y prévoir l'obligation, pour les médecins exerçant dans un milieu de pratique visé par un objectif national ou territorial, de procéder à l'enregistrement de ce milieu auprès de la Régie afin que lui soit attribué un numéro d'identification. Le cas échéant, l'article 2.0.13 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) s'applique à cet enregistrement comme s'il s'agissait d'une demande visée à cet article.

« **29.50.** Dans les 135 jours suivant la fin de chaque période d'évaluation visée au deuxième alinéa de l'article 29.23, la Régie de l'assurance maladie du Québec communique au représentant de chaque collectivité médicale le montant du supplément collectif qui, pour cette période, peut être ventilé par cette collectivité médicale entre les médecins qui la composent.

Pour ce faire, la Régie totalise le montant du supplément collectif qui est attribuable à cette collectivité médicale en application de l'article 29.51 pour chacun des services qui a été fourni durant la période d'évaluation par les médecins qui la composent et dont le paiement lui a été réclamé.

Pour que les médecins composant une collectivité médicale locale aient droit au montant visé au premier alinéa, un représentant de cette collectivité médicale doit être enregistré auprès de la Régie avant la fin de la période d'évaluation visée.

« **29.51.** Le supplément collectif associé à chaque service est déterminé et réparti entre les collectivités médicales concernées par ce service conformément au présent article.

Une collectivité médicale est concernée par un service lorsqu'il a été fourni par un médecin qui en faisait partie au moment où il l'a fourni. Toutefois, une collectivité territoriale ou locale n'est concernée par un service que dans la mesure où il a été fourni, selon le cas, sur le territoire du département territorial dont sont membres les médecins qui la composent ou dans le milieu de pratique où les médecins qui la composent fournissent des services assurés.

Le montant du supplément collectif attribuable à chacune des collectivités médicales concernées par le service au terme de cette détermination et de cette répartition correspond au résultat de l'équation suivante :

«

$$M_c = \frac{(0,15R \times \sum P_{ca}) + (0,05R \times \sum P_{cn})}{\sum P}$$

Dans cette équation :

M_c correspond au montant du supplément collectif, associé à un service, qui est attribuable à la collectivité médicale concernée;

R correspond au montant de la rémunération que la Régie de l'assurance maladie du Québec a payé ou qu'elle entend payer pour le service en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

$\sum P$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif assignées aux objectifs dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient aux collectivités médicales concernées au cours du trimestre où a été fourni le service;

$\sum P_{ca}$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif, parmi celles incluses dans $\sum P$, assignées à des objectifs évalués suivant la même périodicité, dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient à la collectivité médicale concernée et qui ont été atteints au cours de la période d'évaluation où a été fourni le service;

$\sum P_{cn}$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif, parmi celles incluses dans $\sum P$, assignées à des objectifs évalués suivant la même périodicité, dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient à la collectivité médicale concernée et qui n'ont pas été atteints au cours de la période d'évaluation où a été fourni le service.

Toutefois, 10 doit être substitué à la somme $\sum P$ qui figure dans l'équation prévue au troisième alinéa lorsque cette somme est inférieure à 10.

Le montant des honoraires à titre de rémunération par capitation versé à un médecin omnipraticien pour la prise en charge, dans un milieu de pratique, d'une personne assurée au sens du paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie est réputé, pour l'application du présent article, lui être versé pour un service qu'il a personnellement fourni dans ce milieu de pratique.

« **29.52.** Un règlement pris en vertu de l'article 29.23 peut prévoir, dans les cas et aux conditions qu'il détermine, que l'équation prévue au troisième alinéa de l'article 29.51 est appliquée en substituant au nombre « 0,05 » qui y figure tout nombre qu'il détermine ou dont il établit le mode de calcul. Ce nombre ne peut toutefois être inférieur à 0,05 ou supérieur à 0,15.

« **29.53.** Sur réception du montant du supplément collectif communiqué en application de l'article 29.50, le représentant de la collectivité médicale procède à la ventilation de ce montant conformément aux règles de ventilation dont se sont dotés les médecins composant cette collectivité.

Le représentant de la collectivité médicale doit, pour que ces médecins aient droit à ce montant, soumettre à la Régie un état de cette ventilation dûment complété dans les 30 jours de la communication visée à l'article 29.50.

La Régie peut prolonger ce délai si le représentant de la collectivité lui démontre qu'il a été en fait dans l'impossibilité d'agir plus tôt.

« **29.54.** Aux fins de procéder à la ventilation, le représentant d'une collectivité médicale peut demander à la Régie de lui communiquer tout renseignement parmi ceux prévus par un règlement que peut prendre la Régie. Une telle demande doit être formulée au moins 30 jours avant la fin de la période d'évaluation visée. La Régie joint le renseignement ainsi demandé au montant du supplément collectif qu'elle communique à ce représentant en application de l'article 29.50.

Les renseignements communiqués en application du premier alinéa ne doivent pas permettre d'identifier une personne assurée.

« **29.55.** La Régie verse le montant du supplément collectif déterminé en application de l'article 29.50 aux médecins composant une collectivité médicale conformément à la ventilation que lui a communiquée le représentant de cette collectivité médicale.

« **SECTION IV**

« MESURES ADMINISTRATIVES

« **29.56.** Lorsque la Régie de l'assurance maladie du Québec est d'avis qu'une collectivité médicale s'est vu attribuer un montant de supplément collectif excédant celui auquel elle a droit, elle peut recouvrer de cette collectivité les sommes payées en trop par compensation sur les sommes subséquentement attribuées à cette collectivité.

Le droit au recouvrement des sommes attribuées en trop se prescrit par 60 mois à compter du moment où elles ont été versées. L'article 22.4 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'applique, avec les adaptations nécessaires, à l'égard du montant dû à la suite d'une décision rendue en application du premier alinéa.

Le premier alinéa ne trouve pas application lorsque le service auquel est associé le supplément collectif fait l'objet d'une décision rendue en vertu des articles 22.2 ou 50 de la Loi sur l'assurance maladie. Le remboursement du supplément collectif est alors obtenu par la Régie auprès du médecin faisant l'objet d'une telle décision de la même façon qu'est obtenu le remboursement du service lui-même.

« **29.57.** Lorsque la Régie de l'assurance maladie du Québec ne peut recouvrer par compensation sur les sommes attribuées à une collectivité médicale le montant dû à la

suite d'une décision visée à l'article 29.56, elle peut, à l'expiration du délai pour contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec et, le cas échéant, à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant une décision de ce Tribunal confirmant en tout ou en partie cette décision, recouvrer ce montant, par compensation ou autrement, auprès des médecins composant cette collectivité médicale. Ces derniers sont alors tenus au paiement du montant dû en proportion du montant du supplément collectif qui leur a été versé par la Régie durant la période concernée en considération d'objectifs dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient à la collectivité visée.

Elle peut, pour ce faire, délivrer un certificat qui mentionne les nom et adresse du débiteur et atteste le montant dû ainsi que le défaut du représentant de la collectivité médicale de contester la décision de la Régie devant le Tribunal. Sur dépôt de ce certificat au greffe de la Cour supérieure ou de la Cour du Québec, selon leur compétence respective, la décision devient exécutoire comme s'il s'agissait d'un jugement final et sans appel de ce tribunal et en a tous les effets.

Le deuxième alinéa de l'article 18.3.2 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'applique, avec les adaptations nécessaires, au montant dû par le débiteur.

« **29.58.** La Régie de l'assurance maladie du Québec peut imposer au médecin une sanction administrative pécuniaire équivalant à 10 % du paiement qu'il a réclamé ou obtenu au cours des 60 mois précédents pour des services qui, en contravention à l'article 29.49 ou au règlement visé à cet article, ont été erronément attribués à un milieu de pratique dans le relevé d'honoraires soumis à la Régie en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Elle peut percevoir le montant de la sanction par compensation sur les honoraires de ce médecin ou autrement.

Les articles 22.3 et 22.5 de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard d'une décision rendue en application du premier alinéa.

« **29.59.** Le montant de supplément collectif attribué en trop visé au premier alinéa de l'article 29.56 et celui du paiement réclamé ou obtenu pour des services erronément attribués à un milieu de pratique visé au premier alinéa de l'article 29.58 peuvent être établis par inférence statistique sur le seul fondement de renseignements obtenus par un échantillonnage, selon une méthode conforme aux pratiques généralement reconnues.

Les quatrième, cinquième, sixième et neuvième alinéas de l'article 22.2 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à une décision rendue en vertu de l'article 29.56 ou de l'article 29.58 de la présente loi, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de cet article 22.2. Dans le cas d'une décision rendue en vertu de l'article 29.56 de la présente loi, une référence dans l'article 22.2 de la Loi sur l'assurance maladie au professionnel de la santé est une référence au représentant de la collectivité médicale agissant au nom de celle-ci.

L'article 52.1 de la Loi sur l'assurance maladie s'applique, avec les adaptations nécessaires, à l'égard du montant dû à la suite d'une décision rendue en application des articles 29.56 ou 29.58 de la présente loi.

« SECTION V

« DISPOSITIONS PÉNALES

« **29.60.** Quiconque, de manière à augmenter le montant du supplément collectif attribué à une collectivité médicale, fait une déclaration incomplète ou contenant un renseignement faux ou trompeur ou transmet un document incomplet ou contenant un tel renseignement est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

En cas de récidive, les montants minimal et maximal des amendes prévus au premier alinéa sont portés au double. ».

66. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 79, du suivant :

« **79.1.** La présente loi est d'ordre public. ».

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

67. L'article 18.3.2 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

« Lorsque, après délivrance du certificat, le ministre du Revenu affecte, conformément à l'article 31 de la Loi sur l'administration fiscale (chapitre A-6.002), un remboursement dû à un débiteur par suite de l'application d'une loi fiscale au paiement du montant de la dette, cette affectation interrompt la prescription quant au recouvrement de ce montant. ».

68. L'article 22 de cette loi est modifié par le remplacement de la dernière phrase du quatrième alinéa par la phrase suivante : « Le présent alinéa n'a pas pour effet d'empêcher un pharmacien d'exiger la différence entre le prix du médicament indiqué à la liste et le montant dont la Régie assume le paiement ou d'empêcher un médecin de recevoir un montant de supplément collectif conformément au chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2). ».

69. L'article 68 de cette loi est modifié, dans le premier alinéa :

1° par l'insertion, après « assurée », de « , pour l'exercice des fonctions et des pouvoirs qui lui sont attribués par le chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) »;

2° par le remplacement de « des articles 18 et » par « de l'article 18, de la section III.0.1 et de l'article ».

LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

70. La Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) est modifiée par l'insertion, après l'article 59, des suivants :

« **59.1.** Santé Québec accorde aux personnes nommées par son conseil d'administration et qui exercent des responsabilités de direction sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction une rémunération variable dont au moins la moitié doit être fonction de l'atteinte des objectifs fixés en vertu de l'article 29.23 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2).

« **59.2.** Santé Québec doit fixer les échelles de traitement selon lesquelles est déterminée la rémunération de base versée aux personnes auxquelles une rémunération variable est accordée en application de l'article 59.1, sauf lorsqu'elles sont prévues par un règlement pris en application de l'article 59.

Le pourcentage de majoration de ces échelles de traitement ne peut excéder le pourcentage de majoration des échelles de traitement applicables aux postes de cadres prévu par un tel règlement. ».

LOI SUR LA JUSTICE ADMINISTRATIVE

71. L'article 25 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3), modifié par l'article 213 du chapitre 5 des lois de 2023, est de nouveau modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « paragraphes », de « 0.01°, ».

72. L'article 3 de l'annexe I de cette loi est modifié par l'ajout, avant le paragraphe 0.1°, du suivant :

« 0.01° les recours formés en vertu des articles 27 et 29.48 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2); ».

LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

73. L'article 2.0.13 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) est modifié par l'insertion, dans ce qui précède le paragraphe 1° du premier alinéa et après « présente loi, », de « de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), ».

74. L'article 14.1 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « présente loi, », de « la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), ».

75. L'article 19.1 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « présente loi, », de « de la sous-section 3 de la section III et des sections IV et V du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), ».

76. L'article 19.2 de cette loi est modifié par l'insertion, après « présente loi, », de « de la sous-section 3 de la section III et des sections IV et V du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), ».

77. L'article 21.1 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « présente loi, », de « à la sous-section 3 de la section III ou aux sections IV et V du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), ».

78. L'article 38 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le paragraphe a et après « l'application », de « du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), ».

79. L'article 39 de cette loi est modifié, dans le deuxième alinéa :

1° par l'insertion, après « vertu », de « de l'article 29.58 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), »;

2° par l'insertion, après « (chapitre A-29) », de « ou d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de cette loi ».

LOI VISANT PRINCIPALEMENT À RÉDUIRE LA CHARGE ADMINISTRATIVE DES MÉDECINS

80. L'article 1 de la Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins (2024, chapitre 29) est abrogé.

81. L'article 11 de cette loi est modifié par l'insertion, après le paragraphe 1°, du suivant :

« 1.1° des dispositions de l'article 2, qui entrent en vigueur le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*); ».

LOI ÉDICTANT LA LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE ET MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

82. L'article 1 de la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) est modifié par l'abrogation des articles 41 et 42 de la loi qu'il édicte.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

83. Jusqu'à ce qu'un règlement soit pris en vertu de l'article 29.23 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi, les objectifs visant à améliorer l'accès aux

services médicaux ou à assurer la qualité de ces services sont ceux prévus à l'annexe I de la présente loi.

84. Le service fourni par un médecin avant le 1^{er} janvier 2026 n'est pas pris en compte dans la détermination du montant de supplément collectif qui peut être ventilé par une collectivité médicale entre les médecins qui la composent.

85. Jusqu'à l'entrée en vigueur des premières dispositions d'un règlement visées au troisième alinéa de l'article 29.20 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi, les montants suivants ne sont pas pris en compte dans la détermination du supplément collectif :

1° dans le cas des médecins omnipraticiens :

a) les frais de déplacement versés en application du paragraphe 30.05 du Chapitre VIII – Dispositions relatives aux effectifs médicaux de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

b) les primes, les frais et les autres montants versés en application de la section II de l'Annexe XII concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

c) la rémunération versée en application de l'Annexe XIII – Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

d) les allocations versées en application de l'Annexe XVI – Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption au bénéfice du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire, à la vacation ou au per diem de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

e) les allocations versées en application de l'Annexe XIX – Programme de formation continue de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

f) la rémunération versée en application de la Lettre d'entente n° 188 concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéro-médicale au Québec (ÉVAQ) conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

g) la rémunération versée en application de la Lettre d'entente n° 291 concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS dans les établissements de santé du Québec conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

h) les forfaits versés en application de la Lettre d'entente n° 298 concernant l'attribution et les modalités relatives au versement de forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans la dispensation de services de première ligne dans les territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ou, selon le cas, de sous-territoires (CLSC ou de regroupements de CLSC) conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

i) les forfaits versés en application de la Lettre d'entente n° 351 concernant certaines modalités visant à favoriser l'installation de médecins dans certains territoires de réseaux locaux de service en pénurie grave d'effectifs médicaux conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

j) les quotes-parts remboursées en application de l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

k) la rémunération pour les fonctions du médecin responsable d'un groupe de médecine familiale ou de celui qui l'assiste versée en application de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF) conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

l) la rémunération des activités médico-administratives assumées par le chef d'un groupe de médecine familiale universitaire, ou de celui qui l'assiste, versée en application de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

m) la rémunération des activités médico-administratives d'un chef de service d'urgence, ou de celui qui l'assiste, versée en application de l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

n) la rémunération du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence versée en application de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

o) la rémunération des activités médico-administratives du médecin responsable d'un groupe de médecine de famille ayant été désigné accès ou d'un groupe de médecine de famille désigné réseau, ou de celui qui l'assiste, versée en application de l'Entente

particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR) conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

p) la rémunération des activités médico-administrative du chef du département clinique de médecine générale, ou des médecins qui l'assistent, versée en application de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin nommé chef du département clinique de médecine générale et, de ceux qui l'assistent, d'un établissement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

q) l'indemnité de kilométrage visée au paragraphe 2.4.2 de l'onglet A – Préambule général de l'annexe V de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

2° dans le cas des médecins spécialistes :

a) les quotes-parts remboursées en application de l'Annexe 9 – Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

b) parmi les lettres d'ententes apparaissant à l'Annexe 11.A – Lettres d'entente numérotées de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie :

i. le tarif horaire versé en application de la Lettre d'entente n° 53 concernant les missions sur les territoires de la Basse-Côte-Nord conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes;

ii. les forfaits et frais de déplacement versés en application de la Lettre d'entente n° 75 concernant la rémunération dans certaines disciplines au Centre hospitalier Lac-Mégantic conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes;

iii. les forfaits versés en application de la Lettre d'entente n° 133 concernant la rémunération dans certains établissements éloignés de la Côte-Nord et du Nunavik conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes;

iv. les montants forfaitaires et les frais de déplacement versés en application de la Lettre d'entente n° 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes;

v. les montants forfaitaires versés en application de la Lettre d'entente n° 159 concernant le maintien de l'accessibilité aux services spécialisés en obstétrique-gynécologie à l'Hôpital de Gatineau aux prises avec une grave pénurie temporaire d'effectifs conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes;

vi. les montants versés en application de la Lettre d'entente n° 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS dans les établissements de santé du Québec conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec;

c) les frais de transports et allocations versés en application des articles 2 et 3 de l'Annexe 19 – La rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

d) les montants versés en application de l'Annexe 20 – Mesures incitatives complémentaires de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie ;

e) les indemnités et les remboursements de frais de déplacement versés en application de l'Annexe 23 – Frais de déplacement et de séjour de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

f) la rémunération versée en application de l'Annexe 24 concernant la rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

g) les allocations versées en application de l'Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

h) les montants versés en application des deuxième et troisième alinéa de l'article 1.5 de l'Annexe 45 concernant la mise en place d'un plan de remplacement provincial en anesthésiologie réanimation de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

i) la rémunération pour les activités de chef de département versée en application du Protocole d'accord n° 23 relatif à la rémunération de certaines activités médico-

administratives accomplies dans un établissement de santé conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec;

j) la rémunération versée en application du Protocole d'accord n° 28 relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes dans le cadre du Centre antipoison du Québec (CAPQ) ou du système d'évaluation aéromédicale au Québec (É.V.A.Q.) conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec;

3° dans tous les cas, la rémunération des services visés au quinzième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

86. Malgré toute disposition contraire de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), les règles de ventilation d'une collectivité médicale sont réputées prévoir qu'un médecin composant cette collectivité médicale qui, le 1^{er} janvier 2026, était âgé d'au moins 65 ans se voit verser un montant de supplément collectif au moins égal à la part du montant de supplément communiqué à cette collectivité en application de l'article 29.50 de cette loi, édicté par l'article 65 de la présente loi, qui est associée aux services fournis par ce médecin.

Lorsque l'équation prévue au troisième alinéa de l'article 29.51 est appliquée à un service fourni par un médecin visé au premier alinéa, le nombre « 0,05 » qui figure dans cette équation est remplacé par le nombre « 0,1 ».

Un médecin visé au premier alinéa peut renoncer, par écrit, à l'application de cet alinéa.

87. L'article 29.59 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi, doit, jusqu'à l'entrée en vigueur du paragraphe 2° de l'article 21 de la présente loi, se lire en y remplaçant le deuxième alinéa par le suivant :

« Le premier alinéa de l'article 18.4 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'applique, avec les adaptations nécessaires, à une décision rendue en vertu de l'article 29.56 ou de l'article 29.58 de la présente loi, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu de l'article 18.3 de la Loi sur l'assurance maladie. Les quatrième, cinquième et huitième alinéas de l'article 22.2 de cette loi s'appliquent également, avec les adaptations nécessaires, à une décision rendue en vertu de l'article 29.56 ou de l'article 29.58 de la présente loi, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de cet article 22.2. ».

88. Dans les 45 jours suivant le 1^{er} janvier 2027, la Régie de l'assurance maladie du Québec verse à chaque médecin omnipraticien soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) le montant additionnel de supplément collectif prévu au troisième alinéa si le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C que prévoit l'annexe I de la présente loi est d'au moins 75 % au cours de l'année civile 2026.

Pour l'application du présent article, le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C correspond au quotient, exprimé en pourcentage, de la somme déterminée en application du paragraphe 1° par celle déterminée en application du paragraphe 2°:

1° la somme obtenue en additionnant, pour chacun des trimestres de l'année civile 2026, le nombre de collectivités médicales territoriales ayant atteint cet objectif parmi celles auxquelles il appartient de mettre en œuvre des moyens en permettant l'atteinte;

2° la somme obtenue en additionnant le nombre de collectivités médicales territoriales auxquelles il appartient, pour chacun des trimestres de l'année civile 2026, de mettre en œuvre des moyens permettant l'atteinte de cet objectif.

Le montant additionnel versé par la Régie en application du premier alinéa correspond au montant suivant :

1° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C est d'au moins à 75 %, mais inférieur à 85 % : 5 000 \$;

2° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C est d'au moins à 85 %, mais inférieur à 100 % : 6 000 \$;

3° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C est de 100 % : 7 000 \$.

Toutefois, pour chaque mois de l'année civile 2026 où un médecin n'a fourni aucun service assuré rémunéré par la Régie, le montant auquel il a droit en application du troisième alinéa est diminué d'un douzième.

Ce montant additionnel s'ajoute à celui versé en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi.

89. Dans les 45 jours suivant le 1^{er} janvier 2028, la Régie de l'assurance maladie du Québec verse à chaque médecin omnipraticien soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) un montant additionnel de supplément collectif si le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C que prévoit l'annexe I de la présente loi est d'au moins 75 % au cours de l'année civile 2027. Le montant additionnel versé à chaque médecin et le taux d'atteinte de l'objectif territorial n° 1-C sont fixés conformément aux dispositions de l'article 88, avec les adaptations nécessaires.

Le montant additionnel s'ajoute à celui versé en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi.

90. Dans les 45 jours suivant le 1^{er} janvier 2027, la Régie de l'assurance maladie du Québec verse à chaque médecin spécialiste soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) le montant additionnel de supplément collectif prévu au troisième alinéa si le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 que prévoit l'annexe I de la présente loi est d'au moins 60 % au cours de l'année civile 2026.

Pour l'application du présent article, le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 correspond au quotient, exprimé en pourcentage, de la somme déterminée en application du paragraphe 1° par celle déterminée en application du paragraphe 2° :

1° la somme obtenue en additionnant, pour chacun des trimestres de l'année civile 2026, le nombre de collectivités médicales nationales ayant atteint cet objectif parmi celles auxquelles il appartient de mettre en œuvre des moyens en permettant l'atteinte;

2° la somme obtenue en additionnant le nombre de collectivités médicales nationales auxquelles il appartient, pour chacun des trimestres de l'année civile 2026, de mettre en œuvre des moyens permettant l'atteinte de cet objectif.

Le montant additionnel versé par la Régie en application du premier alinéa correspond au montant suivant :

1° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 est d'au moins à 60 %, mais inférieur à 70 % : 5 000 \$;

2° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 est d'au moins à 70 %, mais inférieur à 80 % : 7 000 \$;

3° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 est d'au moins à 80 %, mais inférieur à 90 % : 9 000 \$;

4° lorsque le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 est d'au moins à 90 %, mais inférieur à 100 % : 11 000 \$.

Toutefois, pour chaque mois de l'année civile 2026 où un médecin n'a fourni aucun service assuré rémunéré par la Régie, le montant auquel il a droit en application du troisième alinéa est diminué d'un douzième.

Ce montant additionnel s'ajoute à celui versé en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi.

91. Dans les 45 jours suivant le 1^{er} janvier 2028, la Régie de l'assurance maladie du Québec verse à chaque médecin spécialiste soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) un montant additionnel de supplément collectif si le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 que prévoit l'annexe I de la présente loi est d'au moins 60 % au cours de l'année civile 2027. Le montant additionnel versé à chaque médecin et le taux d'atteinte de l'objectif national n° 5 sont fixés conformément aux dispositions de l'article 90, avec les adaptations nécessaires.

Le montant additionnel s'ajoute à celui versé en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi.

92. La rémunération variable prévue à l'article 59.1 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), édicté par l'article 70 de la présente loi, s'applique à une personne dont le contrat de travail a été conclu avant le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*) seulement à compter du renouvellement de ce contrat ou de la conclusion d'un nouveau contrat de travail.

93. Santé Québec doit, avant le 1^{er} janvier 2026, fixer les premières échelles de traitement selon lesquelles est déterminée la rémunération de base versée aux personnes auxquelles une rémunération variable est accordée en application de l'article 59.1 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), édicté par l'article 70 de la présente loi.

Les premières échelles doivent correspondre à celles alors applicables à ces personnes, après avoir été ajustées pour en retrancher la rémunération variable pouvant leur être accordée.

CHAPITRE IV

MESURES CONCERNANT LES DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX

LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

94. La Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) est modifiée par l'insertion, après l'article 445, du suivant :

« **445.1.** Le président-directeur général de l'établissement auquel est rattaché un département territorial peut, lorsque le comité de direction de ce département fait défaut, de façon répétée ou continue, d'en exercer les fonctions entièrement, correctement et sans retard et que l'accès à des services ou leur qualité en dépend, confier l'exercice de ces fonctions à toute personne qu'il désigne.

Lorsqu'un département territorial est rattaché à plus d'un établissement, le pouvoir prévu au premier alinéa est exercé par le président-directeur général de l'établissement désigné par Santé Québec. ».

95. L'article 449 de cette loi est modifié par l'ajout, avant le paragraphe 1°, des suivants :

« 0.1° établir, en cohérence avec les orientations ministérielles, un plan de couverture territoriale des secteurs prioritaires et des secteurs où les effectifs sont limités qui précise les services de médecine de famille dont la prestation est susceptible de répondre le mieux aux besoins de toute la population;

« 0.2° assurer la coordination des services médicaux offerts à domicile et en centre d'hébergement et de soins de longue durée; ».

96. L'article 453 de cette loi est modifié par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

« Pour chaque spécialité, le département doit :

1° évaluer, en cohérence avec les orientations ministérielles, les besoins en services médicaux spécialisés des secteurs prioritaires et des secteurs où les effectifs sont limités;

2° assurer la mise en place et l'application de la décision de Santé Québec relative à l'organisation visée au premier alinéa. ».

97. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 454, du suivant :

« **454.1.** Le département territorial de médecine spécialisée doit faire rapport à Santé Québec de l'évaluation des besoins en services médicaux effectuée en application du paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 453. ».

98. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 483, des suivants :

« **483.1.** Santé Québec doit établir un plan de couverture national pour chaque spécialité médicale qui précise, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services médicaux spécialisés dont la prestation est susceptible de répondre le mieux aux besoins de toute la population.

Dans l'établissement d'un plan de couverture national pour une spécialité, Santé Québec doit tenir compte des évaluations des besoins en services médicaux spécialisés des secteurs prioritaires et des secteurs où les effectifs sont limités qui lui sont transmis en application de l'article 454.1 et, à sa demande, par le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

Santé Québec doit également consulter l'association professionnelle affiliée à l'organisme représentatif des médecins spécialistes visé à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) qui rassemble les médecins spécialistes concernés par un plan de couverture national pour une spécialité. Une telle association peut formuler les recommandations qu'elle estime appropriées à l'égard de ce plan.

« **483.2.** Un plan de couverture national pour une spécialité établi par Santé Québec en application de l'article 483.1 est soumis au ministre qui l'approuve avec ou sans modification; les recommandations formulées par l'association professionnelle consultée en application de cet article y sont jointes, le cas échéant.

Le plan de couverture national pour une spécialité ainsi approuvé doit, conformément à l'article 483.1, être établi de nouveau tous les deux ans et chaque fois que le demande le ministre. Le plan approuvé continue d'avoir effet tant que le ministre n'a pas approuvé le nouveau plan.

Le ministre peut établir un plan de couverture national pour une spécialité à défaut par Santé Québec de l'établir dans le délai qu'il lui indique.

« **483.3.** Le ministre peut transmettre des directives à Santé Québec concernant l'établissement d'un plan de couverture national pour une spécialité.

Ces directives lient Santé Québec. ».

DISPOSITION TRANSITOIRE PARTICULIÈRE

99. Les premiers plans de couverture nationaux pour chacune des spécialités médicales prévues à l'article 483.1 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), édicté par l'article 98 de la présente loi, doivent être transmis au ministre au plus tard le (*indiquer ici la date qui suit de six mois celle de la sanction de la présente loi*).

CHAPITRE V

PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN GROUPE

LOI SUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

100. L'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Le ministre peut établir des programmes visant à favoriser la pratique de la médecine de famille en groupe dans un milieu de pratique multidisciplinaire et la pratique de la médecine spécialisée en cabinet privé de professionnel au sens du deuxième alinéa de l'article 481 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), du deuxième alinéa de l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou du paragraphe / du premier alinéa de l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). Il peut prévoir par règlement les normes qu'il juge nécessaires à l'application de tels programmes, notamment des modalités de suivi de la clientèle des médecins qui bénéficient du programme, dont celles relatives aux heures auxquelles ceux-ci doivent se rendre disponibles. Un tel programme ou un tel règlement doit, avant d'entrer en vigueur, être approuvé par le Conseil du trésor. ».

LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

101. L'article 4 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 1° du premier alinéa, de « groupe de médecine de famille » par « milieu de pratique visé à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) ».

CHAPITRE VI

SOLLICITATION DE DONS PAR UNE FONDATION D'UN ÉTABLISSEMENT ET RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE DANS LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

LOI SUR LES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

102. L'article 8 de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (chapitre R-22.1) est modifié par l'insertion, après le deuxième alinéa, du suivant :

« Une personne peut également refuser que son nom et ses coordonnées soient utilisés afin de solliciter un don. ».

103. L'article 9 de cette loi est modifié par l'insertion, après « concernant », de « ou de refuser l'utilisation de son nom et de ses coordonnées ».

104. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 63, du suivant :

« **63.1.** Le nom et les coordonnées d'une personne détenus par Santé Québec ou par un établissement autre qu'un établissement de Santé Québec peuvent être utilisés au sein de cet organisme par toute personne faisant partie d'une catégorie de personnes identifiée à la politique de gouvernance des renseignements de l'organisme afin de solliciter un don au bénéfice d'un établissement ou d'une fondation d'un établissement au sens de l'article 120 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) ou de l'article 132.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), à moins que la personne concernée n'ait refusé l'utilisation à cette fin de tels renseignements en application du troisième alinéa de l'article 8. ».

LOI SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

105. L'article 668 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) est modifié par l'insertion, dans le quatrième alinéa et après « aînés, », de « une pharmacie communautaire, ».

CHAPITRE VII

RENOUVELLEMENT DES ENTENTES CONCLUES AVEC LES ORGANISMES REPRÉSENTATIFS DES MÉDECINS

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

106. Pour l'application du présent chapitre, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

« entente » une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) avec l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens ou avec l'organisme représentatif des médecins spécialistes;

« médecin » un médecin soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

107. Sauf disposition contraire du présent chapitre, sont reconduites jusqu'au 31 mars 2028 toutes les ententes qui, le (*indiquer ici la date qui précède celle de la sanction de la présente loi*), sont en vigueur ou continuent d'avoir effet conformément à l'article 20 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

108. Chacun des tarifs en vigueur le 31 décembre 2025 que prévoit une entente et suivant lequel la Régie de l'assurance maladie du Québec rémunère un médecin en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) pour les services qu'il fournit est remplacé, à compter du 1^{er} janvier 2026, par un tarif correspondant à 86,96 % du tarif en vigueur le 31 décembre 2025. Les tarifs suivants ne font toutefois pas l'objet d'un tel remplacement :

1° les tarifs suivant lesquels est versée une rémunération qui n'est pas prise en compte dans la détermination du supplément collectif en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi;

2° les tarifs applicables au mode de rémunération à honoraires fixes et les avantages sociaux auxquels ont droit les médecins omnipraticiens adhérant à ce mode de rémunération;

3° les tarifs applicables au mode de rémunération à salariat et les avantages sociaux auxquels ont droit les médecins spécialistes adhérant à ce mode de rémunération.

Malgré le premier alinéa, les tarifs que prévoit une entente le 31 décembre 2025 demeurent applicables dans un territoire visé aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou dans le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

SECTION II

MÉDECINS OMNIPRATICIENS

§ 1. — *Dispositions réputées constituer une entente*

109. Les dispositions de la présente section, à l'exception des dispositions des articles 112 et 117 qui permettent au ministre de prendre un règlement, sont réputées constituer une entente conclue avec l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens.

§ 2. — *Enveloppes budgétaires globales*

110. L'enveloppe budgétaire globale pour la rémunération des médecins omnipraticiens en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est la suivante :

1° pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024 : 3 033 900 000 \$;

2° pour la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025 : 2 810 100 000 \$.

Cette enveloppe, après la réduction des tarifs résultant de l'application de l'article 108 et compte tenu des autres modifications apportées à une entente par les dispositions de la présente section, est la suivante :

1° pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026 : 2 748 000 000 \$;

2° pour la période du 1^{er} avril 2026 au 31 mars 2027 : 2 243 000 000 \$;

3° pour la période du 1^{er} avril 2027 au 31 mars 2028 : 2 281 100 000 \$.

111. Une portion de 1,7 % de l'enveloppe budgétaire globale pour la rémunération des médecins omnipraticiens prévue pour chacune des périodes visées au deuxième alinéa de l'article 110 est réservée à 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 en médecine de famille.

§ 3. — *Restriction au mode de rémunération composée*

112. Le médecin visé à l'article 43 est rémunéré suivant le mode de rémunération à l'acte plutôt que suivant le mode de rémunération composée prévu à cet article pour un service visé par règlement du ministre, dans les cas et aux conditions qu'il peut déterminer.

§ 4. — *Tarifs applicables dans le cadre du mode de rémunération composée*

113. La présente sous-section établit le tarif de chaque composant du mode de rémunération composée visé à l'article 43.

114. La prise en charge d'une personne assurée visée au paragraphe *f* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), modifié par l'article 29 de la présente loi, est rémunérée par capitation suivant le tarif trimestriel prévu à l'un des paragraphes suivants, selon le niveau de vulnérabilité de cette personne :

1° en santé : 2,29 \$;

2° affection mineure chronique : 13,73 \$;

3° affection modérée : 22,88 \$;

4° affection majeure : 41,19 \$.

115. L'exécution de tâches constituant l'exercice de la profession médicale est rémunérée à taux horaire suivant un tarif de 26,81 \$ de l'heure. Un quart de ce tarif est exigible par tranche de 15 minutes complétées, jusqu'à concurrence de 12 heures par jour. Ces tâches comprennent notamment :

1° les tâches directes de suivi, à savoir toute activité qui inclut une interaction directe avec le patient, que cette interaction soit individuelle ou en groupe;

2° les tâches indirectes de suivi, à savoir toute activité qui implique d'intervenir aux fins du suivi du patient, incluant la collaboration avec d'autres professionnels et le suivi de résultats;

3° les tâches administratives, à savoir les tâches qui ne sont pas liées au suivi des patients, incluant la participation à des comités, la production de documents administratifs et les tâches inhérentes à l'organisation du milieu de pratique visé à l'article 43.

Lorsque les tâches visées au premier alinéa sont exécutées dans le cadre de la supervision d'au moins un étudiant en médecine, un résident en médecine ou un candidat à l'exercice d'une autre profession par un médecin désigné aux fins d'un programme de formation menant à la délivrance d'un diplôme qui donne droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels, le tarif prévu à cet alinéa est porté :

1° à 72,97 \$ de l'heure lorsque le médecin assume uniquement la prise en charge et la responsabilité de résidents en médecine;

2° à 78,09 \$ dans les autres cas.

Lorsque les tâches visées au premier alinéa sont exécutées dans le cadre d'activités pédagogiques offertes par un médecin pour les fins d'un tel programme de formation, y compris l'encadrement clinique et pédagogique, l'enseignement théorique formel ainsi que les activités d'enseignement et d'apprentissage par simulation et qu'elles ne sont pas visées au deuxième alinéa, le tarif prévu au premier alinéa est porté à 86,37 \$.

Le tarif prévu au présent article n'est exigible que si les tâches sont exécutées par le médecin omnipraticien depuis le territoire du Québec.

116. Les services visés à l'un des paragraphes ci-dessous font l'objet d'une rémunération additionnelle, suivant le tarif qui y est prévu :

1° interaction avec un patient :

a) en personne, dans le lieu de résidence du patient : 59,83 \$;

b) en personne, dans le milieu de pratique du médecin : 16,00 \$;

c) à distance : 13,98 \$;

2° interaction avec un groupe de patients : 22,40 \$;

3° interaction avec un professionnel de la santé et des services sociaux, autre qu'un médecin, qui a lieu à la demande de ce professionnel en raison de la complexité ou de la gravité du cas d'un patient qui est une personne affiliée au milieu de pratique dans lequel le médecin fournit des services assurés selon le répertoire tenu en application de l'article 447.5 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux

(chapitre G-1.021) ou en raison de l'expertise du médecin au regard de la condition de ce patient, lorsque cette interaction est documentée par le médecin dans le dossier du patient : 6,34 \$.

Le tarif d'une interaction visée au sous-paragraphe *b* du paragraphe 1° du premier alinéa est porté à 34,97 \$ lorsque cette interaction dure une demi-heure ou plus.

117. Lorsqu'il est exécuté à l'occasion d'un des services visés à l'article 116, un service prévu par règlement du ministre fait également l'objet, dans les cas et aux conditions déterminés par ce règlement, d'une rémunération additionnelle suivant le tarif, parmi ceux qui suivent, qui correspond à la rubrique sous laquelle il est prévu dans ce règlement :

- 1° procédure mineure : 3,07 \$;
- 2° procédure standard : 6,09 \$;
- 3° procédure avancée : 17,59 \$.

§ 5. — *Autres modifications aux ententes*

118. Toute disposition d'une entente qui, par le biais notamment d'un tarif spécifique, d'une majoration ou d'un supplément, a pour effet d'établir, pour un service assuré fourni par un médecin omnipraticien en cabinet ou à domicile, une rémunération supérieure à celle applicable pour le même service fourni dans une installation d'un établissement cesse d'avoir effet le 1^{er} avril 2026. La rémunération à laquelle le médecin a droit pour ce service correspond, à compter de cette date, à celle applicable lorsqu'il est fourni dans une telle installation.

Pour l'application du premier alinéa, l'expression « installation d'un établissement » a le sens que lui donne, selon le cas, la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

119. Les services fournis à distance par un médecin omnipraticien rémunéré suivant le mode de rémunération à l'acte, depuis sa résidence ou depuis une installation d'un établissement au sens de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), sont rémunérés suivant un tarif de 7,21 \$ par tranche de 5 minutes complétées.

Les services fournis à distance, avant le 1^{er} avril 2026, par un médecin omnipraticien rémunéré suivant le mode de rémunération à l'acte, depuis le lieu où il exploite un cabinet privé de professionnel, sont rémunérés suivant un tarif de 8,66\$ par tranche de 5 minutes complétées.

Les tarifs prévus au présent article ne sont exigibles que si le service est fourni par le médecin omnipraticien depuis le territoire du Québec.

120. La valeur d'un jeton de rémunération de catégorie A visé à l'article 1 du Règlement sur la rémunération des services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives, édicté par l'article 26 de la présente loi, est fixée à 70,75 \$. Celle d'un jeton de rémunération de catégorie B visé à l'article 2 de ce règlement est fixée à 86,50 \$ et celle d'un jeton de rémunération de catégorie D visé à l'article 4 de ce règlement est fixée à 70,75 \$.

121. Pour la détermination du montant d'une allocation versée en application de l'Annexe XVI – Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption au bénéfice du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire, à la vacation ou au per diem de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la rémunération moyenne hebdomadaire du médecin omnipraticien doit être déterminée en ajoutant à sa rémunération de base le montant qui lui est versé à titre de supplément collectif en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi.

122. Les dispositions suivantes cessent d'avoir effet :

1° les dispositions de l'article 7 de l'Annexe IX – Conditions d'application des tarifs de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

2° les dispositions de l'Annexe XIX – Programme de formation continue de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

3° les dispositions de l'Annexe XXI – Reconnaissance de l'efficience de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

4° les dispositions de l'Annexe XXIII – Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, dans la mesure où elles concernent le Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ou les groupes de médecine de famille universitaires;

5° les dispositions de la Lettre d'entente n° 20 concernant certains services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse;

6° les dispositions de la Lettre d'entente n° 116 concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des médecins qui exercent dans le cadre du Centre médical Acton ou du CLSC La Chênaie;

7° les dispositions de la Lettre d'entente n° 213 ayant trait à la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

8° les dispositions de la Lettre d'entente n° 217 concernant la rémunération applicable au réseau de cliniques médicales de Drummondville;

9° les dispositions de la Lettre d'entente n° 269 concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière;

10° les dispositions de la Lettre d'entente n° 304 concernant le transfert pour la prise en charge en bloc et suivi auprès d'un autre médecin de la clientèle inscrite du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou décède;

11° les dispositions de la Lettre d'entente n° 305 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 204;

12° les dispositions de la Lettre d'entente n° 309 concernant le financement et le suivi de l'article 17.00 à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, du paragraphe 8.2 de l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au dossier de santé du Québec et au programme québécois de dossiers médicaux électroniques s'appliquant de façon transitoire ainsi que des coûts de la formation en regard du dossier médical électronique;

13° les dispositions de la Lettre d'entente n° 321 concernant certaines modalités particulières applicables dans le cadre de la prise en charge et le suivi d'un bloc de patients sans médecin de famille attribué par le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);

14° les dispositions de la Lettre d'entente n° 327 concernant certaines modalités particulières applicables pour la prestation continue des services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD;

15° les dispositions de la Lettre d'entente n° 381 concernant certaines modalités de rémunération applicables dans le cadre d'une clinique désignée populationnelle (CDP);

16° les dispositions de la Lettre d'entente n° 382 concernant certaines modalités de rémunération applicables dans le cadre d'un site non traditionnel ambulatoire (SNTA);

17° les dispositions de la Lettre d'entente n° 389 concernant les modalités de rémunération particulières applicables dans le cadre de la collaboration professionnelle et interdisciplinaire entre le médecin et une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) dans un cabinet privé, dans un CLSC, dans un GMF-U ou dans un CHSLD dans lequel le médecin y exerce sa profession;

18° les dispositions de la Lettre d'entente n° 393 concernant la clientèle en attente au guichet d'accès à un médecin de famille conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

19° les dispositions de la Lettre d'entente n° 394 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 393 et concernant le financement du dépassement des coûts du montant alloué pour le financement de l'Amendement n° 195;

20° les dispositions de l'Accord n° 767 entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines adaptations aux modalités convenues à l'Accord n° 659 concernant la rémunération du D^r Paul-Aimé Joncas (85-217);

21° les dispositions de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF) conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

22° les dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

23° les dispositions de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

24° les dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, à l'exception :

a) des dispositions de la section I, en ce qui concerne la rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe exécutées dans un établissement de santé et de services au sens de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

b) des dispositions de l'article 7.00 de la section II;

25° les dispositions de l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

26° les dispositions de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille accès-réseau (GMF-AR);

27° les dispositions de toute entente qui prévoient une rémunération pour la rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code 09101).

SECTION III **MÉDECINS SPÉCIALISTES**

§ 1. — Dispositions réputées constituer une entente

123. Les dispositions de la présente section sont réputées constituer une entente conclue avec l'organisme représentatif des médecins spécialistes.

§ 2. — Enveloppes budgétaires globales

124. L'enveloppe budgétaire globale pour la rémunération des médecins spécialistes en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est la suivante :

- 1° pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024 : 5 099 400 000 \$;
- 2° pour la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025 : 5 316 200 000 \$.

Cette enveloppe, après la réduction des tarifs résultant de l'application de l'article 108 et compte tenu des autres modifications apportées à une entente par les dispositions de la présente section, est la suivante :

- 3° pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026 : 5 049 500 000 \$;
- 4° pour la période du 1^{er} avril 2026 au 31 mars 2027 : 4 652 000 000 \$;
- 5° pour la période du 1^{er} avril 2027 au 31 mars 2028 : 4 578 600 000 \$.

125. Une portion de 1,5 % de l'enveloppe budgétaire globale pour la rémunération des médecins spécialistes prévue pour chacune des périodes visées à l'article 124 est réservée à 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 en médecine spécialisée.

§ 3. — Autres modifications aux ententes

126. Les services fournis à distance par un médecin spécialiste rémunéré suivant le mode de rémunération à l'acte sont rémunérés, par tranche de 5 minutes complétées, suivant l'un des tarifs suivants :

1° dans le cas d'un service fourni à distance à partir du lieu où est exploité un cabinet privé de professionnel : 16,52 \$;

2° dans le cas d'un service fourni à distance à partir de la résidence du professionnel ou d'une installation d'un établissement au sens de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) : 13,77 \$.

Les tarifs prévus au présent article ne sont exigibles que si le service est fourni par le médecin spécialiste depuis le territoire du Québec.

127. La valeur d'un jeton de rémunération de catégorie C visé à l'article 3 du Règlement sur la rémunération des services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution d'activités ou de tâches administratives, édicté par l'article 26 de la présente loi, est fixée à 84,90 \$.

128. Pour la détermination du montant d'une allocation versée en application de l'Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie, les gains de pratique moyens hebdomadaires du médecin spécialiste doivent être déterminés en ajoutant à ses gains de pratique, au sens de cette annexe, le montant qui lui est versé à titre de supplément collectif en application du chapitre III.1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi.

129. Les dispositions suivantes cessent d'avoir effet :

1° les articles 13 et 14 de la Lettre d'entente n° 241 concernant les modalités de rémunération des activités effectuées par les médecins spécialistes en période de pandémie de la COVID-19 et durant la reprise graduelle des activités médicales conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec;

2° la règle 6 concernant le malade dirigé de l'onglet A – Préambule général de l'annexe 4 de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie;

3° celles du Protocole d'accord intervenu entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) relatif à la modification du Protocole d'accord intervenu entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMSQ signé le 14 mars 2018 concernant la réduction de l'enveloppe budgétaire globale dédiée à la rémunération des médecins spécialistes.

Les obligations exécutées par les parties en vertu du protocole visé au paragraphe 3° du premier alinéa avant qu'il cesse d'avoir effet en vertu de cet alinéa sont réputées constituer les seules obligations qui leur incombaient vertu de ce protocole; ces obligations sont réputées avoir été exécutées entièrement, correctement et sans retard. Le présent alinéa est déclaratoire.

CHAPITRE VIII

CONTINUITÉ DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

130. Pour l'application du présent chapitre :

«activité professionnelle» comprend toute prestation, participation ou contribution qu'un médecin fournit à ce titre ou parce qu'il est médecin;

«cabinet privé de professionnel» s'entend du lieu où est exploité un cabinet privé de professionnel au sens du deuxième alinéa de l'article 481 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) ou du lieu visé au deuxième alinéa de l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

«centre médical spécialisé participatif» s'entend d'un centre médical spécialisé participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 575 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux;

«département clinique» s'entend d'un département clinique visé par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

«directeur médical et des services professionnels» lorsqu'il s'agit du directeur médical et des services professionnels d'un établissement de santé et de services sociaux, s'entend de celui visé à l'article 195 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux et du directeur des services professionnels visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

«établissement de santé et de services sociaux» s'entend d'un établissement au sens de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

«entente» s'entend d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) avec l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens ou avec l'organisme représentatif des médecins spécialistes;

«groupement représentatif de médecins» s'entend d'un organisme ayant conclu une entente ou de tout autre groupement qui promeut ou défend les intérêts de médecins, qu'il soit constitué en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (chapitre S-40) ou non;

«inspecteur national» s'entend de l'inspecteur national des services du domaine de la santé et des services sociaux nommé en application de l'article 750 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux;

«médecin» s'entend d'un médecin soumis à l'application d'une entente au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

«milieu de pratique» s'entend d'un cabinet privé de professionnel, d'un centre médical spécialisé participatif, d'un département clinique, d'un établissement de santé et de

services sociaux, d'un service clinique et de tout autre milieu dans lequel un médecin exerce sa profession;

«parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux» comprend tout programme de formation menant à la délivrance d'un diplôme qui donne droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels ainsi que tout stage, formation ou autre modalité ou condition de délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste que prévoit un règlement pris en vertu du paragraphe *i* du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26);

«service clinique» s'entend d'un service formé dans un département clinique;

«services du domaine de la santé et des services sociaux» comprend les services du domaine de la santé et des services sociaux au sens de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux ainsi que les services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

SECTION II

PARTICIPATION INTERDITE À CERTAINES ACTIONS CONCERTÉES

§ 1. — *Interdictions*

131. Il est interdit à un médecin de participer ou de continuer de participer à toute action concertée qui a pour effet :

1° de faire cesser, diminuer ou ralentir son activité professionnelle, par rapport à l'activité telle qu'elle était exercée avant que cette action soit entreprise, notamment en cessant, en diminuant ou en ralentissant sa participation à un comité, à un groupe de travail ou à un autre forum;

2° d'affecter négativement l'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux ou la qualité de ces services, notamment en cessant, en diminuant ou en ralentissant sa participation à un programme établi en application de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), modifié par l'article 100 de la présente loi, ou réputé l'être en application de l'article 10 de la présente loi;

3° de ralentir ou d'entraver autrement le bon déroulement du parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, notamment en faillant à ses obligations à cet égard ou en mettant fin à sa participation à un tel parcours;

4° d'en faire un professionnel désengagé en application de l'article 26 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

132. Pour l'application du présent chapitre, une action est présumée concertée dans les cas suivants :

1° lorsqu'elle est accomplie de façon contemporaine par plusieurs médecins;

2° lorsqu'elle est, en substance, conforme à une proposition, une suggestion ou un encouragement d'un groupement représentatif de médecins.

133. Il est interdit à un groupement représentatif de médecins d'entreprendre ou de poursuivre une action si celle-ci implique la participation d'un médecin à une action concertée visée à l'article 131, incite un médecin à participer à une telle action concertée ou l'y amène.

Un tel groupement doit prendre les moyens appropriés pour amener les médecins qu'il représente à se conformer aux dispositions de la présente sous-section.

§ 2. — *Pouvoirs de redressement*

I. — *Invalidation d'un avis de désengagement*

134. La Régie de l'assurance maladie du Québec peut, dans les 90 jours suivant sa réception, invalider un avis l'informant qu'un médecin désire devenir un professionnel désengagé en application de l'article 26 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que cet avis lui a été expédié dans le cadre d'une action concertée visée à l'article 131. Elle notifie alors le médecin de sa décision.

Pour l'application de l'article 26 de la Loi sur l'assurance maladie, un avis de désengagement invalidé en application du premier alinéa est réputé ne pas avoir été expédié.

II. — *Injonction*

135. Un juge de la Cour supérieure peut accorder une injonction pour mettre fin à tout manquement aux dispositions de la sous-section 1. Il peut également annuler ou invalider tout acte accompli en contravention de ces dispositions.

136. La demande d'injonction peut être faite par tout intéressé. Elle peut également être faite par la Régie de l'assurance maladie du Québec, le procureur général du Québec, le Protecteur du citoyen, le Collège des médecins du Québec, Santé Québec ou un établissement de santé et de services sociaux autre qu'un établissement de Santé Québec.

La demande en injonction constitue une instance par elle-même.

137. Dans le cas où une injonction interlocutoire est demandée, le cautionnement visé à l'article 511 du Code de procédure civile (chapitre C-25.01) ne peut excéder 500 \$. La Régie de l'assurance maladie du Québec, le procureur général du Québec, le Protecteur du citoyen, le Collège des médecins du Québec, Santé Québec ou un établissement de santé et de services sociaux autre qu'un établissement de Santé Québec ne sont pas tenus de fournir un tel cautionnement.

138. Toute demande faite en vertu de la présente sous-sous-section doit être signifiée au procureur général du Québec.

139. Toute demande d'injonction faite en vertu de la présente sous-sous-section doit être instruite et jugée d'urgence.

140. Lorsqu'un jugement qui prononce une injonction est signifié à un groupement représentatif de médecins, il est réputé avoir été signifié à l'ensemble des médecins qu'il représente.

SECTION III

SUIVI DE L'ASSIDUITÉ ET DES SERVICES

§ 1. — Dispositions générales

141. La présente section ne s'applique qu'à l'égard des milieux de pratique ou des ensembles de milieux de pratique que le ministre détermine par arrêté. Le ministre peut également, par arrêté, mettre fin à l'application de la présente section à l'égard des milieux de pratique ou des ensembles de milieux de pratique qu'il détermine.

Un arrêté pris en vertu du premier alinéa entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute autre date ultérieure qu'y prévoit le ministre.

142. Pour l'application de la présente sous-section, dans un milieu de pratique visé à l'un des paragraphes suivants, le médecin visé au sous-paragraphe *a* de ce paragraphe est le responsable des activités professionnelles. Il relève, dans l'exercice des fonctions que la présente section lui confie à ce titre, d'un surveillant qui est la personne visée au sous-paragraphe *b* du même paragraphe :

1° un service clinique :

a) le chef de ce service;

b) le chef du département clinique dans lequel le service est formé;

2° un département clinique, à l'exclusion, le cas échéant, de tout service qu'il comprend;

a) le chef de ce département;

b) le directeur médical et des services professionnels de l'établissement au sein duquel est formé le département;

3° un centre médical spécialisé participatif :

a) le directeur médical et des services professionnels de ce centre;

b) le directeur médical et des services professionnels de l'établissement territorial de Santé Québec sur le territoire duquel est situé le centre;

4° un groupe de médecine familiale :

a) le médecin rémunéré pour l'exécution des tâches administratives requises pour la gestion de ce milieu;

b) le directeur médical de médecine familiale du département territorial de médecine familiale visé par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) sur le territoire duquel il est situé;

5° un autre milieu de pratique;

a) le médecin nommé en application de l'article 144;

b) le directeur médical et des services professionnels de l'établissement territorial de Santé Québec sur le territoire duquel est situé le milieu de pratique.

Pour l'application du paragraphe 4° du premier alinéa, un cabinet privé de professionnel est un groupe de médecine familiale lorsque les médecins qui y fournissent des services assurés bénéficient d'un programme établi en vertu de l'article 10.4 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2), modifié par l'article 100 de la présente loi, et visant à favoriser la pratique de la médecine de famille en groupe dans un milieu de pratique multidisciplinaire ou d'un programme visé à l'article 10 de la présente loi.

Le surveillant visé au sous-paragraphe *b* du paragraphe 1° du premier alinéa relève, dans l'exercice des fonctions que la présente section lui confie à ce titre, du directeur médical et des services professionnels de l'établissement au sein duquel est formé le département visé à ce paragraphe.

Le surveillant visé au sous-paragraphe *b* du paragraphe 4° du premier alinéa relève, dans l'exercice des fonctions que la présente section lui confie à ce titre, du directeur médical et des services professionnels de l'établissement auquel est rattaché le département territorial de médecine familiale visé à ce paragraphe.

143. Pour l'application des dispositions de la présente section, le directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik exerce les fonctions confiées au directeur médical et des services professionnels à l'égard d'un milieu de pratique situé sur le territoire de cette régie. Le directeur médical et des services professionnels de l'établissement territorial dont le territoire est contigu à celui visé à l'article 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) exerce, sur ce dernier territoire, les fonctions et pouvoirs qui lui sont confiés par la présente section.

144. Les médecins qui exercent leur profession dans un milieu de pratique visé au paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 142 doivent nommer l'un d'entre eux pour agir comme responsable des activités professionnelles.

Le défaut de procéder à cette nomination dans les 30 jours de la date à compter de laquelle les dispositions de la présente section deviennent applicables à ce milieu est réputé constituer une action concertée visée à l'article 131.

145. Les documents rédigés ou reçus par un responsable des activités professionnelles, par un surveillant, par un directeur médical et des services professionnels ou par l'inspecteur national, dans l'exercice des fonctions que la présente section leur confie, doivent être conservés pour une période de trois ans dans le milieu de pratique où il exerce ces fonctions.

§ 2. — *Fonctions et pouvoirs*

146. Le responsable des activités professionnelles d'un milieu de pratique exerce, à ce titre, les fonctions suivantes dans ce milieu :

1° dresser, pour chaque semaine, un horaire écrit identifiant, pour chacun des jours de cette semaine :

a) le nom de chacun des médecins qui devront exercer dans ce milieu une activité professionnelle;

b) l'activité professionnelle que chacun d'entre eux sera tenu d'exercer;

c) le moment et l'endroit où cette activité devra être exercée;

2° informer chacun des médecins dont le nom apparaît sur cet horaire des renseignements le concernant qui y sont mentionnés, permettre à ce médecin de présenter des observations à cet égard et modifier l'horaire en conséquence, s'il le juge nécessaire;

3° veiller à ce que les médecins qui exercent leur profession dans ce milieu de pratique se conforment aux dispositions de la sous-section 3 et, le cas échéant, constater tout manquement de l'un d'eux à l'une de ces dispositions;

4° dénoncer les manquements constatés au surveillant dont il relève.

147. Le responsable des activités professionnelles d'un milieu de pratique, lorsqu'il dresse un horaire en application de l'article 146, doit s'assurer qu'il n'a pas pour effet :

1° de faire cesser, diminuer ou ralentir la prestation des services du domaine de la santé et des services sociaux dans le milieu de pratique;

2° d'affecter négativement l'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux ou la qualité de ces services;

3° de ralentir ou d'entraver autrement le bon déroulement du parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux.

148. Le surveillant exerce, à ce titre, les fonctions suivantes :

1° décider de l'application des mesures prévues à l'article 158 à l'égard du manquement d'un médecin à l'une des dispositions de la sous-section 3, lorsqu'il le constate lui-même à l'occasion de l'exercice des fonctions prévues au paragraphe 2° ou

lorsque ce manquement lui est dénoncé par un responsable des activités professionnelles dont il est le surveillant;

2° veiller à ce que les responsables des activités professionnelles dont il est le surveillant se conforment aux dispositions de la sous-section 3 et, le cas échéant, constater tout manquement de l'un d'eux à l'une de ces dispositions;

3° s'il s'agit d'un surveillant visé au paragraphe 1° ou 4° du premier alinéa de l'article 142, dénoncer les manquements constatés en application du paragraphe 2° au directeur médical et des services professionnels dont il relève;

149. Le directeur médical et des services professionnels exerce les fonctions suivantes :

1° décider de l'application des mesures prévues à l'article 158 à l'égard d'un manquement à l'une des dispositions de la sous-section 3, dans les cas suivants :

a) lorsqu'il s'agit du manquement d'un responsable des activités professionnelles qu'il a constaté dans l'exercice des fonctions qui lui sont confiées à titre de surveillant par le paragraphe 2° de l'article 148 ou qui lui a été dénoncé en application du paragraphe 3° de cet article;

b) lorsqu'il s'agit du manquement d'un médecin ou d'un responsable des activités professionnelles qu'il a constaté à l'occasion de l'exercice des fonctions prévues au paragraphe 2°;

2° veiller à ce que les surveillants visés au paragraphe 1° ou 4° du premier alinéa de l'article 142 qui relèvent de lui se conforment aux dispositions de la sous-section 3 et, le cas échéant, constater tout manquement de l'un d'eux à l'une de ces dispositions;

3° dénoncer les manquements constatés en application du paragraphe 2° à l'inspecteur national.

150. L'inspecteur national exerce les fonctions suivantes :

1° veiller à ce que les directeurs médicaux et des services professionnels se conforment aux dispositions de la sous-section 3 et, le cas échéant, constater tout manquement de l'un d'eux à l'une de ces dispositions;

2° décider de l'application des mesures prévues à l'article 158 à l'égard des manquements suivants :

a) le manquement constaté en application du paragraphe 1°;

b) le manquement qui lui est dénoncé en application du paragraphe 3° de l'article 149;

c) le manquement d'un médecin, d'un responsable des activités professionnelles ou d'un surveillant autre qu'un directeur médical et des services professionnels à l'une des

dispositions de la sous-section 3, lorsqu'il s'agit d'un manquement constaté par l'inspecteur lui-même à l'occasion de l'exercice des fonctions prévues au paragraphe 1°.

151. Un responsable des activités professionnelles d'un milieu de pratique peut demander à tout médecin qui y exerce sa profession qu'il lui prête assistance dans l'exercice de ses fonctions ou qu'il lui communique tout renseignement ou document nécessaire à cet exercice.

Un surveillant, un directeur médical et des services professionnel ou l'inspecteur national peut également formuler une telle demande à tout médecin dont il a pour fonction de constater les manquements dans l'exercice des fonctions que lui confie la présente section, y compris lorsque ce médecin exerce des fonctions de responsable des activités professionnelles, de surveillant ou de directeur médical et des services professionnels.

§ 3. — Interdictions et obligations applicables aux médecins et aux groupements représentatifs de médecins

152. Un médecin auquel est confié une fonction visée aux articles 146, 148 ou 149 doit l'exercer entièrement, correctement et sans retard. Cette fonction est réputée faire partie de ses activités professionnelles.

Un médecin dont le nom apparaît sur l'horaire dressé en application du paragraphe 1° de l'article 146 doit exercer les activités professionnelles qui y sont identifiées conformément aux mentions qui y sont faites. Il ne peut, à l'occasion de l'exercice de ces activités :

1° diminuer ou ralentir son activité professionnelle;

2° affecter négativement l'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux ou la qualité de ces services;

3° ralentir ou entraver autrement le bon déroulement du parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, notamment en faillant à ses obligations à cet égard ou en mettant fin inopinément à sa participation à un tel parcours.

153. Un médecin est tenu d'obtempérer à toute demande qui lui est faite en application de l'article 151.

154. Un groupement représentatif de médecins doit prendre les moyens appropriés pour amener les médecins qu'il représente à se conformer avec diligence aux dispositions de la présente section, notamment lorsqu'il s'agit d'un responsable des activités professionnelles, d'un surveillant ou d'un directeur médical et des services professionnels.

155. Il est interdit à un groupement représentatif de médecins d'entreprendre ou de poursuivre une action si celle-ci implique un manquement aux articles 152 ou 153, incite un médecin à commettre un tel manquement ou l'y amène.

§ 4. — *Application de mesures à l'égard d'un manquement*

I. — *Dénonciation et avis de non-conformité*

156. La personne ayant pour fonction de dénoncer un manquement doit, chaque fois qu'elle constate un tel manquement, transmettre dans les plus brefs délais par écrit à la personne dont elle relève les renseignements suivants :

- 1° le nom de l'auteur du manquement;
- 2° la disposition à laquelle il y a eu manquement;
- 3° la date à laquelle le manquement a été commis;

4° le cas échéant, l'endroit où le médecin devait, conformément à l'horaire dressé en application du paragraphe 1° de l'article 146, exercer l'activité professionnelle qu'il a fait défaut d'exercer.

157. La personne ayant pour fonction de décider de l'application des mesures prévues à l'article 158 doit transmettre à l'auteur d'un manquement un avis écrit de non-conformité qui mentionne les renseignements visés aux paragraphes 1° à 4° de l'article 156.

Cet avis doit également mentionner que l'auteur du manquement peut, dans les cinq jours de sa réception, démontrer par écrit que des motifs sérieux et hors de son contrôle justifient le manquement.

158. À l'expiration du délai indiqué dans l'avis de non-conformité, la personne ayant pour fonction de décider de l'application des mesures à l'égard du manquement mentionné dans cet avis doit déterminer si la démonstration de motifs sérieux et hors du contrôle de l'auteur du manquement justifiant ce manquement a été faite à sa satisfaction.

Si elle est d'avis que c'est le cas, elle excuse l'auteur du manquement. Dans le cas contraire, elle prend les mesures suivantes :

1° elle transmet une reproduction de l'avis de non-conformité à la Régie de l'assurance maladie du Québec et en informe le médecin visé;

2° lorsque le manquement a été commis par un responsable des activités professionnelles, un surveillant ou un directeur médical et des services professionnels, dans l'exercice des fonctions que la présente section lui confie :

- a) elle le relève de ces fonctions;
- b) elle désigne pour exercer ces fonctions une personne dont les services peuvent être retenus à cette fin parmi celles apparaissant à la liste dressée en application de l'article 162.

La décision ainsi que les motifs qui la justifient doivent être consignés par écrit et transmis à l'auteur du manquement.

Avant de relever le directeur médical et des services professionnels d'un établissement de santé et de service sociaux de l'exercice des fonctions que la présente section lui confie, l'inspecteur national doit aviser le plus haut dirigeant de cet établissement.

II. — Réduction du traitement

159. Un médecin faisant l'objet d'un avis de non-conformité transmis à la Régie de l'assurance maladie du Québec en application de l'article 158 est tenu de lui payer, pour chaque jour ou partie de jour qu'a duré le manquement mentionné à cet avis, un montant correspondant à 40 % du montant suivant :

1° dans le cas d'un médecin omnipraticien, le montant de sa rémunération moyenne hebdomadaire établie conformément aux dispositions de l'Annexe XVI – Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption au bénéfice du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire, à la vacation ou au per diem de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, telles que ces dispositions se lisent le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*);

2° dans le cas d'un médecin spécialiste, le montant de ses gains de pratique moyens hebdomadaire établi conformément aux dispositions de l'Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes de l'Accord-cadre entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie, telles que ces dispositions se lisent le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*).

160. Lorsque qu'un avis de non-conformité transmis à la Régie de l'assurance maladie du Québec en application de l'article 158 fait état du défaut d'un médecin d'exercer une activité professionnelle identifiée à l'horaire dressé en application du paragraphe 1° de l'article 146 à l'endroit identifié à cet horaire, ce médecin est également tenu de lui payer le coût assumé par la Régie pour des services qu'il a fournis ailleurs qu'à cet endroit à la date où le manquement a eu lieu.

III. — Personne désignée pour exercer les fonctions de celle qui en est relevée

161. La personne désignée en application du troisième alinéa de l'article 158 pour exercer les fonctions dont a été relevé un responsable des activités professionnelles, un surveillant ou un directeur médical et des services professionnels dispose des pouvoirs que la présente section confie à celui dont elle exerce les fonctions.

L'exploitant du milieu de pratique où la personne désignée exercera ses fonctions doit, à sa demande, mettre à sa disposition le local et l'équipement qu'elle juge nécessaire à leur exercice.

162. Santé Québec doit dresser une liste de personnes dont les services sont retenus lorsqu'elles sont désignées en vertu de l'article 158.

Santé Québec rémunère la personne désignée en vertu de l'article 158. Elle assume également les autres frais nécessaires pour retenir les services de cette personne, à l'exception de ceux découlant d'une demande formulée en vertu du deuxième alinéa de l'article 161 visant un milieu dont elle n'est pas l'exploitant.

163. Lorsqu'un médecin est relevé de l'exercice des fonctions qui lui sont confiées par la présente section, le groupement représentatif de médecins qui le représente est tenu de rembourser les sommes engagées par Santé Québec pour retenir les services de la personne désignée pour exercer ces fonctions. Lorsque plus d'un tel groupement représente le médecin, ceux-ci sont solidairement responsables de ce remboursement.

Un groupement représentatif de médecins peut se dégager de cette responsabilité s'il démontre qu'il a pris les moyens appropriés pour empêcher le manquement qui a donné lieu à l'application de la mesure visée au premier alinéa.

SECTION IV

RESPONSABILITÉ DES UNIVERSITÉS DANS LA CONTINUITÉ DE LA PRESTATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DES MÉDECINS DE NATURE PÉDAGOGIQUE OU DE RECHERCHE

164. Toute université ayant une faculté de médecine, ses dirigeants et ses représentants doivent contribuer à ce que les médecins y reprennent et y continuent leurs activités professionnelles.

À cette fin, ils doivent prendre les moyens appropriés pour que soient dispensées, ou continuent de l'être, les activités pédagogiques et de recherche à l'ensemble des étudiants qui y ont droit dans les parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux, lorsque ces activités sont dispensées par des médecins.

165. Nul ne peut, par un acte ou une omission, entraver le droit d'un étudiant de se voir dispenser les activités pédagogiques et de recherche visées au deuxième alinéa de l'article 164, faire obstacle ou nuire à la reprise ou au maintien de ces activités, ni contribuer directement ou indirectement à ralentir, à altérer ou à retarder la reprise ou le maintien de ces activités.

166. Dès qu'une université constate qu'il ne lui est pas possible de dispenser les activités pédagogiques et de recherche visées au deuxième alinéa de l'article 164 à l'ensemble ou à une partie des étudiants qui y ont droit, elle doit, sans délai, en faire rapport au ministre et au ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie en indiquant, notamment, les circonstances ayant entraîné une telle situation, le nom de toute personne ayant contribué à cette impossibilité, les groupes d'étudiants touchés et tout autre renseignement utile à l'application de la présente loi.

167. Le ministre ou le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie peut retenir une partie du montant d'une subvention qu'il a accordé à une université visée à l'article 164, pour le compte de sa faculté de médecine,

lorsqu'il est d'avis que cette université ne prend pas les moyens habituels et appropriés pour que les activités pédagogiques et de recherche visées au deuxième alinéa de cet article soient dispensées.

SECTION V

MODES DE PARTICIPATION À UN MANQUEMENT

168. Commet un manquement aux dispositions de la sous-section 1 de la section II, de la sous-section 3 de la section III ou de l'article 165 toute personne ou tout groupement qui, par son acte ou son omission, aide une personne ou un groupement à commettre un tel manquement.

Commet également un manquement à ces dispositions toute personne ou tout groupement qui, par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, incite ou amène une personne ou un groupement à commettre un tel manquement.

Ne constitue pas un moyen de défense le fait qu'aucun moyen ou mode de réalisation n'ait été proposé pour le manquement ou que ce dernier ait été commis d'une manière différente de celle proposée.

SECTION VI

INSPECTION ET ENQUÊTE

169. Le ministre peut autoriser toute personne à agir comme inspecteur afin de vérifier l'application des dispositions du présent chapitre.

À cette fin, l'inspecteur peut :

1° pénétrer, à toute heure raisonnable, dans tout endroit où un médecin exerce ses fonctions ou ses activités;

2° exiger des personnes présentes tout renseignement relatif aux fonctions ou aux activités exercées par les médecins ainsi que, pour examen ou reproduction, la communication de tout document s'y rapportant.

Toute personne qui a la garde, la possession ou le contrôle des documents visés au présent article doit, sur demande, en donner communication à l'inspecteur et lui en faciliter l'examen.

Malgré le paragraphe 1° du deuxième alinéa, l'inspecteur ne peut pénétrer dans un local où le médecin dispense des services médicaux à un patient dans le cadre d'une relation thérapeutique. Il peut toutefois exiger de tout médecin présent qu'il se rende disponible, dans le délai que fixe l'inspecteur, pour fournir tout document ou renseignement que l'inspecteur est en droit d'exiger.

170. Un inspecteur peut, par une demande qu'il transmet par tout moyen permettant d'en prouver la réception à un moment précis, exiger de toute personne, dans le délai et

selon les conditions qu'il précise, tout renseignement ou document relatif à l'application des dispositions du présent chapitre.

171. L'inspecteur national dispose d'office des pouvoirs prévus aux articles 169 et 170.

L'inspecteur national peut déléguer les fonctions et pouvoirs que lui confère le présent chapitre à une personne faisant partie de l'unité administrative formée en vertu de l'article 749 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

172. Le ministre peut désigner une personne pour enquêter sur toute matière relative à l'application du présent chapitre.

Dans le cadre d'une enquête autre que celle relative à une infraction prévue à la section X, l'enquêteur a les pouvoirs et l'immunité des commissaires nommés en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (chapitre C-37), sauf le pouvoir d'ordonner l'emprisonnement.

173. L'enquêteur peut interdire à une personne de communiquer à quiconque, si ce n'est à son avocat, toute information liée à une enquête.

174. Dans le cadre d'une inspection ou d'une enquête, nul ne peut refuser de communiquer à l'inspecteur ou à l'enquêteur un renseignement ou un document contenu dans le dossier d'une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), de même qu'un document ou un renseignement à caractère financier concernant les activités exercées par un médecin.

175. Un inspecteur ou un enquêteur doit, sur demande, se nommer et exhiber le certificat attestant sa qualité.

176. Un inspecteur ou un enquêteur ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

SECTION VII

DIVULGATION, COLLABORATION ET PROTECTION CONTRE LES REPRÉSAILLES

177. Toute personne peut, en tout temps, divulguer à un inspecteur, à un enquêteur, au syndic du Collège des médecins du Québec ou à l'inspecteur national des renseignements pouvant démontrer :

1° qu'un manquement à une disposition de la sous-section 1 de la section II, de la sous-section 3 de la section III ou de l'article 165 a été commis, est sur le point de l'être, ou qu'on lui a demandé de commettre un tel manquement;

2° qu'une personne ou un groupement ne se conforme pas à une ordonnance rendue en application de l'article 135.

Le premier alinéa s'applique malgré les dispositions sur la communication de renseignements prévues par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (chapitre P-39.1) et par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), sauf celles prévues à l'article 33 de cette dernière loi. Il s'applique également malgré toute autre restriction de communication prévue par une loi et toute obligation de confidentialité ou de loyauté pouvant lier une personne, notamment à l'égard de son employeur ou, le cas échéant, de son client.

Toutefois, la levée du secret professionnel autorisée par le présent article ne s'applique pas au secret professionnel liant l'avocat ou le notaire à son client.

178. Il est interdit d'exercer ou de tenter d'exercer des représailles, de quelque nature que ce soit, à l'endroit d'une personne au motif que, de bonne foi, elle a fait une divulgation ou collaboré à une inspection ou à une enquête. Il est également interdit de menacer une personne de représailles pour qu'elle s'abstienne de faire une divulgation ou de collaborer à une inspection ou enquête.

Les articles 135 à 140 s'appliquent à un manquement au premier alinéa, comme s'il s'agissait d'un manquement aux dispositions de la sous-section 1 de la section II.

179. Aucune action civile ne peut être intentée en raison ou en conséquence d'une divulgation formulée de bonne foi en vertu de la présente section.

180. L'inspecteur, l'enquêteur, le syndic ou l'inspecteur national ne peuvent être contraints de divulguer les renseignements qui leur sont divulgués en application de l'article 177 ni l'identité d'une personne qui fait une telle divulgation ou qui collabore à une inspection ou à une enquête.

SECTION VIII

RÉPARATION ET SANCTIONS

§ 1. — Réparation

181. Toute personne qui subit un préjudice à l'occasion de la participation d'un médecin à une action concertée visée à l'article 131 ou d'un manquement à l'article 152 qui n'a pas été excusé peut s'adresser au tribunal pour obtenir réparation du médecin concerné ou du groupement représentatif de médecins qui le représente.

Un groupement représentatif de médecins n'est pas tenu de réparer ce préjudice s'il démontre qu'il a pris les moyens appropriés pour empêcher cette action concertée ou ce manquement.

182. Une université visée à l'article 164 est responsable du préjudice causé à l'occasion d'un manquement à cet article à moins qu'elle ne prouve avoir pris les moyens appropriés afin que les activités pédagogiques et de recherche visées à cet article soient dispensées.

§ 2. — *Sanctions disciplinaires*

183. Commet un acte dérogatoire à la dignité de sa profession tout médecin qui commet l'un des manquements suivants :

- 1° il participe à une action concertée visée à l'article 131;
- 2° il ne se conforme pas à une ordonnance rendue en application de l'article 135;
- 3° il contrevient au premier alinéa de l'article 178.

184. Le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec impose au médecin déclaré coupable d'avoir commis un acte dérogatoire à la dignité de sa profession visé à l'article 183 au moins une des sanctions visées aux paragraphes *b*, *c*, et *e* à *g* de l'article 156 du Code des professions (chapitre C-26).

Une copie certifiée de la décision du Tribunal administratif du Québec concluant à un manquement visé au paragraphe 1° de l'article 183 et ayant acquis un caractère définitif fait preuve, devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, de ce manquement et, le cas échéant, des faits qui y sont rapportés. Il en est de même de la décision de la Cour supérieure qui, en application de l'article 136, conclut à un manquement visé à l'article 183 et a acquis un caractère définitif.

§ 3. — *Années de pratique*

185. Tout médecin qui participe à une action concertée visée à l'article 131 voit son nombre d'années de pratique diminué, pour l'application des dispositions des articles 467 à 483 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) ou des articles 360 à 366.1 ou 376 à 379 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), selon le cas, et de celles des ententes auxquelles renvoient ces dispositions, à hauteur d'une demi-année par jour que dure cette participation.

Le ministre détermine le nombre d'années de pratique devant être soustrait en application du premier alinéa et avise le médecin visé de sa décision. Il transmet une reproduction de cette décision au département territorial de médecine familiale ou au département territorial de médecine spécialisée, selon le cas, auquel appartient ce médecin.

Si le nombre d'années ou de fractions d'années de pratique du médecin est inférieur au nombre total d'années dont il doit être diminué en application du premier alinéa, la diminution du nombre d'années de pratique est égale au nombre d'années ou de fractions d'années acquises.

186. Dans les 30 jours suivant la réception de la décision du ministre, le département territorial de médecine familiale ou le département territorial de médecine spécialisée, selon le cas, doit transmettre au médecin visé un avis l'informant des effets de cette décision sur chacun des aspects suivants :

1° les activités médicales particulières que ce médecin doit s'engager à exercer;

2° le maintien, la modification ou la révocation de l'avis de conformité de ce médecin aux plans territoriaux des effectifs médicaux ou aux plans régionaux des effectifs médicaux, selon le cas.

Une reproduction de cet avis doit être transmis au ministre et à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'article 445.1 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), édicté par l'article 94 de la présente loi, s'applique, avec les adaptations nécessaires, lorsque le comité de direction d'un département territorial fait défaut, de façon répétée ou continue, d'exercer les fonctions prévues au premier alinéa entièrement, correctement et sans retard.

4. — *Retenue à la source*

187. Lorsque le ministre constate qu'un groupement représentatif de médecins a commis un manquement aux articles 133 ou 155, il peut exiger de la Régie de l'assurance maladie du Québec qu'elle cesse de retenir toute cotisation syndicale ou spéciale ou tout autre montant qui en tient lieu qu'elle devrait retenir en vertu d'une entente à l'application de laquelle sont soumis les médecins représentés par ce groupement.

Cette cessation dure pour une période égale à 12 semaines par jour ou partie de jour pendant lequel dure le manquement.

Le ministre notifie la décision prise en vertu du premier alinéa au groupement concerné.

SECTION IX

RECouvreMENT ET RECOURS

§ 1. — *Recouvrement*

188. La Régie de l'assurance maladie du Québec peut recouvrer d'un médecin, par compensation ou autrement, les sommes qu'il est tenu de payer en application des articles 159 ou 160.

Avant de rendre sa décision, la Régie transmet au médecin un préavis lui indiquant le montant réclamé, les motifs de son exigibilité ainsi que les modalités de remboursement qui pourront être appliquées et lui accorde un délai d'au moins 30 jours pour présenter ses observations. À l'expiration du délai, la Régie notifie sa décision par écrit au médecin, en la motivant.

Le recouvrement des sommes dues en application des articles 159 ou 160 se prescrit par 90 jours à compter de la réception par la Régie de l'avis de non-conformité visé à ces articles.

À la suite d'une décision rendue en application du premier alinéa, les articles 22.4 et 52.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard des sommes faisant l'objet de cette décision.

189. Lorsqu'un médecin ne conteste pas une décision rendue en vertu de l'article 188 et que la Régie de l'assurance maladie du Québec ne peut recouvrer par compensation le montant dû, la Régie peut, à l'expiration du délai de contestation de 60 jours, délivrer un certificat qui mentionne les nom et adresse du débiteur et qui atteste le montant dû ainsi que le défaut de ce débiteur de contester la décision. Sur dépôt de ce certificat au greffe de la Cour supérieure ou de la Cour du Québec, selon leur compétence respective, la décision devient exécutoire comme s'il s'agissait d'un jugement définitif de ce tribunal et en a tous les effets.

Le deuxième alinéa de l'article 18.3.2 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'applique, avec les adaptations nécessaires, au montant dû par le débiteur.

190. Les sommes recouvrées en application de l'article 188 sont versées par la Régie de l'assurance maladie du Québec à un organisme de bienfaisance enregistré au sens de la Loi sur les impôts (chapitre I-3) et désigné par le gouvernement.

191. Santé Québec peut recouvrer d'un groupement représentatif de médecins les sommes qu'il est tenu de payer en application de l'article 163.

Avant de rendre sa décision, Santé Québec transmet au groupement un préavis lui indiquant le montant réclamé, les motifs de son exigibilité ainsi que les modalités de remboursement qui pourront être appliquées et lui accorde un délai d'au moins 30 jours pour présenter ses observations. À l'expiration du délai, Santé Québec notifie sa décision par écrit au groupement, en la motivant.

Le recouvrement des sommes dues en application de l'article 163 se prescrit par 60 mois à compter de la date à laquelle elles ont été engagées par Santé Québec. Ces sommes portent intérêt, au taux prévu au premier alinéa de l'article 28 de la Loi sur l'administration fiscale (chapitre A-6.002), à compter du 31^e jour suivant la notification de la décision.

192. Le groupement représentatif de médecins visé par une décision rendue en vertu de l'article 191 est tenu au paiement de frais de recouvrement dans les cas et aux conditions déterminés par règlement de Santé Québec et selon le montant qu'il prévoit.

193. Les articles 805 à 810 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) s'appliquent au recouvrement des sommes dues en application de l'article 163 de la présente loi, en y faisant les modifications suivantes et avec les autres adaptations nécessaires :

1° une référence au responsable du manquement est une référence au groupe représentatif de médecins;

2° une référence à une sanction administrative pécuniaire est une référence aux sommes dues en application de l'article 163 de la présente loi ayant fait l'objet d'une décision en vertu de l'article 191 de cette loi;

3° une référence à la décision d'imposer la sanction est une référence à la décision rendue en vertu de l'article 191 de la présente loi.

194. Après la délivrance du certificat de recouvrement en application de l'article 808 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), le montant de toute cotisation syndicale ou spéciale ou tout autre montant qui en tient lieu, que la Régie de l'assurance maladie du Québec doit retenir en vertu d'une entente à l'application de laquelle sont soumis les médecins représentés par un groupement visé par une décision rendue en vertu de l'article 191, peut, à la demande de Santé Québec, être affecté au paiement du montant visé par ce certificat.

Dans ce cas, la Régie :

1° effectue d'abord, s'il y a lieu, l'affectation prévue par le premier alinéa;

2° informe ensuite Santé Québec du montant affecté au paiement du montant visé par le certificat de recouvrement;

3° paie le solde des cotisations ou des autres montants en tenant lieu au groupement qui y a droit;

4° expédie à ce groupement, qu'il reçoive ou non un tel paiement, un avis lui donnant le détail des sommes retenues.

§ 2. — Réexamen

195. La personne visée par une décision rendue en vertu de l'article 158 peut, dans les 30 jours de sa réception, en demander le réexamen à Santé Québec.

Dans les 30 jours de la réception de la demande de réexamen, Santé Québec révisé le dossier et rend une décision motivée. Elle notifie la personne visée de sa décision et de son droit de la contester devant le Tribunal administratif du Québec ainsi que du délai pour exercer un tel recours. Elle transmet une reproduction de la décision à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les personnes chargées de ce réexamen sont désignées par Santé Québec; elles doivent relever d'une autorité administrative distincte de celle de laquelle relève, le cas échéant, la personne ayant rendue la décision contestée.

§ 3. — Recours en contestation

196. La personne ou le groupement visé par une décision rendue en vertu de l'un des articles 134, 187, 188, 191 ou 195 peut, dans les 30 jours de sa notification, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec.

En outre, la personne visée par une décision rendue en vertu de l'article 158 peut contester devant le Tribunal administratif du Québec la décision dont elle a demandé le réexamen si Santé Québec n'a pas disposé de la demande dans les 30 jours suivant sa réception. Ce délai court toutefois à partir de la date où cette personne a présenté des observations ou produit des documents, lorsqu'elle a requis un délai à l'une de ces fins.

La contestation ne suspend pas l'exécution de la décision qui en fait l'objet. À tout moment de l'instance, le décideur saisi du recours en contestation peut, du consentement des parties, rendre jugement sur le vu du dossier.

Il incombe au requérant de prouver que la décision contestée est mal fondée.

197. La contestation d'une décision rendue en vertu de l'article 188 concernant le recouvrement des sommes dues en application des articles 159 ou 160 ne porte que sur la détermination du montant que le médecin est tenu de payer à la Régie de l'assurance maladie du Québec en application de ces articles.

198. Dans le cadre d'un recours portant sur une décision rendue en vertu de l'article 195, la Régie de l'assurance maladie du Québec doit être mise en cause et le Tribunal administratif du Québec ne peut que confirmer ou infirmer la décision contestée.

§ 4. — *Autres recours*

199. Le médecin a droit de faire reconnaître les années ou les fractions d'années de pratique qu'il a perdues par l'effet de l'application de l'article 185 s'il démontre qu'il est dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

1° il n'a accompli aucune action ayant l'un des effets énumérés au premier alinéa de l'article 131;

2° il a été empêché de se conformer aux dispositions de l'article 131 alors qu'il avait pris les moyens appropriés pour s'y conformer et son action y contrevenant n'était partie à aucune action concertée.

200. Quiconque est saisi en arbitrage d'un différend portant sur l'application des articles 186 ou 199 ne peut que confirmer ou infirmer la décision contestée. Il doit, pour ce faire, se fonder uniquement sur l'article 199.

SECTION X

DISPOSITIONS PÉNALES

201. Quiconque contrevient à une disposition de la sous-section 1 de la section II ou des articles 154, 155, 165 ou 178 est passible, pour chaque jour ou partie de jour que dure l'infraction, d'une amende de :

1° 200 \$ à 1 000 \$ s'il s'agit d'une personne autre qu'une personne visée aux paragraphes 2° et 3°;

2° 4 000 \$ à 20 000 \$ s'il s'agit d'un médecin;

3° 28 000 \$ à 140 000 \$ s'il s'agit d'un dirigeant, d'un employé ou d'un représentant d'un groupement représentatif de médecins;

4° 100 000 \$ à 500 000 \$ s'il s'agit d'un groupement.

En cas de récidive, le montant des amendes minimales et maximales prévues au présent article est porté au double.

202. Est passible d'une amende de 5 000 \$ à 30 000 \$ dans le cas d'une personne physique et de 15 000 \$ à 100 000 \$ dans les autres cas quiconque :

1° entrave ou tente d'entraver :

a) un responsable des activités professionnelles, un surveillant, un directeur médical et des services professionnel, l'inspecteur national ou son délégataire dans l'exercice des responsabilités qui lui sont confiées par les sous-sections 2 et 3 de la section III;

b) un inspecteur ou un enquêteur dans l'exercice des fonctions qui lui sont confiées par la section VI;

2° communique un document ou un renseignement faux ou trompeur, refuse de fournir un document ou un renseignement qu'il doit transmettre, cache un document ou un renseignement à une personne visée au paragraphe 1° ou encore détruit un document ou un renseignement qui lui est demandé par cette personne ou qu'il est tenu par la loi de conserver;

3° refuse ou néglige d'obéir à tout ordre qu'un inspecteur ou un enquêteur peut donner en vertu de la présente loi;

4° par un acte ou une omission, aide une personne à commettre une infraction prévue aux paragraphes 1°, 2° ou 3°;

5° par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, incite ou amène une personne à commettre une infraction prévue aux paragraphes 1°, 2° ou 3°.

En cas de récidive, le montant des amendes minimales et maximales prévues au présent article est porté au double.

203. Sans limiter la portée de l'article 168, toute personne ou tout groupement qui, par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, incite ou amène une autre personne ou un autre groupement à commettre une infraction est coupable de toute autre infraction que cette autre personne ou cet autre groupement commet, si elle savait ou aurait dû savoir que sa conduite aurait comme conséquence probable la perpétration de ces infractions.

204. Dans une poursuite pénale en vertu de la présente section, la qualité de membre de l'Ordre des médecins du Québec peut être prouvée par le dépôt d'une copie du tableau de cet Ordre ou d'un extrait de celui-ci, certifiée conforme par le secrétaire de l'Ordre ou par une autre personne désignée à cette fin par l'Ordre. De même, la qualité de médecin soumis à l'application d'une entente peut être prouvée par le dépôt de la fiche d'inscription de tel médecin détenue par la Régie de l'assurance maladie du Québec et certifiée conforme par le secrétaire de la Régie ou par une autre personne désignée à cette fin par le président-directeur général de la Régie.

SECTION XI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

205. Le premier règlement pris par le ministre avant le (*indiquer ici la date qui suit d'un an celle de la sanction de la présente loi*) pour l'application du premier alinéa de l'article 112 ou de l'article 117 peut, malgré l'article 11 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), être édicté à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la publication du projet de règlement à la *Gazette officielle du Québec*. Malgré l'article 17 de cette loi, il entre en vigueur le jour de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure qu'il indique.

206. Jusqu'à la date à laquelle les sections II et III du chapitre VIII cessent d'avoir effet en application du premier alinéa de l'article 210, la section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec est également chargée de statuer, en matière de services de santé et de services sociaux, sur les recours formés en vertu de l'article 196 de la présente loi. Ces recours sont instruits et décidés par un membre seul qui est avocat ou notaire.

207. Le Tribunal administratif du Québec demeure compétent à l'égard des recours formés en vertu de l'article 196 et découlant de faits survenus avant la date à laquelle les sections II et III du chapitre VIII cessent d'avoir effet en application du premier alinéa de l'article 210.

CHAPITRE IX

DISPOSITIONS TRANSITOIRES, DIVERSES ET FINALES

208. Malgré l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et toute disposition d'une entente, lorsque le ministre est d'avis que certaines modifications à une entente permettraient d'améliorer l'accessibilité aux services assurés au sens de cette loi et que ces modifications ne peuvent être convenues avec l'organisme représentatif concerné dans un délai qu'il estime acceptable, il peut apporter ces modifications, avec l'approbation du Conseil du trésor. Ce délai ne peut être inférieur à 60 jours.

Ces modifications lient les parties et s'appliquent à compter de la date de leur publication sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elles ne sont pas assujetties à la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1).

209. En cas de conflit, les dispositions de la présente loi prévalent sur les dispositions de toute entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

Une telle entente conclue après le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*) peut, par une disposition expresse, modifier ou remplacer toute disposition des sections I à III du chapitre VII de la présente loi, à l'exception des dispositions des articles 112 et 117 qui permettent au ministre de prendre un règlement. Toutefois, une telle entente peut, de la même manière, modifier ou remplacer toute disposition d'un tel règlement.

210. Les articles 112 et 117, les sections II à IV du chapitre VIII et l'article 208 cessent d'avoir effet à la date fixée par le gouvernement ou, au plus tard, le 31 mars 2028.

Les dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 112 ou de l'article 117 et les modifications apportées par le ministre en application de l'article 208, en vigueur à la date de cessation d'effet de ces articles, demeurent en vigueur jusqu'à ce qu'elles soient modifiées ou remplacées conformément à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

211. Outre les pouvoirs de réglementation prévus par la présente loi, le gouvernement peut, par règlement, prendre avant le (*indiquer ici la date qui suit de 18 mois celle de la sanction du projet de loi*) toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet. Il peut de plus prévoir toute modification de concordance nécessaire à tout règlement.

Malgré les dispositions des articles 11 et 17 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), un règlement prévu au premier alinéa peut être édicté à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de la publication du projet de règlement à la *Gazette officielle du Québec* et il entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure que le règlement indique. Il peut, en outre, une fois publié et s'il en dispose ainsi, s'appliquer à compter de toute date non antérieure au (*indiquer ici la date de la sanction du projet de loi*).

212. Les dispositions de la section II du chapitre VIII ont effet depuis 8h00 le (*indiquer ici la date de la présentation du présent projet de loi*). Toutefois, les dispositions des sections VIII et X de ce chapitre ne s'appliquent pas à l'égard d'un manquement aux dispositions de la section II du même chapitre commis avant le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*).

213. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la présente loi.

214. Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*), à l'exception :

1° des dispositions des articles 27, 28 et 30, du paragraphe 1° de l'article 32, de l'article 33, en ce qu'il édicte les articles 38.0.4 à 38.0.9 de la Loi sur l'assurance maladie

(chapitre A-29) dans la mesure où l'article 29.35 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 65 de la présente loi, y renvoie, des articles 35, 36 et 58, de l'article 65, sauf en ce qu'il édicte les articles 29.23 et 29.54 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, de l'article 68, du paragraphe 1° de l'article 69, de l'article 70, de l'article 72, en ce qui concerne le recours prévu à l'article 29.48 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, édicté par l'article 65 de la présente loi, des articles 73 à 78, du paragraphe 1° de l'article 79, des articles 83 à 92, 119 et 121, des paragraphes 2°, 3°, 9°, en ce qu'il met fin aux dispositions du paragraphe 3.13.1 de la lettre d'entente qui y est visée, 14°, 23°, en ce qu'il met fin aux dispositions de l'article 16 de l'entente particulière qui y est visée, et 27° de l'article 122, des articles 126 et 128 et des paragraphes 1° et 2° de l'article 129, qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026;

2° des dispositions des articles 2 à 5, 7, 9 à 12, 14 à 18 et 20 à 23, des sous-paragraphes *a* et *b* du paragraphe 1° de l'article 24 ainsi que du paragraphe 2° de cet article, en ce qui concerne le paragraphe *i.2* du premier alinéa de l'article 69 de la Loi sur l'assurance maladie, des articles 25, 26, 29 et 31, du paragraphe 2° de l'article 32, de l'article 33, sauf en ce qu'il édicte le deuxième alinéa de l'article 38.0.2 et l'article 38.0.13 de la Loi sur l'assurance maladie, des articles 43 à 47, 51 et 54 à 57, du paragraphe 2° de l'article 69, du paragraphe 2° de l'article 79, des articles 112 à 118 et 120, de l'article 122, à l'exception des paragraphes 2°, 3°, 9°, en ce qu'il met fin aux dispositions du paragraphe 3.13.1 de la lettre d'entente qui y est visée, 14°, 23°, en ce qu'il met fin aux dispositions de l'article 16 de l'entente particulière qui y est visée, et 27° de cet article, et de l'article 127, qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2026;

3° des dispositions de l'article 19, du sous-paragraphe *c* du paragraphe 1° de l'article 24 et du paragraphe 2° de cet article, en ce qui concerne les paragraphes *m.2* et *m.3* du premier alinéa de l'article 69 de la Loi sur l'assurance maladie, de l'article 33, en ce qu'il édicte le deuxième alinéa de l'article 38.0.2 de la Loi sur l'assurance maladie, de l'article 34 et de l'article 65, en ce qu'il édicte l'article 29.23 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2028;

4° des dispositions de l'article 1, qui entrent en vigueur à la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 7° du deuxième alinéa de l'article 76 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021);

5° des dispositions de l'article 33, en ce qu'il édicte l'article 38.0.13 de la Loi sur l'assurance maladie, qui entrent en vigueur à la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de ce dernier article;

6° des dispositions des articles 37 à 41, qui entrent en vigueur à la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu du deuxième alinéa de l'article 22.0.0.0.2 de la Loi sur l'assurance maladie, modifié par l'article 38 de la présente loi;

7° des dispositions de l'article 65, en ce qu'il édicte l'article 29.54 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, qui entrent en

vigueur à la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de ce dernier article;

8° des dispositions de l'article 71, qui entrent en vigueur à la première date entre le 1^{er} janvier 2026 et la date de l'entrée en vigueur de l'article 27 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée;

9° des dispositions de l'article 72, en ce qui concerne le recours prévu à l'article 27 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, qui entrent en vigueur à la date de l'entrée en vigueur de ce dernier article;

10° des dispositions de l'article 101, qui entrent en vigueur à la date de l'entrée en vigueur de l'article 4 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée;

11° des dispositions des articles 6 et 8, du deuxième alinéa de l'article 50 et des articles 105 et 141 à 163, qui entrent en vigueur à la date ou aux dates fixées par le gouvernement.

ANNEXE I

(Articles 83 et 88 à 91)

OBJECTIFS VISANT L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

CHAPITRE I

OBJECTIFS NATIONAUX

OBJECTIF NATIONAL N° 1-A

Objectif : 75 % des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont pris en charge dans un délai de 90 minutes à compter du moment où débute le triage de ces usagers.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 45 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 75 %.

Indicateur : Délai moyen de prise en charge, durant la période d'évaluation, des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

La prise en charge à l'urgence correspond au moment où un médecin exerçant au service d'urgence est attiré, en tant que médecin traitant, à un usager inscrit à l'urgence.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 1-B

Objectif : 77,5 % des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont pris en charge dans un délai de 90 minutes à compter du moment où débute le triage de ces usagers.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 47,5 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 77,5 %.

Indicateur : Délai moyen de prise en charge, durant la période d'évaluation, des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

La prise en charge à l'urgence correspond au moment où un médecin exerçant au service d'urgence est attiré, en tant que médecin traitant, à un usager inscrit à l'urgence.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 1-C

Objectif : 80 % des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont pris en charge dans un délai de 90 minutes à compter du moment où débute le triage de ces usagers.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 50 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 80 %.

Indicateur : Délai moyen de prise en charge, durant la période d'évaluation, des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

La prise en charge à l'urgence correspond au moment où un médecin exerçant au service d'urgence est attiré, en tant que médecin traitant, à un usager inscrit à l'urgence.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 2

Objectif : Les séjours au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont d'une durée moyenne n'excédant pas, selon le cas :

1° pour les usagers sur civières : 14 heures;

2° pour les usagers ambulatoires : 4 heures.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de l'objectif visé au paragraphe 1° du premier alinéa est toutefois fixé à 16 heures 30 minutes le 1^{er} janvier 2026. Il diminue ensuite de 30 minutes pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 14 heures.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de l'objectif visé au paragraphe 2° du premier alinéa est quant à lui fixé à 4 heures 45 minutes le 1^{er} janvier 2026. Il diminue ensuite de 15 minutes pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 4 heures.

Indicateur : Durée moyenne de séjour, durant la période d'évaluation, des usagers au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 5.

OBJECTIF NATIONAL N° 3-A

Objectif : 16,5 millions de plages de rendez-vous sont rendues disponibles par année.

Indicateur : Nombre de plages de rendez-vous en médecine de famille rendues disponibles durant la période d'évaluation.

Ensemble de médecins visé : Tous médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Années civiles.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 3-B

Objectif : 17 millions de plages de rendez-vous sont rendues disponibles par année.

Indicateur : Nombre de plages de rendez-vous en médecine de famille rendues disponibles durant la période d'évaluation.

Ensemble de médecins visé : Tous médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Années civiles.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 3-C

Objectif : 17,5 millions de plages de rendez-vous sont rendues disponibles par année.

Indicateur : Nombre de plages de rendez-vous en médecine de famille rendues disponibles durant la période d'évaluation.

Ensemble de médecins visé : Tous médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Années civiles.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 4-A

Objectif : Dans les installations énumérées au chapitre IV de la présente annexe, 90 % des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1 de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1° de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 4-B

Objectif : Dans les installations énumérées au chapitre IV de la présente annexe, 95 % des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1 de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1° de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 4-C

Objectif : Dans les installations énumérées au chapitre IV de la présente annexe, 98 % des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1 de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1° de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 4-D

Objectif : Dans les installations énumérées au chapitre IV de la présente annexe, 100 % des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1 de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues au plan de couverture visé au paragraphe 0.1° de l'article 449 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation.

Ensemble de médecins visé : Tous les médecins omnipraticiens.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 5

Objectif : 90 % des demandes de consultations sont en attente pour une durée inférieure au délai correspondant à la cote de priorité indiquée par le médecin demandeur dans le cadre du mécanisme d'accès aux services médicaux spécialisés mis en place par Santé Québec.

Toutefois, le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est fixé comme suit pour les périodes énumérées ci-après :

1° lorsque le délai correspondant à la cote de priorité indiquée par le médecin demandeur dans le cadre du mécanisme d'accès aux services médicaux spécialisés mis en place par Santé Québec est de 28 jours ou moins :

a) pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2026, 55 % des demandes de consultations sont en attente pour une durée inférieure au délai correspondant à la cote de priorité indiquée par le médecin;

b) pour le semestre débutant le 1^{er} juillet 2026, 65 % des demandes de consultations sont en attente pour une durée inférieure au délai correspondant à la cote de priorité indiquée par le médecin;

c) pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2027, 75 % des demandes de consultations sont en attente pour une durée inférieure au délai correspondant à la cote de priorité indiquée par le médecin;

d) pour le semestre débutant le 1^{er} juillet 2027, 85 % des demandes de consultations sont en attente pour une durée inférieure au délai correspondant à la cote de priorité indiquée par le médecin;

2° dans les autres cas :

a) pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2026, 99 % des demandes de consultations sont en attente depuis au plus 24 mois;

b) pour le semestre débutant le 1^{er} juillet 2026, 99 % des demandes de consultations sont en attente depuis au plus 18 mois;

c) pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2027, 99 % des demandes de consultations sont en attente depuis au plus 15 mois.

Indicateur : Taux des demandes de consultations qui, au dernier jour de la période d'évaluation, sont en attente pour une durée inférieure à celle que prévoit l'objectif.

Ensembles de médecins visé : Les ensembles composés respectivement des médecins de chacune des spécialités définies par le Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 5.

OBJECTIF NATIONAL N° 6-A

Objectif : 97 % des chirurgies sont effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé, pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2026, à 95 %.

Indicateur : Taux des chirurgies, parmi celles effectuées durant la période d'évaluation, qui sont effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles suivants :

- 1° tous les médecins spécialistes en anesthésiologie;
- 2° tous les médecins spécialistes en chirurgie;
- 3° tous les médecins spécialistes en chirurgie cardiaque;
- 4° tous les médecins spécialistes en chirurgie colorectale;
- 5° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- 6° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale oncologique;
- 7° tous les médecins spécialistes en chirurgie pédiatrique;
- 8° tous les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique;
- 9° tous les médecins spécialistes en chirurgie plastique;
- 10° tous les médecins spécialistes en chirurgie thoracique;
- 11° tous les médecins spécialistes en chirurgie vasculaire;
- 12° tous les médecins spécialistes en neurochirurgie;
- 13° tous les médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie;
- 14° tous les médecins spécialistes en ophtalmologie;
- 15° tous les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale;
- 16° tous les médecins spécialistes en urologie.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 6-B

Objectif : 98 % des chirurgies sont effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé, pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2026, à 96 %.

Indicateur : Taux des chirurgies, parmi celles effectuées durant la période d'évaluation, qui sont effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles suivants :

- 1° tous les médecins spécialistes en anesthésiologie;
- 2° tous les médecins spécialistes en chirurgie;
- 3° tous les médecins spécialistes en chirurgie cardiaque;
- 4° tous les médecins spécialistes en chirurgie colorectale;
- 5° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- 6° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale oncologique;
- 7° tous les médecins spécialistes en chirurgie pédiatrique;
- 8° tous les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique;

- 9° tous les médecins spécialistes en chirurgie plastique;
- 10° tous les médecins spécialistes en chirurgie thoracique;
- 11° tous les médecins spécialistes en chirurgie vasculaire;
- 12° tous les médecins spécialistes en neurochirurgie;
- 13° tous les médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie;
- 14° tous les médecins spécialistes en ophtalmologie;
- 15° tous les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale;
- 16° tous les médecins spécialistes en urologie.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 6-C

Objectif : 99 % des chirurgies sont effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé, pour le semestre débutant le 1^{er} janvier 2026, à 97 %.

Indicateur : Taux des chirurgies, parmi celles effectuées durant la période d'évaluation, qui sont effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire.

Ensembles de médecins visé : Les ensembles suivants :

- 1° tous les médecins spécialistes en anesthésiologie;
- 2° tous les médecins spécialistes en chirurgie;
- 3° tous les médecins spécialistes en chirurgie cardiaque;
- 4° tous les médecins spécialistes en chirurgie colorectale;
- 5° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- 6° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale oncologique;
- 7° tous les médecins spécialistes en chirurgie pédiatrique;
- 8° tous les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique;
- 9° tous les médecins spécialistes en chirurgie plastique;
- 10° tous les médecins spécialistes en chirurgie thoracique;
- 11° tous les médecins spécialistes en chirurgie vasculaire;
- 12° tous les médecins spécialistes en neurochirurgie;
- 13° tous les médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie;
- 14° tous les médecins spécialistes en ophtalmologie;
- 15° tous les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale;
- 16° tous les médecins spécialistes en urologie.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 7-A

Objectif : 95 % des chirurgies oncologiques sont effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 90 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 2,5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 95 %.

Indicateur : Taux des chirurgies, parmi celles effectuées durant la période d'évaluation, qui sont effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles suivants :

- 1° tous les médecins spécialistes en anesthésiologie;
- 2° tous les médecins spécialistes en chirurgie;
- 3° tous les médecins spécialistes en chirurgie cardiaque;
- 4° tous les médecins spécialistes en chirurgie colorectale;
- 5° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- 6° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale oncologique;
- 7° tous les médecins spécialistes en chirurgie pédiatrique;
- 8° tous les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique;
- 9° tous les médecins spécialistes en chirurgie plastique;
- 10° tous les médecins spécialistes en chirurgie thoracique;
- 11° tous les médecins spécialistes en chirurgie vasculaire;
- 12° tous les médecins spécialistes en neurochirurgie;
- 13° tous les médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie;
- 14° tous les médecins spécialistes en ophtalmologie;
- 15° tous les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale;
- 16° tous les médecins spécialistes en urologie.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 7-B

Objectif : 97 % des chirurgies oncologiques sont effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 92 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 2,5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 97 %.

Indicateur : Taux des chirurgies, parmi celles effectuées durant la période d'évaluation, qui sont effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles suivants :

- 1° tous les médecins spécialistes en anesthésiologie;
- 2° tous les médecins spécialistes en chirurgie;
- 3° tous les médecins spécialistes en chirurgie cardiaque;
- 4° tous les médecins spécialistes en chirurgie colorectale;
- 5° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- 6° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale oncologique;
- 7° tous les médecins spécialistes en chirurgie pédiatrique;
- 8° tous les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique;
- 9° tous les médecins spécialistes en chirurgie plastique;
- 10° tous les médecins spécialistes en chirurgie thoracique;
- 11° tous les médecins spécialistes en chirurgie vasculaire;
- 12° tous les médecins spécialistes en neurochirurgie;
- 13° tous les médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie;
- 14° tous les médecins spécialistes en ophtalmologie;
- 15° tous les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale;
- 16° tous les médecins spécialistes en urologie.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 7-C

Objectif : 99 % des chirurgies oncologiques sont effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 95 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 2 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 99 %.

Indicateur : Taux des chirurgies, parmi celles effectuées durant la période d'évaluation, qui sont effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles suivants :

- 1° tous les médecins spécialistes en anesthésiologie;
- 2° tous les médecins spécialistes en chirurgie;
- 3° tous les médecins spécialistes en chirurgie cardiaque;
- 4° tous les médecins spécialistes en chirurgie colorectale;
- 5° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale;
- 6° tous les médecins spécialistes en chirurgie générale oncologique;
- 7° tous les médecins spécialistes en chirurgie pédiatrique;
- 8° tous les médecins spécialistes en chirurgie orthopédique;
- 9° tous les médecins spécialistes en chirurgie plastique;
- 10° tous les médecins spécialistes en chirurgie thoracique;
- 11° tous les médecins spécialistes en chirurgie vasculaire;

- 12° tous les médecins spécialistes en neurochirurgie;
- 13° tous les médecins spécialistes en obstétrique et gynécologie;
- 14° tous les médecins spécialistes en ophtalmologie;
- 15° tous les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale;
- 16° tous les médecins spécialistes en urologie.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 8-A

Objectif : 90 % des examens en imagerie médicale sont interprétés dans un délai de moins de cinq jours de l'examen.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 80 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 2,5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 90 %.

Indicateur : Taux des examens en imagerie médicale, parmi ceux interprétés durant la période d'évaluation, qui sont interprétés dans un délai de moins de 5 jours de l'examen.

Ensembles de médecins visés : Tous médecins des spécialités suivantes :

- 1° médecine nucléaire;
- 2° radio-oncologie;
- 3° radiologie diagnostique.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 8-B

Objectif : 92,5 % des examens en imagerie médicale sont interprétés dans un délai de moins de cinq jours de l'examen.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 82,5 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 2,5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 92,5 %.

Indicateur : Taux des examens en imagerie médicale, parmi ceux interprétés durant la période d'évaluation, qui sont interprétés dans un délai de moins de 5 jours de l'examen.

Ensembles de médecins visés : Tous médecins des spécialités suivantes :

- 1° médecine nucléaire;
- 2° radio-oncologie;

3° radiologie diagnostique.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 8-C

Objectif : 95 % des examens en imagerie médicale sont interprétés dans un délai de moins de cinq jours de l'examen.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 85 % le 1^{er} janvier 2026. Il augmente ensuite de 2,5 points de pourcentage pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 95 %.

Indicateur : Taux des examens en imagerie médicale, parmi ceux interprétés durant la période d'évaluation, qui sont interprétés dans un délai de moins de 5 jours de l'examen.

Ensembles de médecins visés : Tous médecins des spécialités suivantes :

1° médecine nucléaire;

2° radio-oncologie;

3° radiologie diagnostique.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF NATIONAL N° 9-A

Objectif : 90 % des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins de chacune des spécialités définies par le Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} juillet 2026.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 9-B

Objectif : 95 % des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins de chacune des spécialités définies par le Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} juillet 2026.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 9-C

Objectif : 98 % des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins de chacune des spécialités définies par le Collège des médecins du Québec en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} juillet 2026.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF NATIONAL N° 9-D

Objectif : L'ensemble des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) sont exécutées.

Indicateur : Taux d'exécution, durant la période d'évaluation, des prestations médicales prévues aux plans de couverture approuvés en application de l'article 483.2 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins de chacune des spécialités définies par le Collège des médecins du Québec

en vertu du paragraphe e du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} juillet 2026.

Nombre de parts assignées : 2.

CHAPITRE II

OBJECTIFS TERRITORIAUX

OBJECTIF TERRITORIAL N° 1-A

Objectif : 90 % des personnes admissibles, au sens du sixième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), ayant un niveau de vulnérabilité « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique au sens du quatrième alinéa de l'article 447 de cette loi et 95 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité autre que « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin.

Toutefois, le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est fixé comme suit pour les périodes énumérées ci-après :

1° pour le trimestre débutant le 1^{er} avril 2026, 90 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité « affection majeure », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin;

2° pour le semestre débutant le 1^{er} juillet 2026, 90 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité autre que « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin.

Indicateur : Au dernier jour de la période d'évaluation, taux d'affiliation à un milieu de pratique, au sens du quatrième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), et, le cas échéant, d'association à un médecin des personnes admissibles, au sens du sixième alinéa de cet article, qui ont un niveau de vulnérabilité que prévoit l'objectif.

Une personne admissible est associée à un médecin lorsque, dans ce milieu de pratique, ce médecin prend la responsabilité au premier chef d'assurer le suivi longitudinal de l'état de santé de cette personne et des soins qu'elle reçoit.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins omnipraticiens membres de chacun des départements territoriaux de médecine familiale qui exercent dans un milieu de pratique visé à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} avril 2026.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF TERRITORIAL N° 1-B

Objectif : 90 % des personnes admissibles, au sens du sixième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), ayant un niveau de vulnérabilité « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique au sens du quatrième alinéa de l'article 447 de cette loi et 95 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité autre que « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin.

Toutefois, le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est fixé comme suit pour les périodes énumérées ci-après :

1° pour le trimestre débutant le 1^{er} avril 2026, 92,5 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité « affection majeure », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin;

2° pour le semestre débutant le 1^{er} juillet 2026, 92,5 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité autre que « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin.

Indicateur : Au dernier jour de la période d'évaluation, taux d'affiliation à un milieu de pratique, au sens du quatrième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), et, le cas échéant, d'association à un médecin des personnes admissibles, au sens du sixième alinéa de cet article, qui ont un niveau de vulnérabilité que prévoit l'objectif.

Une personne admissible est associée à un médecin lorsque, dans ce milieu de pratique, ce médecin prend la responsabilité au premier chef d'assurer le suivi longitudinal de l'état de santé de cette personne et des soins qu'elle reçoit.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins omnipraticiens membres de chacun des départements territoriaux de médecine familiale qui exercent dans un milieu de pratique visé à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} avril 2026.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF TERRITORIAL N° 1-C

Objectif : 90 % des personnes admissibles, au sens du sixième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), ayant un niveau de vulnérabilité « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique au sens du quatrième alinéa de l'article 447 de cette loi et 95 % des personnes admissibles ayant un niveau de

vulnérabilité autre que « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin.

Toutefois, le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est fixé comme suit pour les périodes énumérées ci-après :

1° pour le trimestre débutant le 1^{er} avril 2026, 95 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité « affection majeure », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin;

2° pour le semestre débutant le 1^{er} juillet 2026, 95 % des personnes admissibles ayant un niveau de vulnérabilité autre que « en santé », au sens de l'article 48 de la présente loi, sont affiliées à un milieu de pratique et associées à un médecin.

Indicateur : Au dernier jour de la période d'évaluation, taux d'affiliation à un milieu de pratique, au sens du quatrième alinéa de l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), et, le cas échéant, d'association à un médecin des personnes admissibles, au sens du sixième alinéa de cet article, qui ont un niveau de vulnérabilité que prévoit l'objectif.

Une personne admissible est associée à un médecin lorsque, dans ce milieu de pratique, ce médecin prend la responsabilité au premier chef d'assurer le suivi longitudinal de l'état de santé de cette personne et des soins qu'elle reçoit.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins omnipraticiens membres de chacun des départements territoriaux de médecine familiale qui exercent dans un milieu de pratique visé à l'article 447 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021).

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile, à compter du 1^{er} avril 2026.

Nombre de parts assignée : 2.

OBJECTIF TERRITORIAL N° 2-A

Objectif : Pour 98 % des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée, un médecin de garde est en mesure de répondre en tout temps aux demandes concernant les usagers qui y sont hébergés.

Indicateur : Taux des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour lesquels un médecin de garde est en mesure de répondre en tout temps, durant la période d'évaluation, aux demandes concernant les usagers qui y sont hébergés.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins omnipraticiens membres de chacun des départements territoriaux de médecine familiale.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF TERRITORIAL N° 2-B

Objectif : Pour 99 % des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée, un médecin de garde est en mesure de répondre en tout temps aux demandes concernant les usagers qui y sont hébergés.

Indicateur : Taux des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour lesquels un médecin de garde est en mesure de répondre en tout temps, durant la période d'évaluation, aux demandes concernant les usagers qui y sont hébergés.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins omnipraticiens membres de chacun des départements territoriaux de médecine familiale.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF TERRITORIAL N° 2-C

Objectif : Pour l'ensemble des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée, un médecin de garde est en mesure de répondre en tout temps aux demandes concernant les usagers qui y sont hébergés.

Indicateur : Taux des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour lesquels un médecin de garde est en mesure de répondre en tout temps, durant la période d'évaluation, aux demandes concernant les usagers qui y sont hébergés.

Ensembles de médecins visés : Les ensembles composés respectivement des médecins omnipraticiens membres de chacun des départements territoriaux de médecine familiale.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

CHAPITRE III

OBJECTIF LOCAL

OBJECTIF LOCAL N° 1-A

Objectif : Les consultations demandées entre 8h et 17h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont réalisées dans un délai moyen de moins de 3 heures 10 minutes de la demande de consultation.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 4 heures 40 minutes le 1^{er} janvier 2026. Il diminue ensuite de 15 minutes pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 3 heures 10 minutes.

Indicateur : Délai moyen d'exécution, durant la période d'évaluation, des consultations médicales demandées entre 8h et 17h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

Milieus de pratique visés : Chacune des installations où est exploité un centre hospitalier.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 1.

OBJECTIF LOCAL N° 1-B

Objectif : Les consultations demandées entre 8h et 17h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont réalisées dans un délai moyen de moins de 3 heures 5 minutes de la demande de consultation.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 4 heures 35 minutes le 1^{er} janvier 2026. Il diminue ensuite de 15 minutes pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 3 heures 5 minutes.

Indicateur : Délai moyen d'exécution, durant la période d'évaluation, des consultations médicales demandées entre 8h et 17h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

Milieus de pratique visés : Chacune des installations où est exploité un centre hospitalier.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

OBJECTIF LOCAL N° 1-C

Objectif : Les consultations demandées entre 8h et 17h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont réalisées dans un délai moyen de moins de 3 heures de la demande de consultation.

Le niveau selon lequel est évaluée l'atteinte de cet objectif est toutefois fixé à 4 heures 30 minutes le 1^{er} janvier 2026. Il diminue ensuite de 15 minutes pour chacun des semestres suivants jusqu'à ce qu'il atteigne 3 heures.

Indicateur : Délai moyen d'exécution, durant la période d'évaluation, des consultations médicales demandées entre 8h et 17h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation d'un établissement.

Milieux de pratique visés : Chacune des installations où est exploité un centre hospitalier.

Périodicité de l'évaluation : Trimestres de l'année civile.

Nombre de parts assignées : 2.

CHAPITRE IV

INSTALLATIONS VISÉES À L'OBJECTIF NATIONAL N° 4

01 - CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT

01 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TROIS-PISTOLES

01 - CLSC DE POHÉNÉGAMOOK

01 - HÔPITAL D'AMQUI

01 - HÔPITAL DE MATANE

01 - HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DU-LAC

01 - HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-FATIMA

02 - CIUSSS DU SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN

02 - HÔPITAL D'ALMA

02 - HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI

02 - HÔPITAL DE LA BAIE

02 - HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE ROBERVAL

03 - CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

03 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE SAINT-RAYMOND

03 - HÔPITAL ET CLSC DE LA MALBAIE

04 - CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC

04 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AVELLIN-DALCOURT

04 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHRIST-ROI

04 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU HAUT-SAINT-AURICE

04 - HÔPITAL SAINTE-CROIX

04 - HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA

05 - CIUSSS DE L'ESTRIE - CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

05 - CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

05 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES SOURCES

07 - CISSS DE L'OUTAOUAIS

07 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MANSFIELD-ET-PONTEFRAC

07 - HÔPITAL ET CHSLD MÉMORIAL DE WAKEFIELD / WAKEFIELD MEMORIAL HOSPITAL

08 - CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

08 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA SARRE

08 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TÉMISCAMING-KIPAWA

08 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE VILLE-MARIE

08 - HÔPITAL DE ROUYN-NORANDA

08 - HÔPITAL DE VAL-D'OR

09 - CISSS DE LA CÔTE-NORD

09 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE FERMONT

09 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE FORESTVILLE

09 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BASSE-CÔTE-NORD

- 09 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MINGANIE
- 09 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORT-CARTIER
- 09 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ESCOUMINS
- 09 - CLSC ET HÔPITAL LE ROYER
- 09 - CLSC NASKAPI
- 09 - HÔPITAL ET CLSC DE SEPT-ÎLES
- 10 - CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES
 - 10 - CENTRE DE SANTÉ DE CHIBOUGAMAU
 - 10 - CENTRE DE SANTÉ DE RADISSON
 - 10 - CENTRE DE SANTÉ ISLE-DIEU
- 11 - CISSS DE LA GASPÉSIE
 - 11 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GRANDE-VALLÉE
 - 11 - CLSC ET CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES DE MURDOCHVILLE
 - 11 - CLSC ET CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES DE PASPÉBIAC
 - 11 - HÔPITAL DE CHANDLER
 - 11 - HÔPITAL DE GASPÉ
 - 11 - HÔPITAL ET CLSC DE SAINTE-ANNE-DES-MONTS
 - 11 - HÔPITAL ET GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE DE MARIA
- 11 - CISSS DES ÎLES
 - 11 - HÔPITAL DE L'ARCHIPEL
- 15 - CISSS DES LAURENTIDES
 - 15 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'ARGENTEUIL

15 - CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE
RIVIÈRE-ROUGE

15 - HÔPITAL DE MONT-LAURIER

16 - CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST

16 - HÔPITAL BARRIE MEMORIAL / BARRIE MEMORIAL HOSPITAL