|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRE** | **Le Groupe de médecine de famille (**Ci-après nommé « le GMF ») | |
|  | Nom : |  |
|  | Adresse : |  |
|  |  |  |
|  | Numéro du GMF : |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ET** | **Le pharmacien prestataire** (Ci-après nommé « le pharmacien ») | |
|  | Nom : |  |
|  | Adresse : |  |
|  |  |  |
|  | Adresse courriel professionnelle : |  |
|  | Numéro de pratique : |  |
|  |  |  |

ATTENDU qu’en vertu du Programme de financement et de soutien   
professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF), le GMF peut obtenir du financement pour couvrir les coûts liés à la conclusion d’une entente de services avec un pharmacien;

ATTENDU que ce financement est conditionnel à l’obtention et au maintien, à la suite de chaque révision annuelle, de la reconnaissance du GMF par le ministre;

ATTENDU que la hauteur de ce financement est déterminée en fonction du niveau que reconnaît le ministre au GMF;

ATTENDU que le financement pour les services d’un pharmacien est destiné à assurer, d’une part, des services de pharmacothérapie aux patients inscrits au GMF et, d’autre part, à soutenir l’équipe professionnelle du GMF dans le suivi de ces patients;

ATTENDU qu’en vertu du Programme GMF, le pharmacien ne peut d’aucune manière être considéré comme un salarié du GMF et que les services qu’il rend à ce dernier doivent être ceux, non exclusifs, d’un professionnel ayant un statut de travailleur autonome (ne s’applique que pour les pharmaciens communautaires);

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. **Objet du contrat**
   1. Le présent contrat a pour objectif d’établir les modalités de la relation contractuelle entre le GMF et le pharmacien dans le cadre du Programme GMF.
   2. Le présent contrat constitue un contrat de services professionnels.
2. **Durée et renouvellement**
   1. Le contrat prend effet le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Il se termine le jour de la révision annuelle du GMF par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit le 31 mars suivant.
   2. Le contrat peut être renouvelé par le GMF, à sa discrétion, pour des périodes consécutives de 12 mois, et ce, dans la mesure où le MSSS reconnaît le GMF à nouveau.
   3. Chaque renouvellement doit au préalable faire l’objet d’un écrit signé par les deux parties et être transmis à l’établissement par le GMF avant le 1er mars de chaque année. Les parties conviennent que si le GMF, à l’occasion de sa révision par le MSSS, subit une diminution ou une augmentation de son niveau de financement, le contrat peut être révisé selon les paramètres établis par le Programme.
3. **Détermination et dispensation des services**
   1. Les services que rend le pharmacien dans le cadre du présent contrat sont les suivants (à déterminer par les parties) :

Exemples :

* fournir les conseils appropriés en matière d’usage optimal des médicaments;
* collaborer à l’implantation et à l’exécution d’ordonnances collectives;
* étudier les dossiers spécifiques que peut lui remettre un médecin du GMF;
* réviser la médication des nouveaux patients inscrits au GMF, de même que celle de tout autre type de patients que lui indique le médecin responsable du GMF;
* participer à la demande d’un médecin à des rencontres interprofessionnelles;
* répondre aux demandes courantes des médecins et des membres de leur équipe;
* etc.
  1. Les services décrits précédemment sont conformes à la fiche d’intégration du pharmacien en GMF publié par le MSSS.
  2. Les services du pharmacien sont dispensés à partir du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date d’entrée en fonction à préciser), à raison de \_\_\_\_\_ heures hebdomadairement (nombre d’heures travaillées par semaine) et pendant \_\_\_\_\_\_ semaines (nombre de semaines travaillées pour la durée d’application du contrat).

3.4 Les services du pharmacien sont obligatoirement dispensés dans les sites du GMF suivants:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Obligations du pharmacien**
   1. Le pharmacien expédie périodiquement au GMF un rapport précisant les dates, le nombre d’heures et la nature des services qu’il a fournis dans le cadre du présent contrat, auprès de patients ou de l’équipe du GMF.
   2. Le pharmacien reconnaît que le médecin responsable du GMF, ou le médecin désigné qui le remplace à l’occasion est la personne responsable de voir au bon fonctionnement de la relation contractuelle. Il reconnaît en outre que toute question ou tout problème lié à l’exécution du présent contrat doit être adressé au médecin responsable.
   3. Le pharmacien s’engage à répondre avec diligence à toute demande particulière que pourrait lui formuler le médecin responsable au sujet de l’exécution du contrat.
   4. Le pharmacien s’engage à respecter la confidentialité des dossiers médicaux.

4.5 Le pharmacien déclare être détenteur d’une assurance responsabilité en vigueur qui couvre ses actes dans l’exercice de sa profession.

1. **Obligations du GMF**
   1. Le médecin responsable du GMF s’engage à discuter sans délai et de bonne foi de toute problématique que pourrait lui soulever le pharmacien dans le cadre de l’exécution du contrat.
   2. Le GMF s’engage à fournir au pharmacien un espace de travail adéquat dans ses locaux et l’accès aux fournitures, équipements et dossiers médicaux électroniques (DME) nécessaires à l’accomplissement de son travail (préciser les modalités d’accès au DME si nécessaire).
2. **Facturation et paiement des services** 
   1. Le GMF et le pharmacien conviennent que le coût des services est établi sur la base d’un forfait annuel de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ (subvention totale demandée incluant les frais mentionnés au point 6.3 du présent contrat), toutes taxes applicables incluses.
   2. Le GMF et le pharmacien conviennent que le taux horaire pour les honoraires du pharmacien dans le cadre des services conclus dans le présent contrat est de \_\_\_\_\_\_\_ $ de l’heure (taux horaire maximal, toutes taxes applicables incluses, selon la section 6.5.1 du Programme GMF et selon les montants en vigueur au 1er janvier de l’année en cours, disponibles sur le site Internet du MSSS).
   3. Le GMF conserve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ (montant maximum de 10 % du forfait annuel prévu au point 6.1 du présent contrat) pour l’entente avec un pharmacien pour couvrir les frais relatifs à l’implication du pharmacien au GMF. Aucuns frais supplémentaires ne peuvent être facturés au pharmacien dans le cadre de ces ententes pour de la location d’espace, du soutien administratif, des fournitures ou toute autre dépense relative à son travail en GMF. Le pharmacien reconnaît qu’il ne peut, quel que soit le volume des services qu’il a fournis, recevoir du GMF, sur une base annuelle, plus d’argent que ce qui est convenu dans le présent contrat.
   4. Le GMF et le pharmacien conviennent que le coût des services est payable en deux versements égaux, l’un le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date) et l’autre le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date). (*Différentes formules peuvent être retenues par le GMF et le pharmacien. Celle-ci n’est qu’une possibilité parmi d’autres*).
   5. Tableau récapitulatif

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’heures travaillées par semaine |  |
| Nombre de semaines pour la durée d’application du contrat | X |
| Nombre d’heures pour la durée d’application du contrat | = |
| Taux horaire des honoraires**\*** | X $ |
| Montant lié aux services du pharmacien | = $ |
| Frais retenus par le GMF (maximum 10% du forfait annuel prévu) | + $ |
| Forfait annuel total | = $ |

***\*****Voir section 6.5.1 du Programme GMF et montants en vigueur sur le site Internet du MSSS)*

1. **Entente de pratique avancée en partenariat (EPAP)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7.1 Le pharmacien et le GMF ont conclu une EPAP : | OUI | NON |

7.2 Si oui, date du début de l’entente : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Résiliation**
   1. Le GMF peut résilier sans cause le présent contrat suivant un préavis de 30 jours à cet effet. Le contrat peut cependant être résilié sur-le-champ si le pharmacien manque à l’une ou l’autre de ses obligations. Dans le cas où le contrat est résilié, le GMF s’engage à payer au pharmacien toute somme qui pourrait lui être due au jour de la résiliation.
2. **Communications**
   1. Les parties conviennent que leurs communications peuvent se faire électroniquement et que les personnes responsables de la bonne exécution du présent contrat sont :

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le GMF : |  |
|  | Nom du médecin responsable (lettres moulées) |
|  |  |
| Pour le pharmacien : |  |
|  | Nom du pharmacien prestataire (lettres moulées) |
|  |  |
| **Les parties ont signé à :** | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Signature du médecin responsable du GMF |  | Date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Signature du pharmacien prestataire |  | Date |