

DOCUMENT APPROUVÉ PAR LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE,
LE 10 SEPTEMBRE 2001

**PLAN RÉGIONAL D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN
SPÉCIALITÉS 2001-2003**

RÈGLES DE GESTION

Régie régionale de Montréal-Centre
Direction des affaires médicales

D^r Guy Legros
D^r Francis Méthot
D^r Jean Cloutier
D^r Louis-Georges Perreault
D^r Yann Cosma

Septembre 2001

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
1. Rappel du contexte légal.....	3
2. Données récentes : bilan au 31 décembre 2000 du plan régional d'effectifs médicaux 1997-2000	7
3. Objectifs de croissance et de décroissance 2001-2003.....	8
4. Les objectifs poursuivis dans le plan 2001-2003.....	8
5. Les règles de gestion du plan régional d'effectifs médicaux pour les médecins spécialistes pour le plan 2001-2003.....	10
POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS.....	10
▪ Pour les spécialités de base.....	10
▪ Pour les autres spécialités.....	10
▪ Remplacement des départs (jumelage)	10
▪ Recrutement des médecins diplômés hors Québec, via un permis régulier ou restrictif.....	11
6. Les règles administratives concernant les médecins ayant terminé leur programme régulier de formation et ayant reçu une formation complémentaire.....	11
7. Les règles administratives concernant la mobilité des médecins spécialistes exerçant en région éloignée	11
8. Procédures	12

ANNEXES

Annexe I	Bilan au 31/12/2000 du plan régional d'effectifs médicaux 1997-2000
Annexe II	Objectifs de croissance 2001-2003
Annexe III	Règles administratives concernant les médecins spécialistes ayant terminé leur programme régulier de formation et ayant reçu une formation complémentaire
Annexe IV	Règles administratives concernant la mobilité des médecins spécialistes exerçant en région éloignée

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par son plan d'effectifs médicaux 2001-2003 et par les modifications récentes apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, poursuit l'objectif du plan précédent d'une meilleure répartition des effectifs. Il impose dorénavant une gestion des effectifs par établissement pour les spécialités de base. Il reconfie à la Régie la responsabilité de s'assurer que chaque établissement respecte son plan d'effectifs, tel qu'accepté par la Régie et le Ministère. La Régie régionale doit également voir au respect du plan régional des effectifs médicaux dans sa globalité.

1. Rappel du contexte légal

Le 21 juin 2001, le gouvernement a adopté la loi n° 28, (Loi sur les services de santé et les services sociaux L.R.Q., c.S-4.2). Vous trouverez en caractères gras les articles de droit nouveau qui concernent la gestion des effectifs médicaux.

§ 11. Les médecins, dentistes et pharmaciens

237. Un médecin ou un dentiste qui désire exercer sa profession dans un centre exploité par un établissement doit adresser au directeur général une demande de nomination ou de renouvellement de nomination de la façon prévue au règlement pris en vertu du paragraphe 1° de l'article 506.

À moins d'avis contraire, un médecin ou un dentiste est réputé avoir fait une demande de renouvellement de nomination selon les termes de sa dernière demande.

Le directeur général informe par écrit le médecin ou le dentiste qui fait une demande de nomination de l'état du plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement approuvé par la régie régionale.

Lorsqu'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'établissement, le directeur général doit, avant de saisir le conseil d'administration de la demande, obtenir du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens une recommandation portant sur les qualifications et la compétence du médecin ou du dentiste, le statut et les privilèges qui devraient lui être octroyés en vertu de sa nomination et sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés par le conseil d'administration.

238. Le conseil d'administration accepte ou refuse la demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste en tenant compte du plan d'organisation de l'établissement, du nombre de médecins et de dentistes autorisé dans le plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement, des ressources disponibles, des exigences propres à l'établissement et, le cas échéant, de la vocation suprarégionale de l'établissement déterminée par le ministre en vertu de l'article 112.

Le conseil d'administration peut aussi refuser la demande de nomination en se fondant sur le fait que le médecin ou le dentiste a, au cours des trois années précédentes, omis de donner à ce conseil le préavis exigé en application de l'article 254.

Le conseil d'administration peut également refuser la demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

Une demande de renouvellement de nomination ne peut être refusée par le conseil d'administration qu'en fonction des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l'établissement, et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.

Si l'établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le conseil d'administration doit aussi consulter l'université à laquelle l'établissement est affilié.

239. Sous réserve des articles ~~240~~, 243.1 et 248, le conseil d'administration ne peut, sous peine de nullité absolue, accorder des privilèges à un médecin ou à un dentiste lorsque le nombre de médecins ou de dentistes autorisé au plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement est atteint.

~~240. Le conseil d'administration doit, avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, obtenir l'approbation de la régie régionale dans les cas suivants :~~

~~1° lorsque le nombre de médecins ou de dentistes autorisé au plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement est atteint;~~

~~2° lorsque le plan d'organisation de l'établissement n'a pas été approuvé par la régie régionale.~~

240. Sauf dans les cas prévus aux articles 243.1 et 248, le conseil d'administration doit, avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, obtenir l'approbation de la régie régionale ; la régie doit approuver la demande si celle-ci est conforme au plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement, approuvé conformément à l'article 378.

240.1. Lorsqu'elle a des raisons de croire que des privilèges ont été accordés à un médecin par un établissement en contravention de l'article 240, la régie régionale doit faire enquête conformément à l'article 414 ; elle communique le résultat de son enquête au ministre, à l'établissement et au médecin concerné.

240.2. Lorsque le résultat de l'enquête révèle que l'établissement a contrevenu à l'article 240, la régie régionale peut, pour chacun des mois pendant lesquels le médecin a bénéficié de privilèges accordés en contravention à cet article, réduire le budget de fonctionnement de cet établissement d'un montant équivalent à 1/12 de la rémunération moyenne annuelle, versée à un médecin omnipraticien ou à un médecin spécialiste, selon le cas, par la Régie de l'assurance-maladie du Québec au cours de l'année précédente.

De plus, si le résultat de l'enquête révèle que ce médecin est partie à la contravention visée à l'article 240, la régie régionale peut exercer un recours en nullité en application de l'article 239.

241. Le conseil d'administration doit, dans les 90 jours de la réception de la demande de nomination ou de renouvellement de nomination, transmettre au médecin ou au dentiste une décision écrite. De plus, tout refus doit être motivé par écrit.

242. La résolution par laquelle le conseil d'administration accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin ou d'un dentiste doit prévoir, outre le statut attribué conformément au règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 506, les privilèges et la durée pour laquelle ils sont accordés, la nature et le champ des activités médicales et dentaires que le médecin ou le dentiste pourra exercer dans le centre et l'engagement du médecin ou du dentiste à respecter les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et déterminées sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Dans le cas où l'établissement exploite un centre hospitalier, la résolution du conseil d'administration doit de plus indiquer dans quel département clinique ou service clinique les privilèges accordés peuvent être exercés.

Les privilèges sont octroyés pour une durée maximale de trois ans. Ils sont renouvelés pour une durée minimale de deux ans, à moins que la demande de renouvellement vise une durée inférieure à deux ans.

242.1. La résolution par laquelle le conseil d'administration accepte une demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste doit également indiquer que la nomination du médecin ou du dentiste est conforme au plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement approuvé par la régie régionale, que cette dernière a approuvé la demande du médecin ou du dentiste conformément à l'article 240 et que le médecin ou le dentiste en a été informé.

243. Le médecin ou le dentiste peut exercer sa profession dans le centre exploité par l'établissement et jouir des privilèges que le conseil d'administration lui accorde suivant les termes apparaissant à la résolution adoptée par le conseil d'administration.

243.1. Lorsqu'une nomination d'un médecin ou d'un dentiste ne vise qu'à remplacer un médecin ou un dentiste déjà titulaire d'une nomination régulièrement acceptée par le conseil d'administration mais qui doit s'absenter ou est empêché temporairement, la demande de nomination présentée à cette fin n'est pas assujettie aux dispositions relatives à l'état du plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement.

La nomination qui résulte d'une telle demande ne peut valoir que pour la durée de l'absence ou de l'empêchement du médecin ou du dentiste concerné et, malgré toute disposition inconciliable de la présente sous-section, ne peut faire l'objet d'aucune demande de renouvellement.

244. Le conseil d'administration d'un établissement, relié par contrat d'affiliation à une université conformément à l'article 110, attribue le statut de résident en médecine à une personne, titulaire d'un doctorat en médecine, qui effectue un stage de formation post-doctorale dans un centre exploité par l'établissement.

245. Le conseil d'administration doit, tous les trois mois, informer la régie régionale de toutes les demandes de nomination ou de renouvellement de nomination qu'il a acceptées.

246. Un pharmacien qui désire exercer sa profession dans un centre exploité par un établissement doit adresser au directeur général une demande de nomination de la façon prévue au règlement pris en vertu du paragraphe 1° de l'article 506.

Lorsqu'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'établissement, le directeur général doit, avant de saisir le conseil d'administration de la demande, obtenir du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens une recommandation portant sur les qualifications et la compétence du pharmacien qui adresse la demande.

247. Le pharmacien peut exercer sa profession dans le centre exploité par l'établissement dès sa nomination par le conseil d'administration. Lorsque le pharmacien exerce dans un centre où est institué un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil d'administration lui attribue un statut conformément au règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 506.

248. Le directeur des services professionnels, le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou un chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin, un dentiste ou un pharmacien l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par un établissement. Dans ce cas, la personne qui a accordé l'autorisation doit en aviser immédiatement le directeur général. Cette autorisation est d'une durée maximale de trois mois et ne peut être renouvelée.

Lorsque le délai pour l'obtention de cette autorisation risque d'être préjudiciable à un usager, tout médecin, dentiste ou pharmacien peut, sans cette autorisation, donner les soins ou les services requis par l'état de l'usager.

(...)

254. Le médecin ou le dentiste qui décide de cesser d'exercer sa profession dans un centre doit donner au conseil d'administration un préavis d'au moins 60 jours.

Dès que le conseil d'administration a reçu le préavis, la décision du médecin ou du dentiste devient irrévocable et prend effet à l'expiration du délai mentionné dans le préavis.

255. Malgré l'article 254, le conseil d'administration peut autoriser un médecin ou un dentiste à cesser d'exercer sa profession dans le centre sans préavis ou à la suite d'un préavis de moins de 60 jours s'il juge que son départ n'a pas pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux ou dentaires offerts à la population desservie par ce centre.

256. Le conseil d'administration doit, tous les trois mois, aviser la régie régionale de toute décision d'un médecin ou d'un dentiste de cesser d'exercer sa profession suivant les articles 254 et 255.

257. Un médecin ou un dentiste qui cesse, sans l'autorisation du conseil d'administration, d'exercer sa profession dans un centre sans avoir donné un préavis d'au moins 60 jours ou avant l'expiration du délai mentionné au préavis

devient, à compter de la date fixée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un professionnel non participant aux fins de la Loi sur l'assurance-maladie, pour une période égale à deux fois le nombre de jours qu'il restait à écouler avant l'expiration du délai de préavis applicable.

Le conseil d'administration avise sans retard la Régie de ce départ et lui indique la période pour laquelle ce professionnel devient non participant.

Lorsque le conseil d'administration, sur avis du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le cas échéant, juge que ce départ a pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux ou dentaires offerts à la population desservie par un centre, il en avise par écrit la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou la Corporation professionnelle des dentistes du Québec, selon le cas.

(...)

§ 7. Fonctions reliées à la gestion des ressources humaines,
matérielles et financières

377. La régie régionale doit élaborer un plan des effectifs médicaux de la région à partir des parties des plans d'organisation des établissements qui lui ont été transmises conformément aux articles 184 et 186, du nombre de médecins requis pour accomplir les activités particulières prévues à l'article 361 et du nombre de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes, par spécialité, qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnel.

Dans l'élaboration de son plan régional, la régie régionale doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance que lui signifie le ministre, des activités médicales des médecins qui pratiquent dans la région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et du nombre de postes fixé par le ministre qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions.

Dans l'élaboration de son plan régional, la régie régionale doit également considérer l'avis de la commission médicale régionale, obtenu de la manière prévue au paragraphe 1^o du premier alinéa de l'article 369, et les recommandations du département régional de médecine générale, obtenues de la manière prévue au paragraphe 1^o du premier alinéa de l'article 417.2.

Ce plan régional, accompagné des parties des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration, doit être soumis au ministre qui l'approuve avec ou sans modification.

Le plan régional doit être révisé au moins tous les trois ans et continue d'avoir effet tant que le ministre ne s'est pas prononcé sur sa révision.

377.1. Afin d'assurer le respect du plan régional des effectifs médicaux, tout médecin de la région qui reçoit une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et qui exerce en cabinet privé est lié par une entente conclue en application du septième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie.

378. La régie régionale approuve les parties des plans d'organisation qui lui ont été transmises par les établissements conformément aux articles 184 et 186 une fois que son plan régional des effectifs médicaux est approuvé.

Elle doit cependant, avant d'approuver la partie du plan d'organisation visée au premier alinéa et que lui ont transmise les établissements qui exploitent un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, consulter l'université à laquelle est affilié chacun de ces établissements. La consultation porte sur l'ensemble des parties des plans d'organisation de ces établissements.

La régie régionale transmet au ministre sur demande chaque partie de plan d'organisation qu'elle a approuvé.

379. Une régie régionale peut, avec l'autorisation du ministre, déroger à son plan régional des effectifs médicaux pour permettre exceptionnellement à un médecin, dès l'obtention de son permis de pratique, d'obtenir une

nomination dans un établissement, selon les termes qu'elle détermine, si ce médecin était le (inscrire ici la date de l'entrée en vigueur du présent article) un étudiant inscrit dans un programme de formation en médecine.

Les articles 237 à 252 s'appliquent, en les adaptant, à cet étudiant.

(...)

SECTION V « ENQUÊTE ET SURVEILLANCE »

414. La régie régionale peut exercer un pouvoir de surveillance de la façon prévue à l'article 489, faire enquête ou charger une personne qu'elle désigne pour faire enquête dans les cas suivants :

1° lorsqu'un établissement ne respecte pas la loi ;

2° lorsqu'un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qu'il dessert ;

3° lorsque la régie régionale constate, en tout temps au cours d'une année financière, que les dépenses d'un établissement public excèdent ses revenus et que le maintien de l'équilibre budgétaire de cet établissement est menacé ;

4° lorsque la régie régionale estime qu'il y a eu faute grave, notamment malversation, dans la gestion de cet établissement.

La régie régionale ou la personne qu'elle désigne pour faire enquête sont, pour la conduite de cette enquête, investies des pouvoirs et de l'immunité des commissaires nommés en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (chapitre C-37), sauf le pouvoir d'emprisonnement.

415. La régie régionale peut, une fois l'enquête complétée, exiger de l'établissement concerné qu'il lui soumette un plan d'action pour donner suite aux recommandations qu'elle a formulées.

Chaque établissement doit avoir un plan d'effectifs médicaux approuvé par la Régie régionale. Ce plan d'effectifs doit respecter les objectifs de croissance et de décroissance déterminés par le Ministère pour chacun des établissements, à moins que certaines dispositions contenues au plan ministériel d'effectifs ou le Ministre lui-même n'autorisent un dépassement du plan.

Selon les nouvelles dispositions de la Loi, un établissement doit obtenir au préalable l'autorisation de la Régie avant qu'un médecin n'obtienne les privilèges d'y exercer.

Le Ministère s'assure que la Régie respecte le plan d'effectifs qui lui est assigné.

2. Données récentes : bilan au 31 décembre 2000 du plan régional d'effectifs médicaux 1997-2000

Selon les données trimestrielles disponibles, les plus récentes basées sur la rémunération des médecins, on retrouve à l'annexe I un tableau représentant l'ensemble des effectifs et leur évolution du 1^{er} avril 1997 au 30 décembre 2000. Le bilan du plan des effectifs 1997-2000 est basé sur le nombre de médecins ayant facturé un minimum trimestriel de 5.500,00 \$.

En résumé, le plan 1997-2000 des effectifs médicaux accepté par le Ministère fixait à la région de Montréal-Centre un objectif de décroissance de -33 en spécialités. L'objectif de décroissance n'a pas été atteint et s'est soldé à -18, notamment en raison de deux établissements qui ont recruté sans suivre les règles de gestion du plan précédent.

Il faut préciser enfin que le plan 1997-2000 s'est poursuivi jusqu'au 1^{er} février 2001. Globalement, nous considérerons que les effectifs médicaux du 31 décembre 2000 sont identiques aux effectifs du 31 janvier 2001.

3. Objectifs de croissance et de décroissance 2001-2003

Les documents à l'annexe II comportent une description des effectifs en place, des opportunités de recrutement et des effectifs signifiés pour notre région ainsi que des propositions de plans par établissement pour les spécialités de base suivantes : anesthésie-réanimation, chirurgie générale, psychiatrie, médecine interne, radiologie-diagnostique, obstétrique-gynécologie, anatomopathologie.

Le Ministère permet un ajout net d'effectifs de 67 médecins spécialistes et des opportunités de remplacement par attrition estimées selon lui à 121, ce qui constitue une opportunité de recrutement de 188 médecins.

Les spécialités de base, sauf la psychiatrie qui a un objectif de décroissance, seront considérées dans des plans par établissement et auront accès à 22 des nouveaux médecins spécialistes. En pédiatrie, les objectifs de croissance pourront être comblés par des pédiatres généralistes ou par des pédiatres possédant une deuxième spécialité ou d'autres spécialités, si ces derniers consacrent l'ensemble de leurs activités cliniques au traitement des enfants.

Les 45 autres nouveaux médecins spécialistes seront distribués entre toutes ces autres spécialités : allergie-immunologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, génétique médicale, gériatrie, hématologie, néphrologie, neurologie, pneumologie, physiothérapie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, oto-rhino-laryngologie, urologie, biochimie médicale, médecine nucléaire, microbiologie, pédiatrie.

Il faut noter que la politique ministérielle permet de remplacer intégralement tous les départs, dans toutes les spécialités, sauf la psychiatrie. En effet, la psychiatrie constitue la seule spécialité pour laquelle le plan impose un objectif de décroissance de -8.

D'autres spécialités n'ont aucune croissance possible et ne peuvent que remplacer les départs, selon la méthode du jumelage : rhumatologie, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, santé communautaire.

Enfin, le plan ne comporte pas d'objectifs pour les spécialités suivantes : médecine d'urgence, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, radio-oncologie et oncologie médicale. Le Ministère se propose de les déterminer avec des comités d'experts.

4. Les objectifs poursuivis dans le plan 2001-2003

Compte tenu des défis et des enjeux pour la Régie de Montréal-Centre pour les années 2001-2003, on peut résumer ainsi les objectifs des présentes règles de gestion :

⇒ Maximiser l'accessibilité à des services médicaux de qualité en tout temps pour la population desservie par la région de Montréal-Centre.

⇒ Assurer des effectifs médicaux aux établissements en pénurie, soit par le recrutement d'effectifs, soit par l'apport d'effectifs fournis par des établissements mieux nantis.

⇒ Assurer un meilleur équilibre et une meilleure équité en effectifs médicaux entre les hôpitaux universitaires et non universitaires.

5. Les règles de gestion du plan régional d'effectifs médicaux pour les médecins spécialistes pour le plan 2001-2003

POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS

**** Ces règles concernent tous les médecins ayant un statut de membre actif. Par ailleurs, les médecins ayant un statut de membre associé et n'ayant aucun statut de membre actif dans une autre région seront considérés, au même titre que les membres actifs, pour fin de gestion des effectifs médicaux. Par conséquent, ils seront comptabilisés dans l'établissement où a lieu la majorité de leurs activités de membres associés.**

▪ Pour les spécialités de base

En 2001-2003, il y aura un plan par établissement pour les spécialités de base. Les 22 ajouts nets disponibles seront attribués aux établissements désignés à l'annexe 2A.

Cependant, dans le cadre d'un contrat de services entre établissements (dans le contexte des articles 108 et 109 de la Loi), d'une durée minimale de 5 ans, un établissement désigné par le Ministère pourrait céder son recrutement d'effectifs dans une discipline de base à un autre établissement dont le plan d'effectifs l'y autorise ou si la Régie et le Ministère le permettent dans le cas d'un dépassement d'effectifs. De cette façon, le 2^e établissement s'engage à couvrir les services médicaux de la discipline dans les 2 établissements, pour la durée du contrat.

▪ Pour les autres spécialités

En 2001-2003, il n'y aura pas de plan par établissement. Les 45 ajouts nets dans les diverses spécialités seront octroyés aux établissements, dans le respect du plan régional des effectifs. Ainsi, les établissements ciblés comme ayant un manque d'effectifs dans les spécialités pourront bénéficier de ces ajouts nets. Ils seront distribués équitablement entre les établissements non universitaires et universitaires. Tout comme pour les spécialités de base, ils pourront faire l'objet d'ententes de services entre établissements.

▪ Remplacement des départs (jumelage)

Par ailleurs, tous les établissements pourront remplacer les départs, à moins que la discipline visée ne soit l'objet d'un objectif de décroissance ou d'un dépassement temporaire.

Un départ est défini comme un médecin considéré non installé sur le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre, selon la facturation à la RAMQ.

De plus, le départ doit avoir lieu à l'intérieur du plan 2001-2003 (entre le 1^{er} février 2001 et le 31 mars 2003).

- **Recrutement des médecins diplômés hors Québec, via un permis régulier ou restrictif**

Tout recrutement de médecins diplômés hors du Québec, à titre de professeur ou non, via un permis régulier ou restrictif, doit être comptabilisé dans le plan des effectifs de l'établissement.

6. Les règles administratives concernant les médecins ayant terminé leur programme régulier de formation et ayant reçu une formation complémentaire

Ces règles sont décrites à l'annexe III.

En vertu de ces règles administratives, tous les résidents ayant débuté leur formation complémentaire au 1^{er} juillet 2001 ou les résidents qui, au 1^{er} juillet 2001, sont dans leur dernière ou avant-dernière année du programme régulier de formation, avant d'entreprendre leur formation complémentaire, se voient garantir un poste dans un centre universitaire aux conditions suivantes :

- Toute la formation postdoctorale du programme régulier doit avoir été faite au Québec ;
- Ils doivent obtenir une nomination du conseil d'administration de l'établissement où ils veulent exercer, lequel, au préalable, doit obtenir l'avis de l'Université à laquelle le centre est affilié et l'autorisation de la Régie ;
- Pour chacune des deux cohortes de résidents, ceux déjà en formation complémentaire et l'autre cohorte de ceux n'ayant pas débuté leur formation complémentaire, le nombre total de nominations ne peut excéder 50 médecins/an. Les postes sont partagés entre les Universités de Montréal et McGill (27 Montréal – 23 McGill) ;
- Ces nominations sont comptabilisées dans le plan d'effectifs de l'établissement concerné ;
- Si le plan d'effectifs de l'établissement est complet, la Régie peut accorder une autorisation provisoire de dépassement. Cette dérogation n'a pas pour effet de modifier le plan d'effectifs de l'établissement qui en bénéficie.

7. Les règles administratives concernant la mobilité des médecins spécialistes exerçant en région éloignée

Ces règles sont décrites à l'annexe IV. Ce sont les mêmes règles qui s'appliquaient dans le plan des effectifs médicaux 1997-2000.

8. Procédures

- 1) L'établissement (C.A.) procède à la nomination conditionnelle à l'approbation de la Régie régionale. La décision de la Régie sera d'approuver ou de ne pas approuver.
- 2) Si l'établissement est affilié à un milieu universitaire, il doit obtenir l'avis de l'Université avant que son dossier ne soit étudié par la Régie.
- 3) Un comité de la Commission médicale régionale étudie la demande au nom de la Régie, selon les règles de gestion entérinées par la C.M.R.

ANNEXE 1

**RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE
 BILAN DU PLAN RÉGIONAL D'EFFECTIFS MÉDICAUX 1997-2000**

**NOMBRE DE PROFESSIONNELS AYANT FACTURÉ
 UN MINIMUM TRIMESTRIEL DE 5,500 \$
 ÉVOLUTION EN FONCTION DES OBJECTIFS MINISTÉRIELS**

	(A) OBJECTIF MINISTÉRIEL 1997-2000	RÉSULTATS TRIMESTRIELS			ATTEINTE DE L'OBJECTIF (D)-(A) au 31 déc. 2000
		(B) 1er avril 1997	(C) 31 déc. 2000	(D) VARIATION (C)-(B)	
Allergie et immunologie clin.	-1	19	23	4	5
Anatomo-Pathologie	-1	76	72	-4	-3
Anesthésie-Réanimation	-3	187	185	-2	1
Biochimie médicale	-1	17	18	1	2
Cardiologie	0	174	180	6	6
C.C.V.T.	1	41	41	0	-1
Chirurgie générale	0	174	149	-25	-25
Chirurgie orthopédique	0	98	92	-6	-6
Chirurgie plastique	0	54	49	-5	-5
Dermatologie	0	76	78	2	2
Endocrinologie	0	75	72	-3	-3
Gastro-Entérologie	-2	73	79	6	8
Génétique médicale	0	0	13		
Gériatrie	2	19	23	4	2
Hématologie	-4	84	78	-6	-2
Médecine interne	0	145	167	22	22
Médecine nucléaire	0	31	28	-3	-3
Microbiologie médicale	3	62	70	8	5
Néphrologie	-4	64	65	1	5
Neurochirurgie	0	29	30	1	1
Neurologie	-3	106	106	0	3
Obstétrique-Gynécologie	-4	159	146	-13	-9
Ophtalmologie	-2	120	117	-3	-1
Oto-Rhino-Laryngologie	0	59	54	-5	-5
Pédiatrie	20	245	237	-8	-28
Physiatrie	-2	39	38	-1	1
Pneumologie	-2	93	91	-2	0
Psychiatrie	-26	486	489	3	29
Radio-Oncologie	0	27	27	0	0
Radiologie diagnostique	-1	198	192	-6	-5
Rhumatologie	-2	39	44	5	7
Santé Communautaire	-1	40	40	0	1
Urologie	0	54	55	1	1
TOTAL DES SPÉCIALITÉS	-33	3 163	3 148	-15	18
OMNIPRATIQUE	20	1 780	1 797	17	-3
TOTAL GÉNÉRAL	-13	4 943	4 945	2	15

