



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 106

**Loi visant principalement à instaurer
la responsabilité collective
et l'imputabilité des médecins
quant à l'amélioration de l'accès
aux services médicaux**

Présentation

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

**Éditeur officiel du Québec
2025**

NOTES EXPLICATIVES

Ce projet de loi vise principalement à améliorer l'accès aux services médicaux en assurant la prise en charge de toute personne assurée dans un milieu de pratique de première ligne ainsi qu'en favorisant l'atteinte d'objectifs par les médecins.

À ces fins, le projet de loi modifie la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux pour donner à tout département territorial de médecine familiale la mission d'affilier l'ensemble des personnes admissibles de son territoire à un milieu de pratique dans lequel au moins un médecin offre des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Il donne aux médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans un tel milieu la responsabilité collective de prendre en charge les personnes qui y sont affiliées.

Le projet de loi modifie la Loi sur l'assurance maladie afin de conférer au ministre le pouvoir de fixer 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 par règlement, aux fins de la rémunération de ces professionnels, les modalités de prise en charge d'une personne assurée ainsi que les obligations qu'elle emporte, de même que les différents niveaux de vulnérabilité que peuvent présenter les personnes assurées et les critères permettant d'associer chacune d'entre elles à l'un de ces niveaux.

Le projet de loi fait de la prise en charge d'une personne assurée affiliée à un milieu de pratique un service assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Il prévoit que ce service est rémunéré par capitation, au tarif prévu par une entente conclue en application de cette loi en fonction du niveau de vulnérabilité des personnes prises en charge. Il prévoit également que les médecins qui fournissent des services assurés dans un milieu de pratique ont collectivement droit à cette rémunération par capitation.

Le projet de loi établit les règles relatives au versement de la rémunération par capitation par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il permet aux médecins d'un même milieu de pratique de se doter de règles déterminant la façon dont cette rémunération sera répartie entre eux.

Le projet de loi édicte le Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens, qui prévoit que les médecins qui exercent au sein de certains milieux de pratique 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 actes. Ce règlement établit également les normes relatives à la prise en charge des personnes assurées par les médecins omnipraticiens dans ces milieux de pratique, de même que les niveaux de vulnérabilité pris en compte dans la détermination de la rémunération par capitation.

Le projet de loi modifie par ailleurs la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée pour y insérer des dispositions concernant un supplément collectif s'ajoutant à la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes qui a pour but de favoriser l'atteinte d'objectifs.

Le projet de loi 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. Il prévoit aussi que la mise en œuvre des moyens permettant leur atteinte 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, qui prend en compte l'atteinte des objectifs, ainsi que les règles relatives à son versement par la Régie de l'assurance maladie du Québec. 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.

Le projet de loi propose diverses autres mesures dont l'établissement de plans de couverture en médecine de famille et en médecine spécialisée ainsi que l'établissement, par le ministre, de programmes favorisant la pratique de la médecine en groupes.

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 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).

RÈGLEMENT ÉDICTÉ PAR CE PROJET DE LOI :

- Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de la présente loi ainsi que le numéro de l'article de cette loi qui édicte le Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens*).

Projet de loi n° 106

LOI VISANT PRINCIPALEMENT À INSTAURER LA RESPONSABILITÉ COLLECTIVE ET L'IMPUTABILITÉ DES MÉDECINS QUANT À L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

CONSIDÉRANT le rôle essentiel que jouent les services de santé et les services sociaux dans l'amélioration de la qualité de vie de 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 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, en conséquence, qu'il est impérieux d'améliorer l'accès à ces services afin d'atteindre un équilibre avec les besoins de la population;

CONSIDÉRANT que la profession médicale doit être engagée et responsabilisée envers l'atteinte de cet objectif;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de mettre en place des outils appropriés pour permettre à la profession médicale d'œuvrer collectivement à l'atteinte de cet objectif;

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

CHAPITRE I

PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION

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

L. 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 Santé 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 de pratique visé à cet article en vue de sa prise 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);

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. 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 lorsqu'au moins un médecin appartenant au département y offre des services assurés :

1° un cabinet privé de professionnel;

2° un centre local de services communautaires;

3° un autre milieu de pratique, 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.».

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

«**447.1.** 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.

«**447.2.** Le département territorial de médecine familiale informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de l'identité des personnes qu'il affine à chaque milieu de pratique.

«**447.3.** 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).

Chacun des départements territoriaux de médecine familiale peut avoir accès aux renseignements qu'indique le répertoire concernant les milieux de pratique de son territoire, les personnes qui y sont affiliées et leur niveau de vulnérabilité. Le représentant d'un milieu de pratique visé à l'article 38.0.4 de cette loi peut avoir accès aux renseignements qu'indique le répertoire concernant les personnes qui sont affiliées à ce milieu de pratique et leur niveau de vulnérabilité.

«**447.4.** 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 l'une des situations suivantes :

a) cette personne s'est établie en dehors du territoire du département territorial de médecine familiale;

b) cette personne cesse d'être une personne admissible au sens du sixième alinéa de l'article 447;

3° sur instructions du département transmises à la Régie :

a) lorsque le milieu de pratique n'a plus la capacité de prendre en charge l'ensemble des personnes qui y sont affiliées;

b) 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;

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 en application du 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.

«**447.5.** 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).».

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

4. Une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'article 2 de la présente loi, 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 2 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 le domicile 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 son domicile.

De plus, une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'article 2 de la présente loi, 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 2 de la présente loi, au milieu de pratique correspondant à ce cabinet.

5. 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 2 de la présente loi, doit se lire, à compter de la date de l'entrée en vigueur de ce dernier article 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 *a* du sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) ».

6. L'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) doit se lire, à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 2 de la présente loi et jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'article 1 de la présente loi :

1° en y insérant, après le cinquième alinéa, le suivant :

« La Régie met en place un système visant à permettre :

a) 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), d'être affiliée à un milieu de pratique visé à cet article en

vue de sa prise en charge conformément aux dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de la Loi sur l'assurance maladie;

b) à toute personne assurée, au sens de la Loi sur l'assurance maladie, de se 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;

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

2° en y supprimant la première phrase du sixième alinéa.

CHAPITRE II

MODES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

SECTION I

MODES DE RÉMUNÉRATION

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

7. L'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), modifié par l'article 909 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau modifié par la suppression de la deuxième phrase du deuxième alinéa.

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

«**21.1.** Avec l'approbation du Conseil du trésor, le ministre 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, le cas échéant, les obligations que cette prise en charge emporte pour ce professionnel;

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 de prendre un règlement en vertu du premier alinéa, consulter les organismes représentatifs concernés parmi ceux avec lesquels il a conclu une entente. ».

9. L'article 22.2 de cette loi, modifié par l'article 917 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau 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. ».

10. L'article 54 de cette loi, modifié par l'article 921 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau 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. ».

LOI SUR LA JUSTICE ADMINISTRATIVE

11. L'article 3 de l'annexe I de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3), modifié par l'article 1085 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau modifié par l'insertion, dans le paragraphe 2° et après « 18.4, », de « 22.2, ».

SECTION II

MODE DE RÉMUNÉRATION COMPOSÉE APPLICABLE AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

12. L'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), modifié par l'article 903 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau 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 447.3 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 (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). ».

13. 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 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.»;

4° 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).»;

5° 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»;

6° par le remplacement, dans le treizième alinéa, de «Un professionnel» par «Sous réserve des dispositions de la section III.0.1, un professionnel».

14. L'article 22.1 de cette loi est modifié 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.».

15. L'article 22.3 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après «22.2», de «ou de l'article 38.0.15».

16. 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 annuellement le niveau de vulnérabilité d'une personne assurée à partir des diagnostics inscrits aux relevés d'honoraires qui lui ont été soumis pour des services assurés fournis à cette personne ainsi que des diagnostics qui lui ont été communiqués en application du deuxième alinéa, et ce, conformément aux critères prévus par le règlement pris en vertu de l'article 21.1. Ce niveau s'applique pour l'année civile suivante.

Tout professionnel habilité par la loi ou par un règlement pris en application du paragraphe *h* du premier alinéa de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26) à établir un diagnostic peut, lorsque son client détient une carte d'assurance maladie ou une carte d'admissibilité et qu'il y consent, communiquer à la Régie le diagnostic qu'il a établi à l'égard de ce client afin qu'il en soit tenu compte dans la détermination de son niveau de vulnérabilité.

«**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 sa prise en charge au sens du 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 29.54 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 entrent en vigueur à la date fixée par ces médecins. Il en est de même de leur modification et de leur abrogation. Toutefois, les règles de ventilation établies pour un milieu de pratique qui n'en était pas doté entrent en vigueur le premier jour du trimestre de l'année civile suivant celui où la Régie en a été avisée conformément à l'article 38.0.10. Il en est de même de l'abrogation des règles de ventilation d'un milieu de pratique lorsqu'à la suite de celle-ci, il n'y a plus de règles de ventilation en vigueur dans ce milieu.

Les règles de ventilation peuvent avoir pour objet d'encourager l'accès aux services de première ligne, notamment en tenant compte de la contribution de chacun des médecins à l'offre de services assurés aux personnes affiliées au milieu de pratique.

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.** Le représentant du milieu de pratique doit aviser la Régie de l'établissement de règles de ventilation par les médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans ce milieu de pratique lorsque, au moment de cet établissement, ce milieu n'en était pas doté et, le cas échéant, de l'abrogation des règles de ventilation de ce milieu lorsqu'à la suite de celle-ci, il n'y a plus de règles de ventilation en vigueur dans ce milieu.

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

«**38.0.11.** À l'échéance d'un délai de 90 jours suivant la fin de chaque trimestre de l'année civile, la Régie détermine, pour chaque milieu de pratique, le montant total des honoraires à titre de rémunération par capitation auxquels a droit, pour ce trimestre, l'ensemble des médecins omnipraticiens qui fournissent des services assurés dans ce milieu. Ce montant est fixé 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 447.3 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 déterminé en application de l'article 38.0.2.

«**38.0.12.** Lorsque des règles de ventilation sont en vigueur dans un milieu de pratique, la Régie communique au représentant de ce milieu, dans les 30 jours de l'échéance prévue à l'article 38.0.11, le montant des honoraires déterminé en application de cet article.

«**38.0.13.** Dans les 30 jours de la communication du montant des honoraires au représentant du milieu de pratique, celui-ci procède à la ventilation de ce montant parmi les médecins omnipraticiens ayant fourni des services assurés dans ce milieu de pratique durant le trimestre pour lequel il a été déterminé en application de l'article 38.0.11. Il communique ensuite le résultat de cette ventilation à la Régie.

Aux fins de procéder à la ventilation, le représentant d'un milieu de pratique peut demander à la Régie de lui communiquer, en outre des renseignements qu'il peut obtenir en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), 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 deuxième 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 de ce milieu de pratique.

Lorsque la ventilation n'est pas transmise à la Régie dans le délai prescrit ou qu'il n'y a pas de règle de ventilation en vigueur dans un milieu de pratique, la Régie verse les honoraires à titre de rémunération par capitation aux médecins du milieu de pratique concerné en proportion du coût des services assurés fournis par chacun d'eux dans ce milieu durant le trimestre pour lequel le montant de ces honoraires est déterminé.

«§4. — *Mesures administratives*

«**38.0.15.** La Régie peut imposer une sanction administrative pécuniaire au professionnel de la santé qui, dans le relevé d'honoraires qu'il soumet à la Régie, indique un diagnostic qui ne correspond pas à celui qu'il a documenté dans le dossier de la personne assurée. Elle peut également imposer une telle sanction au professionnel qui, en application du deuxième alinéa de l'article 38.0.2, lui communique un tel diagnostic.

Le montant de la sanction administrative pécuniaire correspond à 115 % de la différence qu'emporte une discordance visée au premier alinéa sur la rémunération par capitation payée par la Régie pour la prise en charge de la personne assurée concernée; il ne peut toutefois être inférieur à 100 \$ par diagnostic visé au premier alinéa. Le montant de la sanction administrative pécuniaire peut être établi par inférence statistique sur le seul fondement de renseignements obtenus par un échantillonnage, selon une méthode conforme aux pratiques généralement reconnues.

L'imposition d'une sanction administrative pécuniaire en application du premier alinéa se prescrit par 60 mois de la date où le relevé d'honoraires a été soumis à la Régie ou, selon le cas, de celle où le diagnostic lui a été communiqué en application du deuxième alinéa de l'article 38.0.2.

Les quatrième, cinquième, sixième et neuvième alinéas de l'article 22.2 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à une décision prise en vertu du premier alinéa, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de cet article.».

ÉDICTION DU RÈGLEMENT SUR LE MODE DE RÉMUNÉRATION COMPOSÉE APPLICABLE AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

17. Le Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens, dont le texte figure au présent article, est édicté.

«RÈGLEMENT SUR LE MODE DE RÉMUNÉRATION COMPOSÉE APPLICABLE AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

«SECTION I

«MODE DE RÉMUNÉRATION COMPOSÉE

«**1.** 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) 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 : une rémunération par capitation, une rémunération à taux horaire et une rémunération additionnelle pour certains actes.

«**2.** Un médecin visé à l'article 1 est, malgré cet article, rémunéré exclusivement suivant le mode de rémunération à l'acte pour tout service pour lequel une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) prévoit spécifiquement que ce mode de rémunération s'applique à ce service lorsqu'il est fourni dans un milieu de pratique visé à l'article 1.

«**3.** Pour l'application du présent règlement, 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.

«**4.** L'article 1 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).

«SECTION II

«PRISE EN CHARGE DE PERSONNES ASSURÉES

«**5.** 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 447.3 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) 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.

«SECTION III

«NIVEAUX DE VULNÉRABILITÉ

«**6.** 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 visés à l'article 38.0.2 de la Loi sur l'assurance maladie.

«SECTION IV

«DISPOSITION TRANSITOIRE

«**7.** L'article 1 ne s'applique pas au médecin qui, le 30 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.»

SECTION III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

18. 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 cette loi et des règlements pris pour son application, jusqu'à ce qu'elles soient remplacées par un règlement pris en vertu de l'article 21.1 de cette loi, édicté par l'article 8 de la présente loi.

19. Les différends soumis au conseil d'arbitrage en application du premier alinéa de l'article 22.2 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), tel qu'il se lisait le 31 mars 2026, se poursuivent devant le conseil d'arbitrage qui en est déjà saisi.

20. La section III.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) 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.

21. Les règles de ventilation établies en application de l'article 38.0.9 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), édicté par l'article 16 de la présente loi, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec est avisée avant le 1^{er} juin 2026 peuvent entrer en vigueur le 1^{er} avril 2026.

CHAPITRE III

SUPPLÉMENT COLLECTIF

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

22. 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 ».

23. L'article 2 de cette loi, modifié par l'article 839 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau modifié par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1^o, de « de la présente loi » par « du présent chapitre ».

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

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

« CHAPITRE II

« ACCÈS AUX SERVICES ».

26. 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).

« **29.20.** Le montant du supplément collectif ne peut excéder un montant correspondant à 25 % 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. Il est calculé et versé conformément aux dispositions de la sous-section 3 de la section III.

« **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 VISANT L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

« **29.23.** Le gouvernement fixe, par règlement, les objectifs visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ainsi que 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 une année civile ou à un trimestre de l'année civile.

«**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 cabinets privés 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 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° des groupes représentatifs 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° Santé Québec et, lorsqu'ils sont visés par des objectifs que le gouvernement entend fixer dans ce règlement, les établissements privés.

«SECTION III

«MISE EN ŒUVRE 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 29.38, 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 les articles 38.0.9 et 38.0.10 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° une référence à un trimestre de l'année civile est une référence à une période d'évaluation au sens du présent chapitre;

5° 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 et ces dernières peuvent notamment avoir pour objet d'encourager l'atteinte des objectifs fixés en vertu de l'article 29.23.

«**29.36.** Dans le cas d'une collectivité médicale visée au deuxième alinéa de l'article 29.33 ou d'une collectivité médicale territoriale, les règles de fonctionnement de la collectivité médicale sont prises par le comité de direction du département territorial.

«**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.

«**29.38.** Dans le cas d'une collectivité médicale territoriale, le représentant de la collectivité est le département territorial duquel sont membres les médecins composant cette collectivité.

«**29.39.** 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*

«**29.40.** 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.

«**29.41.** Le représentant d'une collectivité médicale à laquelle une exemption a été accordée en application de l'article 29.40 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.

«**29.42.** Le ministre peut modifier ou révoquer une exemption accordée en application de l'article 29.40 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.

«**29.43.** Le ministre avise sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec des exemptions accordées, modifiées ou révoquées en application des articles 29.40 et 29.42.

«**29.44.** 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 29.40 ou 29.42 dans les 60 jours de la notification de cette décision.

Dans les 90 jours de la réception de la demande de révision, le ministre révisé 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.

«**29.45.** 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*

«**29.46.** Le médecin doit, dans le relevé d'honoraires soumis à la Régie de l'assurance maladie du Québec en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), indiquer 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.

«**29.47.** À l'échéance d'un délai de 90 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 établit le montant de supplément collectif qui, pour cette période, peut être ventilé par une 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 pour chacun des services dont le paiement lui a été réclamé et qui a été fourni durant la période d'évaluation par les médecins qui la composent.

«**29.48.** La Régie de l'assurance maladie du Québec calcule, pour chacun des services dont le paiement lui a été réclamé et qui a été fourni par un médecin durant la période d'évaluation visée au deuxième alinéa de l'article 29.23, le montant du supplément collectif attribuable à chacune des collectivités médicales concernées par ce service.

Une collectivité médicale est concernée par un service lorsqu'il lui appartient de mettre en œuvre les moyens permettant l'atteinte d'au moins un des objectifs suivants :

1° un objectif national applicable à un ensemble de médecins dont fait partie le médecin ayant fourni le service;

2° un objectif territorial applicable à un ensemble de médecins dont fait partie le médecin ayant fourni le service parmi les ensembles formés au sein du département territorial dont relève le territoire dans lequel ce service a été fourni;

3° un objectif local applicable au milieu de pratique au sein duquel le médecin a fourni le service;

4° un objectif local applicable à un milieu de pratique incorporant le milieu de pratique au sein duquel le médecin a fourni le service.

Le montant du supplément collectif attribuable correspond, pour chacune des collectivités médicales concernées par le service, au résultat de l'équation suivante :

$$C_G = \frac{(0,25R \times \sum P_{Ga}) + (0,1R \times \sum P_{Gn})}{\sum P}$$

Dans cette équation :

C_G 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 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 par le service;

$\sum P_{Ga}$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif, parmi celles incluses dans $\sum P$, assignées à des objectifs 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;

$\sum P_{Gn}$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif, parmi celles incluses dans $\sum P$, assignées à des objectifs 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 $\sum P$ visée au troisième alinéa lorsque cette somme est inférieure à 10.

«29.49. Les modalités de versement de la rémunération par capitation que prévoient les articles 38.0.12 à 38.0.14 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) s'appliquent au versement du montant du supplément collectif établi en application de l'article 29.47 de la présente loi, 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° les références au montant des honoraires déterminé en application de l'article 38.0.11 de la Loi sur l'assurance maladie et à l'échéance que prévoit cet article sont, respectivement, des références au montant du supplément collectif établi en application de l'article 29.47 de la présente loi et à l'échéance que prévoit ce dernier article;

4° une référence à un trimestre de l'année civile est une référence à une période d'évaluation au sens du présent chapitre;

5° dans les cas visés au deuxième alinéa de l'article 38.0.14 de la Loi sur l'assurance maladie, la Régie verse le supplément collectif qui aurait pu être ventilé par le représentant d'une collectivité médicale directement à chacun des médecins ayant fourni les services auxquels est associé ce supplément.

«SECTION IV

«MESURES ADMINISTRATIVES

«**29.50.** 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 subséquemment 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.

«**29.51.** 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 29.50, 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 de 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.

«**29.52.** 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 29.46 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.

«**29.53.** Le montant de supplément collectif attribué en trop visé au premier alinéa de l'article 29.50 et celui du paiement réclamé ou obtenu pour des services erronément attribués à un milieu de pratique visé au premier alinéa de l'article 29.52 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 prise en vertu de l'article 29.50 ou de l'article 29.52 de la présente loi, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de cet article 22.2.

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 29.50 ou 29.52 de la présente loi.

«SECTION V

«DISPOSITIONS PÉNALES

«**29.54.** 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.»

27. 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

28. L'article 68 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) 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 JUSTICE ADMINISTRATIVE

29. 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° », ».

30. L'article 3 de l'annexe I de cette loi, modifié par l'article 1085 du chapitre 34 des lois de 2023, est de nouveau modifié par l'ajout, avant le paragraphe 0.1°, du suivant :

«0.01° les recours formés en vertu des articles 27 et 29.45 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

31. 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), ».

32. 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), ».

33. 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), ».

34. 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), ».

35. 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), ».

36. 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), ».

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

1° par l'insertion, après « vertu », de « de l'article 29.52 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) ou »;

2° par l'insertion, après « 22.2 », de « , 38.0.15 ».

LOI VISANT PRINCIPALEMENT À RÉDUIRE LA CHARGE ADMINISTRATIVE DES MÉDECINS

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

39. 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 ÉDICTIONT 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

40. Les articles 41 et 42 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) sont abrogés.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES PARTICULIÈRES

41. 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 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 26 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.

42. Les règles de ventilation du supplément collectif établies en application des articles 29.35 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) et 38.0.9 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), édictés respectivement par les articles 26 et 16 de la présente loi, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec est avisée avant le 1^{er} décembre 2025 peuvent entrer en vigueur le 1^{er} octobre 2025.

43. L'article 29.53 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édicté par l'article 26 de la présente loi, doit, jusqu'à l'entrée en vigueur du paragraphe 2° de l'article 9 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 prise en vertu de l'article 29.50 ou de l'article 29.52 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 prise en vertu de l'article 29.50 ou de l'article 29.52 de la présente loi, comme s'il s'agissait d'une décision rendue en vertu du premier alinéa de cet article 22.2. ».

CHAPITRE IV

MESURES CONCERNANT LES DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX

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

44. 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. ».

45. 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 la population;

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

46. 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. ».

47. 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. ».

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

«**483.1.** Santé Québec doit établir un plan de couverture nationale 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 la population.

Dans l'établissement d'un plan de couverture nationale 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 nationale 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 nationale 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 nationale 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 nationale 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 nationale pour une spécialité.

Ces directives lient Santé Québec. ».

DISPOSITION TRANSITOIRE PARTICULIÈRE

49. Les premiers plans de couverture nationaux pour chacune des spécialités médicales prévus 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 48 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

50. 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 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). 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

51. 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^o 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

DISPOSITION FINALE

52. 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^o des dispositions du paragraphe 4^o de l'article 13, de l'article 16, en ce qu'il édicte les articles 38.0.4 à 38.0.10 et 38.0.12 à 38.0.14 dans la mesure où les articles 29.35 et 29.49 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2), édictés par l'article 26 de la présente loi, y renvoient, des articles 22 à 25, de l'article 26, sauf en ce qu'il édicte les articles 29.23 à 29.30, 29.40 en ce qui concerne la possibilité pour le gouvernement de prévoir, par règlement, les cas dans lesquels une collectivité médicale territoriale ou une collectivité médicale locale peut demander d'être exemptée de l'application d'un objectif ainsi que les conditions selon lesquelles elle peut l'être, 29.41 à 29.45 et le deuxième alinéa de l'article 29.46, du paragraphe 1^o de l'article 28, des articles 31 à 36 et du paragraphe 1^o de l'article 37, qui entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2025;

2^o des dispositions de l'article 9, à l'exception de celles du sous-paragraphe a du paragraphe 1^o, des articles 10 à 12, des paragraphes 3^o et 6^o de l'article 13, des articles 14 à 16, de l'article 17, sauf en ce qu'il édicte l'article 5 du Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de la présente loi ainsi que le numéro de l'article de cette loi qui édicte le Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens*), dans la mesure où 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 3 de la

présente loi, et l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5), tel qu'il doit se lire en vertu de l'article 6 de la présente loi, y renvoient, des articles 19 et 20, du paragraphe 2° de l'article 28 et du paragraphe 2° de l'article 37, qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2026;

3° 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;

4° des dispositions de l'article 51, 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;

5° des dispositions des articles 26, en ce qu'il édicte les articles 29.40, sauf en ce qui concerne la possibilité pour le gouvernement de prévoir, par règlement, les cas dans lesquels une collectivité médicale territoriale ou une collectivité médicale locale peut demander d'être exemptée de l'application d'un objectif ainsi que les conditions selon lesquelles elle peut l'être, et 29.41 à 29.45, et 30, en ce qui concerne le recours prévu à l'article 29.45 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, édicté par l'article 26 de la présente loi, qui entrent en vigueur à la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de l'article 29.23 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée;

6° des dispositions de l'article 29, qui entrent en vigueur à la première date entre celle de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de l'article 29.23 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, édicté par l'article 26 de la présente loi, et celle 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;

7° des dispositions de l'article 30, 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.

