

ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

Guide d'information à l'intention des médecins omnipraticiens

Par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Département territorial de médecine familiale

1^{ER} AVRIL 2025



Département territorial de médecine familiale de l'Estrie par


Marie-Josée Croteau, agente de planification, de programmation et de recherche


Philippe Goyette, agent de planification, de programmation et de recherche

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie–Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Hôpital Youville, 1036, rue Belvédère Sud

Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

 819 346-1110, poste 27887

 dtmfestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

 www.santeestrie.qc.ca

Document disponible en ligne www.santeestrie.qc.ca/carrieres/medecins/

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul et unique but d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Remerciements au Département territorial de médecine familiale de Laval pour leur Guide qui a servi de référence

 dtmf.ciusslaval@ssss.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE.....	V
INTERVENANTS	V
AMP	2
PROCESSUS D'ADHÉSION AUX AMP.....	3
DEMANDE DE MODIFICATION DES AMP.....	4
EXEMPTION	5
CATÉGORIES D'AMP ET ÉQUIVALENCES.....	6
CALCUL DES ÉQUIVALENCES - GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS	7
AMP DE CATÉGORIE VI RECONNUES PAR LE MSSS	9
AUTRES AMP DE CATÉGORIE VI.....	10

LEXIQUE

AMP	Activités médicales particulières
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DTMF	Département territorial de médecine familiale
DSP	Directeur des services professionnels
GMF	Groupe de médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nouveau facturant	Tout médecin pratiquant au Québec et n'ayant pas 200 jours de pratique reconnus RAMQ
PEM	Plan d'effectifs médicaux des établissements
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation de services
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

INTERVENANTS

DTMF

Le DTMF est l'entité responsable de proposer et de mettre en œuvre la liste des AMP qu'il rend disponibles dans son territoire. Il gère les dossiers professionnels de chaque médecin adhérent à l'EP-AMP au sein de son territoire. Dans cette mesure, le DTMF s'assure du respect des procédures d'adhésion et du respect de l'engagement de chacun des médecins, tel qu'il est prévu dans l'EP-AMP.

Comité paritaire (MSSS-FMOQ)

Le comité paritaire AMP est responsable d'assurer, au nom du MSSS et de la FMOQ, la mise en œuvre et le suivi de l'EP-AMP. À cet égard, le Comité peut formuler aux parties négociantes toute recommandation qu'il jugerait utile de porter à leur attention. Il peut aussi intervenir dans diverses situations, et ce, dans la mesure prévue par l'EP-AMP. De plus, le Comité peut procéder à l'analyse d'un dossier qui lui a été soumis dans le cadre des AMP par un médecin. Le Comité demande un avis au DTMF de la région concernée et transmet sa recommandation au médecin, au DTMF et à la RAMQ. Le Comité gère le dossier des AMP du médecin qui pratique dans le cadre du mécanisme de dépannage et dans le cadre d'une instance à vocation nationale pour le Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

RAMQ

La RAMQ tient un rôle d'information auprès des DTMF et du Comité, notamment en ce qui a trait au profil personnel de chaque médecin en regard de sa participation aux AMP. Le cas échéant, elle applique également les décisions des DTMF et celles du Comité. Elle applique directement la réduction pour un médecin non adhérent selon les délais prévus à l'EP-AMP. La RAMQ affiche dans son site Internet, par voie sécurisée, un lien permettant aux médecins de consulter en ligne leur profil individuel.

AMP

Tout médecin omnipraticien doit s'engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières (AMP) s'il désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie¹ et s'assurer d'une rémunération sans pénalité. Les AMP sont des activités considérées prioritaires par le législateur. L'entente particulière qui s'y rattache découle d'une disposition de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et en détermine les modalités d'application. Pour plus d'information, il est possible de consulter l'Entente particulière (EP) ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (EP-AMP [no 51]) en vigueur depuis le 1er septembre 2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le site Internet de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) - www.fmoq.org. Cette entente remplace l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (EP-AMP [no 16]).

Le Département territorial de médecine familiale (DTMF) qui a délivré l'avis de conformité au PREM détient la responsabilité de la gestion et du respect des AMP du médecin même si celui-ci effectue ses AMP en tout ou en partie dans une autre région que dans le RLS de son avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM).

Le DTMF fait régulièrement l'évaluation des besoins prioritaires dans les différents secteurs de pratique sur son territoire puis il dresse la liste des AMP qu'il rend disponible avec leurs catégories, leurs volumes et les milieux où elles sont disponibles et dépose cette liste sur santeestrie.qc.ca/carrieres/medecins.

Les AMP servent à orienter les médecins au plan régional, vers les secteurs d'activités médicales qu'il convient d'abord de combler pour satisfaire les besoins de la population.

Les AMP s'adressent à tout médecin omnipraticien qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie. Celui-ci doit s'engager à respecter les exigences de base, comme il est stipulé dans l'EP-AMP, et y adhérer en signant le formulaire prévu à cet effet. Plus précisément :

- Tout médecin omnipraticien cumulant moins de 15 ans de pratique doit effectuer 132 heures d'AMP par trimestre, soit l'équivalent de 12 heures par semaine.

Après plus de 15 ans de pratique, aucune exigence n'est demandée, à moins d'une décision exceptionnelle du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS par l'intermédiaire de son Département territorial de médecine familiale (DTMF). Les activités faites par le médecin sont reconnues d'emblée comme des AMP. Cependant, le médecin doit quand même remplir une demande d'adhésion et aviser le DTMF de ses changements de pratique.

Pour connaître le nombre d'années qui lui est reconnu, le médecin peut communiquer avec la RAMQ.

À défaut d'y adhérer ou de respecter l'engagement qu'il a signé, le médecin peut être assujéti à une réduction de sa rémunération dans le cadre de certaines activités professionnelles. Le non-respect de l'EP-AMP peut entraîner une réduction de l'ordre de 30 %, applicable sur l'ensemble de la rémunération provenant de toute activité exercée dans le cadre du régime public d'assurance maladie sauf la rémunération versée pour les services médicoadministratifs visés par la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* et par la *Loi sur les accidents de travail*. Elle exclut également les sommes

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1999, c.89, a. 42.

versées pour l'assurance responsabilité professionnelle. Signalons que la réduction s'applique, le cas échéant, sur une base trimestrielle.

Les AMP sont régies par un contrat de deux ans par lequel le médecin s'engage à exercer une activité déterminée auprès d'un établissement ou en prise en charge, pour un minimum de 44 semaines par année. Elle débute au trimestre suivant la date de la confirmation de l'adhésion par le DTMF et se renouvelle automatiquement, tel qu'il est stipulé dans l'EP-AMP, à moins que le médecin demande un changement d'AMP.

PROCESSUS D'ADHÉSION AUX AMP

Le médecin peut compléter son adhésion aux AMP dès la signature de son avis de conformité (AC) ou attendre jusqu'à, au plus tard, un trimestre complet après le début de sa pratique. À défaut d'adhérer dans les délais prescrits, la rémunération peut subir une réduction de 30 %.

Les trimestres reconnus pour les AMP sont :

- 1er trimestre : décembre, janvier, février;
- 2e trimestre : mars, avril, mai;
- 3e trimestre : juin, juillet, août;
- 4e trimestre : septembre, octobre, novembre.

Voici les étapes à réaliser par le médecin qui obtient son avis de conformité en Estrie.

1. Consulter la liste des AMP disponibles*
2. Pour les AMP en établissement, contacter l'assistant-chef du secteur* pour confirmer si un poste est disponible dans le secteur de son choix. Pour les AMP de prise en charge, contacter les responsables de clinique/GMF* pour trouver un milieu de pratique. Faire les deux démarches pour des AMP mixtes.
3. Valider son choix d'AMP avec le représentant local du DTMF de son territoire (RLS)*.
4. Informer le DTMF dtmfestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca de son choix d'AMP.
5. Compléter et retourner le formulaire d'adhésion aux AMP au DTMF.

***Les listes et le formulaire sont disponibles sur santeestrie.qc.ca/carrieres/medecins**

Le DTMF doit :

1. Valider le choix des AMP du médecin avec le représentant local du territoire (RLS).
2. Retourner le formulaire d'adhésion signé par le chef du DTMF au médecin.
3. Procéder à l'inscription des AMP auprès de la RAMQ.

DEMANDE DE MODIFICATION DES AMP

Le médecin qui désire modifier ses AMP doit :

1. Valider si les AMP demandées figurent sur la liste des AMP disponibles.
2. Vérifier que la demande de modification d'AMP n'entraînera pas de rupture de service.
3. Effectuer, par écrit, une demande de modification de ses AMP avec un argumentaire justifiant sa requête au DTMF : dtmfestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca
4. Aviser l'établissement ou la clinique de sa demande soixante jours à l'avance.
5. Demander le formulaire de modification d'AMP au DTMF et le compléter.

Le DTMF doit :

6. Informer le médecin des démarches à faire.
7. Obtenir une recommandation de la table locale du territoire (RLS) et rendre une décision quant à l'acceptation ou non de la demande.
8. Si la demande est acceptée, le DTMF retourne le formulaire signé au médecin.

Pour toute information additionnelle relative aux AMP dans la région de l'Estrie, n'hésitez pas à communiquer avec le DTMF :

Madame Jessica Evans

☎ 819 346-1110, poste 27887

✉ dtmfestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

EXEMPTION

Les situations donnant lieu à une exemption sont les suivantes :

Congé de maternité ou d'adoption

Un an d'exemption incluant la date d'accouchement ou le jour de la prise en charge effective de l'enfant dans le cas d'une adoption.

Congé d'invalidité en cas d'incapacité physique ou mentale grave

Six mois d'exemption, renouvelable en formulant une nouvelle demande un mois avant l'échéance de l'exemption.

Pour adresser une demande d'exemption, le médecin doit faire parvenir une lettre précisant le motif de sa demande, la date visée du début de l'exemption ainsi qu'un certificat attestant son état de santé (certificat de grossesse, de naissance ou d'invalidité) par courriel au DTMF dtmfestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Il est à noter que, au cours de la période d'exemption, le médecin ne perd pas le bénéfice du cumul des années de pratique.

CATÉGORIES D'AMP ET ÉQUIVALENCES

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

1^{ER} BLOC

Catégorie I La prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence;

2^E BLOC

Catégorie II La prestation, en première ligne, de services médicaux **d'inscription et de suivi de clientèle**;

Catégorie III La dispensation de soins aux usagers admis en **soins de courte durée** d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;

Catégorie IV La dispensation, dans le service **d'obstétrique** d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;

Catégorie V La dispensation de services médicaux impliquant **une garde en disponibilité**, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

3^E BLOC

Catégorie VI Toute autre **activité prioritaire identifiée par le DTMF** et approuvée par le ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier (voir article 4.1.3 de *l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières [AMP]*).

CALCUL DES ÉQUIVALENCES – GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS

Les équivalences sont calculées selon les modalités contenues dans l'Infolettre n° 114 du 31 août 2015 avec les changements apportés dans les infolettres n° 004 du 6 avril 2017 et n° 350 du 12 mars 2020. Les informations en caractères italiques gris sont des ajouts spécifiques à la région de l'Estrie.

Urgence

- Le médecin doit effectuer au minimum 16 quarts de garde de 8 heures par trimestre ou *11 quarts de garde de 12 h par trimestre.*

Prise en charge et suivi de clientèle

- Le médecin doit avoir au minimum 500 patients inscrits (dont 250 provenant du GAMF de la Lettre d'entente n° 304 ou de la Lettre d'entente n° 321), vulnérables et non vulnérables, incluant le suivi de grossesse.
- *Pour les AMP mixtes :*
 - *6 h par semaine : 250 à 499 patients inscrits. De ce nombre, un minimum de 125 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille.*
 - *3 h par semaine : 125 à 249 patients inscrits. De ce nombre, un minimum de 62 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille.*
- *Atteinte à l'intérieur d'une année à raison de 125 patients par trimestre.*

Soins de courte durée incluant la garde en disponibilité - Hospitalisation

- *Solo : 4 lits/jour x 44 semaines/an ou*
- *Groupe : 18 lits/jour x 1 semaine sur 5.*

Soins palliatifs incluant la garde en disponibilité

- *10 lits par semaine.*

Obstétrique incluant la garde en disponibilité

- Le médecin doit procéder à au moins 15 accouchements par trimestre.

CHSLD - Centre d'hébergement de soins de longue durée incluant la garde en disponibilité

- *12 h par semaine si à tarif horaire ou*
- *50 lits par semaine.*

Soins à domicile (SAD) avec garde en disponibilité 24/7 en disponibilité

- 10 visites SAD/semaine x 44 semaines/an.
 - *12 h = 42 pts + 10 semaine/an de garde 24/7*
- *Si AMP mixtes :*
 - *9 h = 32 pts + 8 semaines/an de garde 24/7*
 - *6 h = 21 pts + 5 semaines/an de garde 24/7*
 - *3 h = 11 pts + 3 semaines/an de garde 24/7*

- *Patients inscrits au programme du CLSC.*

Soins intensifs à domicile (SIAD) 8 h à 17 h. Peut jumeler avec garde SAD, hospitalisation, soins palliatifs

- *12 h = 50 jrs/an + 10 semaines/an garde 24/7*
- *Si AMP mixtes :*
 - *9 h = 38 jrs/an + 8 semaines/an de garde 24/7*
 - *6 h = 25 jrs/an + 5 semaines/an de garde 24/7*
 - *3 h = 13 jrs/an + 3 semaines/an de garde 24/7*

Services médicaux dispensés dans le cadre d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) incluant la garde en disponibilité

- *20 lits par semaine.*

AMP DE CATÉGORIE VI RECONNUES PAR LE MSSS

- Services médicaux en centre de détention (équivalent heures);
- Services médicaux auprès de la clientèle hébergée en centre jeunesse (équivalent heures);
- Services médicaux ne nécessitant aucune garde auprès de la clientèle hébergée en centre de réadaptation (nombre d'heures sur une base horaire ou à l'acte à 45 patients en moyenne par semaine);
- Services médicaux auprès de la clientèle autochtone de certaines réserves indiennes (après entente avec le comité paritaire MSSS-FMOQ);
- Interventions médicales en centre de crise en santé mentale et services médicaux auprès d'une clientèle ayant des troubles mentaux graves et persistants dans le cadre d'un programme de santé mentale d'un CLSC (équivalent heures);
- Interruption volontaire de grossesse (programme régional reconnu, six heures);
- Services médicaux cliniques de désintoxication dispensés dans le cadre d'un programme en toxicomanie sous la responsabilité d'un établissement (équivalent heures);
- Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en maladies infectieuses dans le cadre de la santé publique (blocs de douze heures par région);
- Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en santé environnementale (équivalent heures);
- Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en santé et sécurité au travail, ainsi que les services cliniques requis par un programme jugé prioritaire par le ministère du Travail (équivalent heures);
- Services médicaux requis dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein d'une direction de santé publique (douze heures par région);
- Certaines activités d'enseignement dans le cadre d'une unité de médecine familiale (UMF) affiliée à une université et sous la responsabilité d'un établissement (douze heures par UMF et douze heures additionnelles par UMF qui a plus de quinze résidents par période).

AUTRES AMP DE CATÉGORIE VI

Si le DTMF souhaite reconnaître d'autres AMP dans la catégorie VI, il doit obtenir l'approbation du comité paritaire et ce, pour chaque médecin à qui il souhaite les octroyer.

IMPORTANT

- Pour les médecins détenant un permis de pratique depuis moins d'un an : l'engagement de prise en charge de 500 patients selon la nouvelle nomenclature des actes (tarification bonifiée), en vigueur depuis l'été 2016, est **indépendant de l'engagement pour les AMP**.

Vous devez signer une demande pour les AMP et vous devez aussi produire une lettre d'intention pour obtenir la tarification bonifiée. Cependant, si vous décidez d'avoir des AMP de prise en charge, les mêmes patients peuvent servir de base au calcul des deux entités.

- *Pour le texte intégral de la nouvelle nomenclature applicable en cabinet, en CLSC, en UMF-CH et en UMF-CLSC, vous pouvez consulter le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : www.ramq.gouv.qc.ca*
- Plusieurs nouvelles modalités appliquent la règle de 500 patients, mais les calculs y sont différents :
 - 500 patients équivalents à douze heures AMP en prise en charge s'appliquent à partir de la date d'adhésion aux AMP, à raison de 125 patients par trimestre ;
 - 500 patients pour avoir accès à la nouvelle nomenclature des actes s'appliquent à partir de la date d'obtention du permis de pratique, 500 patients sur un an, mais le nombre de patients inscrits est calculé le dernier jour du quatrième trimestre (Infolettre 057 et Amendement n° 160).

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

