



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Gestion des effectifs médicaux spécialisés

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-78549-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

Table des matières

Section 1 Orientations générales et définitions	1
Mise en contexte	2
Besoins de la population	2
Définitions	3
Rôles et responsabilités	4
Travaux à venir	5
Section 2 Règles de gestion	6
1. Planification quinquennale et calendrier annuel	7
2. Nomination d'un médecin et conformité au PEM.....	7
3. Démission et changement de statut	9
4. Nomination temporaire (art. 243.1 LSSSS)	9
5. Autorisation temporaire d'exercice en cas d'urgence (art. 248 LSSSS)	10
6. Absence long terme.....	10
7. Postes en réseau.....	10
8. Formation complémentaire	12
9. Chercheurs boursiers	12
10. Fonction administrative à vocation nationale	13
11. Pratique exclusive en soins palliatifs, Assistance à la mort médicalement assistée, assistance opératoire..	13
12. Omnipraticiens ayant une pratique exclusive en anesthésiologie ou en chirurgie générale	13
13. Retour de région.....	13
14. Exercice de la médecine durant la résidence (moonlighting)	14
15. Permis restrictifs	14
16. Demande de dérogation (autorisation exceptionnelle du sous-ministre associé)	15
17. Disponibilité des règles de gestion	15
Annexe A	16
Annexe B	20

Section 1

Orientations générales et définitions

MISE EN CONTEXTE

La loi 1 a modifié l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. La loi désigne maintenant des établissements non fusionnés, elle fusionne certains établissements en centre intégré de santé et services sociaux ou en centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CI(U)SSS), elle donne à l'établissement une responsabilité propre et elle abolit les Agences de santé et de services sociaux (Agences) qui coordonnaient aussi les effectifs médicaux. En conséquence émergent de nouveaux grands établissements regroupant des installations comptant des centaines et parfois près d'un millier de médecins réunis dans un conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) unique. La structure historique des plans d'effectifs médicaux (PEM) de chaque installation devra être transformée dans cet ensemble de CI(U)SSS. Par ailleurs, la gestion et la planification des effectifs médicaux passent entièrement des Agences au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Pour les CI(U)SSS, incluant les établissements regroupés, les PEM des anciens établissements ont été maintenus par installations de façon transitoire et ceci constitue le PEM initial autorisé par installation. Les établissements non fusionnés conservent quant à eux des PEM autorisés par établissement.

Les CI(U)SSS se concentrent sur leur nouvelle mission et ils réorganisent les services dans l'ensemble de leurs installations. L'établissement nouvellement créé peut compter sur l'ensemble de ses membres des installations regroupées et sur nombre de médecins membres associés qui proviennent des autres établissements. Dans le nouvel établissement, chaque médecin d'un CI(U)SSS a des responsabilités principales dans une installation, mais chacun a des responsabilités secondaires dans les autres installations de l'établissement. Les membres associés furent recrutés pour un besoin antérieur à la fusion, mais l'établissement doit se questionner sur la pertinence de maintenir ces postes de membres associés des diverses installations.

Quant aux établissements non fusionnés, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU), ceux-ci ont des missions suprarégionales et devront s'assurer de s'acquitter de celles-ci principalement dans leur territoire de RUIS.

Ainsi, le contexte global de la loi 1 exige en soi une révision des effectifs médicaux et des règles de gestion. S'ajoute le changement de la démographie médicale et son impact sur les pratiques médicales. En outre, les règles de gestion des effectifs ont été écrites dans les années de pénurie de médecins et elles ne sont plus adaptées à la situation où le Québec atteint la suffisance des effectifs médicaux voire un surplus dans plusieurs secteurs ou spécialités.

BESOINS DE LA POPULATION

L'offre de services médicaux du réseau public des services de santé et de services sociaux doit répondre aux besoins de la population. Cette offre se matérialise dans les plans d'effectifs médicaux (PEM) des établissements du Québec et dans le plan régional des effectifs médicaux (PREM).

- Le **PEM** vient donner à l'établissement l'ensemble des médecins pour accomplir la mission que le MSSS lui confie. Cette mission est définie par le MSSS et elle diffère d'un établissement à l'autre.
- Le **PREM** vient donner à une région sociosanitaire l'ensemble des médecins des établissements et de la communauté pour répondre aux besoins de la population régionale.
- L'ensemble des PREM du Québec doit servir les besoins de toute la population du Québec.

Les PEM /PREM sont répartis entre les établissements selon leurs différentes missions. Le PEM donne à chaque établissement un ensemble de médecins pour accomplir sa mission de soins et services. Pour les régions universitaires et établissements universitaires avec mission de médecine de pointe, cette activité est prise en compte, tout comme l'enseignement et la recherche. Preuve est que ces établissements comptent plus d'effectifs que les autres sur la base de lit, ou de tout autres dénominateurs d'activités de l'établissement.

DÉFINITIONS

Plans d'effectifs médicaux (PEM)

Le PEM d'un établissement non fusionné ou d'une installation d'un CI(U)SSS correspond au nombre de postes par spécialité autorisés par le ministre.

Plans d'effectifs médicaux (PEM) du CI(U)SSS

Le PEM du CI(U)SSS correspond à la somme des PEM autorisés dans chacune des installations du CI(U)SSS.

Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

Les PREM sont constitués de tous les PEM des établissements non fusionnés et des installations d'un centre intégré situés dans une région sociosanitaire donnée et aussi du nombre des médecins installés dans la communauté. La notion de PREM est utilisée en médecine de famille pour gérer la répartition des médecins dans la communauté. C'est un outil très efficace pour assurer à la population les services de proximité. Les médecins spécialistes s'installent de plus en plus dans la communauté; ceci commande maintenant un processus de coordination des spécialistes hors établissement si nous voulons assurer les services de proximité et éviter la concentration non justifiée des spécialistes de la communauté. Un système de PREM pour spécialistes doit être mis en place dans les mois à venir.

Notion d'un effectif médical temps complet

L'activité des médecins varie de l'un à l'autre. Certains travaillent comme médecin clinicien à temps complet d'autres à temps partiel.

Définir « un médecin à temps complet » n'est pas facile compte tenu de leur statut historique. Ce qui complexifie encore plus la définition du médecin à temps complet, c'est le partage du temps et du lieu de travail entre; 1) Le travail clinique entre l'établissement et la communauté et 2) le partage entre l'activité clinique dans l'établissement et l'activité académique d'enseignement et de recherche.

Nous convenons généralement qu'un équivalent temps complet clinique est fait de 210 jours de travail et de 42 quarts de garde dans une année (42 semaines à 5 jours et un quart de garde/semaine)

Statuts des médecins selon leur activité dans l'établissement

Un statut est accordé à un médecin en fonction de l'importance de ses activités hospitalières. L'importance des activités hospitalières est évaluée en tenant compte du degré d'activité et d'implication du médecin, ainsi que des besoins particuliers du centre hospitalier. Le conseil d'administration (CA) d'un établissement peut accorder, sur recommandation du CMDP, les statuts suivants :

- 1- Membre actif; niveau d'activités professionnelles important dans l'établissement
- 2- Membre associé; niveau d'activités professionnelles d'une importance moindre dans l'établissement
- 3- Membre conseil; pratique ponctuelle exceptionnelle, non régulière
- 4- Membre honoraire, aucune pratique clinique dans l'établissement

En général, un membre actif consacre la majeure partie de sa pratique professionnelle dans l'établissement et le membre associé une proportion minoritaire de sa pratique. À titre indicatif, cela serait respectivement 75 % et moins de 25 % de la pratique professionnelle. Les pratiques des médecins dans les établissements devraient respecter ces définitions générales, mais la réalité des pratiques médicales que les établissements ont tolérées témoigne d'un grand désordre à rectifier. Certains membres actifs consacrent moins d'un jour par semaine à l'établissement et des membres associés font parfois du temps plein à l'établissement.

Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)

Institués en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), les quatre RUIS doivent favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé situés sur leur territoire de desserte respectif. Ainsi, bien que les PEM soient autorisés par établissements, les établissements d'un même RUIS doivent établir des corridors de services préférentiels entre eux. Chaque RUIS a la responsabilité d'un territoire et il doit en assurer la continuité de services. Un bris de services anticipé doit enclencher la contribution du CHU attiré et des autres partenaires du RUIS pour prêter main-forte.

Établissement avec désignation universitaire

Certains établissements sont désignés en tant que centres hospitaliers universitaires, centre hospitalier affilié universitaire ou institut universitaire. En matière de recrutement d'effectifs médicaux, les candidats choisis et les formations complémentaires demandées, lorsque nécessaire, doivent être en considération de la mission de l'établissement. Par ailleurs, rappelons qu'en vertu de l'article 238 de la LSSSS, le CA d'un établissement avec désignation universitaire doit consulter l'université d'affiliation avant de statuer sur la recevabilité d'une demande de nomination. Pour leur part, les CI(U)SSS, regroupent des installations qui n'ont pas cette mission universitaire ou qui l'ont de façon marginale, et par conséquent, ces installations ne sont pas visées par l'article 238 de la LSSSS, ni par l'exigence de la formation complémentaire.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Le MSSS

Le MSSS confie à chaque établissement un PEM conforme à sa mission. L'établissement propose au MSSS les ajustements requis à son PEM et après analyse, le MSSS le sanctionne avec ou sans modification. Le ministre a l'autorité finale sur la détermination des PEM et sur les dérogations aux PEM. Le sous-ministre associé (SMA) de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) agit en son nom.

L'établissement

L'établissement est responsable de gérer ses PEM en conformité avec les lois et règlements applicables. Le CA de l'établissement attribue les privilèges de pratique à chaque médecin et convient des obligations liées aux privilèges. Le cas échéant, il définit avec ce dernier de ses droits ou obligations de pratique dans les diverses installations dudit établissement. Il appartient également à l'établissement de proposer au MSSS les ajustements aux PEM qu'il juge nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Les partenaires :

- **Présidents-directeurs généraux (PDG)**

Les orientations en matière de gestion des effectifs médicaux sont soumises pour avis aux présidents-directeurs généraux des établissements avant leur adoption finale.

- **Directeurs de services professionnels (DSP)/Départements régionaux de médecine générale (DRMG)**

Depuis octobre 2016, les directeurs de services professionnels, notamment par la table des DSP, sont devenus les principaux partenaires de la gestion des PEM en établissement. En médecine de famille, les DRMG assistent aussi le MSSS dans l'attribution des PREM.

- **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)/Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)**

La FMSQ et la FMOQ sont consultées sur les PEM /PREM annuels. Les dérogations leur sont également soumises pour avis via les Comités de gestion des effectifs médicaux (COGEM) respectifs.

- **RUIS**

Les RUIS sont consultés pour avis via les vice-doyens des affaires professionnelles.

TRAVAUX À VENIR

Fusion des PEM des installations d'un CI(U)SSS en PEM par établissement

Comme décrit dans la mise en contexte et dans l'esprit de la loi 1, le réseau procède à l'intégration de l'ensemble des PEM des installations d'un CI(U)SSS. Ces derniers deviendront un PEM autorisé par établissement. Ainsi, un CI(U)SSS détiendra un seul PEM par spécialité qui deviendra la base des effectifs dont l'établissement a besoin pour accomplir sa mission. Ces travaux seront réalisés pour l'annonce des PEM 2018.

Médecins en fin de carrière

Un groupe de travail sera mis sur pied afin de fournir au MSSS un plan réaliste de gestion de fin de carrière.

Section 2

Règles de gestion

Plan d'effectifs médicaux en spécialité

1. PLANIFICATION QUINQUENNALE ET CALENDRIER ANNUEL

En spécialité, la planification des effectifs médicaux est établie pour une durée de cinq ans. Le plan quinquennal en cours couvre les années 2016 à 2020. Bien qu'il s'agisse d'objectifs annoncés sur cinq ans, les PEM s'appliquent annuellement selon le calendrier suivant :

PEM 2016	1 ^{er} décembre 2015 au 30 novembre 2016
PEM 2017	1 ^{er} décembre 2016 au 30 novembre 2017
PEM 2018	1 ^{er} décembre 2017 au 30 novembre 2018
PEM 2019	1 ^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019
PEM 2020	1 ^{er} décembre 2019 au 30 novembre 2020

À la suite de la réforme du réseau et de façon exceptionnelle, les PEM des années 2018 à 2020 n'ont pas été annoncés. Les demandes seront analysées à la lumière des portfolios transmis par les établissements et les PEM des trois dernières années du plan quinquennal seront annoncés d'ici le 1^{er} décembre 2017.

2. NOMINATION D'UN MÉDECIN ET CONFORMITÉ AU PEM

Rappelons qu'il est de la responsabilité d'un établissement de choisir ses effectifs médicaux et de préciser leurs obligations.

Avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin et de procéder à sa nomination, le CA d'un établissement hospitalier doit obtenir du MSSS la confirmation écrite que cette nomination est conforme au PEM applicable. Cette règle s'applique peu importe quel sera le niveau d'activités et le statut du médecin dans l'établissement ou l'installation.

Notez qu'outre la vérification de la conformité au PEM autorisé, le MSSS se réserve le droit de prendre en compte différents facteurs afin de statuer sur les demandes d'avis de conformité.

2.1. COMPTABILISATION D'UN MÉDECIN AU PEM

Tout médecin spécialiste ayant une pratique en établissement doit figurer à un PEM, sauf si la nomination est temporaire (voir règles 4 et 5).

Un médecin spécialiste qui détient des privilèges dans plus d'un établissement doit détenir un poste au PEM de l'établissement, ou de l'installation dans le cas d'un centre intégré, qui constitue son lieu d'exercice principal en centre hospitalier.

2.2. AVIS DE CONFORMITÉ POUR PRATIQUE PRINCIPALE (MEMBRE ACTIF)

Une demande d'avis de conformité pour le recrutement d'un candidat qui effectuera sa pratique principale dans l'établissement visé pourra être considérée conforme si un poste est vacant au PEM autorisé.

2.3. AVIS DE CONFORMITÉ POUR PRATIQUE MINORITAIRE (MEMBRE ASSOCIÉ ET CONSEIL)

Le recrutement d'un membre à pratique minoritaire doit être décidé sur la base d'un besoin réel que ce soit une assistance clinique d'appoint ou un apport d'expertise. La demande d'avis de conformité pour le recrutement d'un candidat devra être justifiée, le domaine de service spécifié et la durée anticipée devront être précisés.

Ce type de demande fait dorénavant l'objet d'une analyse serrée du réel besoin et doit être accompagné des renseignements suivants :

- Justification explicite du besoin.
- Précision sur la durée du besoin (en attendant les recrutements requis pour être autosuffisant).
- Fonctions et privilèges qui seront octroyés au candidat, de même que le pourcentage du temps que le candidat consacrera dans l'établissement par rapport à sa pratique totale.
- Confirmation du directeur des services professionnels où le candidat détient un poste à l'effet que cette nouvelle nomination n'engendrerait pas d'impact majeur pour son établissement.
- Si le candidat détient un poste dans un établissement faisant partie d'un autre RUIS, la demande doit être justifiée en termes de trajectoire de soins et de services.

2.4. AVIS DE CONFORMITÉ SUR ANTICIPATION D'UN DÉPART CONFIRMÉ DANS L'ANNÉE

Lorsque le PEM est complet, un avis de conformité peut être émis en vue d'un recrutement par anticipation du départ confirmé d'un médecin qui sera effectif au plus tard un an suivant la demande d'avis de conformité. L'entrée en fonction du médecin recruté pourra se faire avant la date de départ du médecin qui quitte pour une période maximale de six mois. Avant toute chose, le départ du médecin doit avoir été confirmé (voir règle 3).

Lorsqu'un avis de conformité sur anticipation d'un départ est émis, le PEM devient alors en dépassement temporaire et le prochain départ ne peut être remplacé.

2.5. AVIS DE CONFORMITÉ SUR UN REHAUSSEMENT AUTORISÉ POUR UNE ANNÉE ULTÉRIEURE

Un avis de conformité peut être émis sur un poste autorisé en rehaussement du PEM d'une année ultérieure au PEM en cours, même si le PEM en cours comprend des postes vacants. Cependant, l'émission de l'avis de conformité est conditionnelle à ce que la prise d'effet des privilèges se fasse dans l'année du PEM visé. Donc le médecin ne pourra commencer sa pratique dans l'établissement avant l'entrée en vigueur du PEM concerné. En outre, ce poste ne peut faire l'objet d'un remplacement tant et aussi longtemps qu'il n'est pas effectif.

À titre d'exemple, un établissement dont le PEM dans une spécialité donnée serait rehaussé d'un poste en 2018 peut se voir émettre un avis de conformité en vue du recrutement d'un candidat sur ce poste, pourvu que la date de prise d'effet des privilèges soit fixée le ou après le 1^{er} décembre 2017.

3. DÉMISSION ET CHANGEMENT DE STATUT

Démission

Un médecin qui décide de cesser d'exercer sa profession dans un établissement doit donner au CA un préavis d'au moins 60 jours. Dès que le CA a reçu le préavis, la décision du médecin devient irrévocable et prend effet à l'expiration du délai mentionné dans le préavis.

Une résolution du CA confirmant l'acceptation de la démission du médecin et sa date de départ doit être transmise au MSSS. Cette résolution doit être claire à l'effet que ce médecin n'aura plus aucun privilège dans l'établissement.

Si le médecin visé souhaite revenir sur sa décision une fois son départ entériné par le CA de l'établissement, une place doit être disponible au PEM et une nouvelle demande d'avis de conformité doit être transmise au MSSS.

Changement de statut

Le changement de statut d'un médecin au sein d'un établissement n'a pas pour conséquence de libérer un poste au PEM, sauf s'il est précisé dans la résolution du CA que le médecin ne conservera plus de privilèges de pratique dans l'établissement ou s'il a obtenu un poste au PEM d'un autre établissement dans lequel il aura dorénavant sa pratique principale.

4. NOMINATION TEMPORAIRE (ART. 243.1 LSSSS)

Une nomination temporaire aux fins de remplacement doit être autorisée par le MSSS. Un médecin qui détient un poste au PEM et qui doit s'absenter doit en être autorisé par son établissement s'il veut conserver son poste. S'il a l'autorisation de s'absenter, il pourrait être remplacé temporairement par un autre médecin. Une demande de nomination temporaire doit d'abord être soumise au MSSS pour approbation. Une demande approuvée par le MSSS doit ensuite suivre le processus habituel d'approbation auprès du CA de l'établissement. La nomination qui peut en résulter ne peut valoir que pour la durée de l'absence du médecin concerné et ne peut faire l'objet d'aucune demande de renouvellement.

Rappelons que le médecin **doit** s'absenter. Cette absence doit être à temps complet et le remplacement d'un médecin qui souhaite diminuer ses activités ne peut être autorisé. Par ailleurs, on ne remplace pas un médecin si l'équipe en place peut raisonnablement pallier à cette absence, il doit y avoir un besoin démontré d'être remplacé. Un tel besoin ne peut pas résulter d'une gestion sous-optimale des ressources; trop de congés de services, trop de vacances en même temps ou une diminution marquée des tâches qui ont pour effet de réduire la marge de manœuvre dont une équipe devrait disposer.

Un médecin ne peut être remplacé temporairement que s'il est compté à même les postes autorisés d'un PEM donné. Par exemple, l'absence d'un médecin inscrit en dépassement temporaire ou d'un médecin non compté au PEM ne peut être remplacée.

Pour en savoir davantage sur les critères d'évaluation des demandes de remplacement temporaire, vous référer à l'annexe A.

5. AUTORISATION TEMPORAIRE D'EXERCICE EN CAS D'URGENCE (art. 248 LSSSS)

Comme prévu à l'article 248 de la LSSSS, le DSP, le président du CMDP ou un chef de département clinique peut, en cas d'**urgence**, accorder temporairement à un médecin l'autorisation d'exercer sa profession dans un établissement. Cette autorisation est d'une durée maximale de **trois mois** et est **non renouvelable**. La personne qui a accordé l'autorisation doit en aviser immédiatement le directeur général et le MSSS.

En ce qui concerne la notion d'urgence, cette dernière doit être démontrée. Une rupture de service appréhendée en est un bon exemple, bien qu'elle ne doive pas résulter d'une gestion sous-optimale des effectifs telle que l'octroi de vacances à un trop grand nombre de médecins en même temps.

Quant au fait que cette autorisation ait une durée limitée et ne puisse être renouvelée, rappelons que l'article 248 de la LSSS est une mesure d'exception permettant de gérer les imprévus le temps de corriger la situation par un plan de contingence ou toute autre mesure transitoire.

Transmission de l'information au MSSS

Le MSSS doit être avisé des autorisations temporaires d'exercice octroyées en vertu de l'article 248. Tous les trois mois, la liste des médecins ayant obtenu une telle autorisation doit être transmise au MSSS, sous forme de tableau, par chaque établissement via l'adresse PEM_specialite@msss.gouv.qc.ca

6. ABSENCE LONG TERME

Lorsqu'un médecin est en absence complète depuis plus de trois ans pour raison de santé, ce dernier peut être retiré du PEM sans qu'il y ait résolution de CA confirmant le départ du médecin visé. Le MSSS doit en être avisé et le médecin sera inscrit en tant que non compté au PEM pour raison de santé. Advenant un retour à la pratique, le médecin sera de nouveau compté au PEM. Si ce dernier est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.

7. POSTES EN RÉSEAU

7.1. RÈGLE GÉNÉRALE

Généralement, les postes en réseau sont accordés à des établissements ou installations moins attractifs afin que ces derniers puissent être desservis par un autre établissement suite à la signature d'une entente de services. Les postes en réseau appartiennent toujours à l'établissement ou à l'installation détenteur du poste. Il existe deux types de postes en réseau, soit les postes en réseau facultatif et les postes en réseau obligatoire.

7.2. POSTE EN RÉSEAU FACULTATIF

Certains établissements ou installations disposent à leurs PEM de postes en réseau facultatif. Ces derniers peuvent être utilisés de deux façons :

- (1) pour le recrutement d'un médecin spécialiste dans l'établissement ou l'installation détenteur du poste;
- (2) pour le recrutement d'un médecin spécialiste dans un autre établissement, conditionnellement à la conclusion d'une entente de services entre les établissements.

7.3. POSTE EN RÉSEAU OBLIGATOIRE

Certains établissements ou installations disposent à leur PEM de postes en réseau obligatoire. Ces postes sont accordés lorsqu'il y a impossibilité d'assurer l'autonomie de l'établissement détenteur du poste dans cette spécialité et qu'un corridor de services est créé de façon permanente entre deux établissements.

Comme son nom l'indique, le poste en réseau obligatoire vient avec l'obligation pour l'établissement détenteur du poste de conclure une entente avec un autre établissement qui le desservira. En contrepartie et une fois l'entente signée, l'établissement qui offrira le service pourra procéder au recrutement d'un médecin spécialiste.

7.4. ENTENTE LIÉE À UN POSTE EN RÉSEAU FACULTATIF OU OBLIGATOIRE

L'entente de services liée à un poste en réseau, facultatif ou obligatoire, ne doit pas reposer sur un seul individu, mais doit démontrer un engagement de l'équipe médicale et des établissements à remplir les engagements qui y figurent. La responsabilité de répondre aux besoins de la clientèle de l'établissement ou de l'installation détenteur du poste est donc prise en charge par un établissement désigné et par son équipe médicale. De plus, cette entente doit être d'une durée minimale de trois ans.

Le texte de l'entente doit être soumis pour approbation au MSSS avant sa signature. En aucun cas, le MSSS ne reconnaîtra de clauses ou de conditions prévoyant un rehaussement au plan d'effectifs dans une entente de services à laquelle il n'a pas pris part ou pour laquelle il n'aurait pas donné son aval avant la signature.

Tant que l'entente n'est pas signée par les établissements concernés, aucun avis de conformité ne pourra être émis pour ce poste. Une fois l'entente signée, l'établissement qui s'est engagé à offrir les services pourra recruter sur le poste appartenant à l'établissement ou à l'installation desservi. Cependant, même s'il y a recrutement, il est entendu que le poste appartient toujours à l'établissement détenteur du poste en réseau.

Fin de l'entente

L'entente ne peut prendre fin sans l'autorisation du MSSS (SMA). Advenant que l'une des parties veuille mettre fin à l'entente, l'établissement qui fournit les services ne pourrait plus utiliser le poste en réseau appartenant à l'établissement détenteur du poste.

Si l'entente était liée à un poste réseau facultatif, le SMA devra en être informé avant toute action. Le cas échéant, le médecin inscrit sur ce poste pourrait choisir de conserver sa pratique principale dans l'établissement ou l'installation détenteur du poste réseau ou dans l'établissement qui fournissait les services. Dans ce dernier cas, il devrait être inscrit sur un poste vacant au PEM de l'établissement. Advenant que le PEM soit complet, il serait alors en dépassement temporaire et les prochains départs ne pourraient être remplacés jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre.

Si l'entente était liée à un poste réseau obligatoire, avec l'accord explicite du SMA, le médecin nommé sur ce poste devra être inscrit sur un poste vacant au PEM de l'établissement qui fournissait les services. Advenant que le PEM soit complet, il sera alors en dépassement temporaire et les prochains départs ne pourront être remplacés jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre.

7.5. MÉDECIN OCCUPANT UN POSTE EN RÉSEAU

Un médecin occupant un poste en réseau est compté au PEM où est rattaché ce poste, même s'il exerce majoritairement dans un autre établissement ou installation avec lequel une entente de services a été conclue.

Il est entendu que même si un médecin est nommé sur un poste en réseau, l'offre de service qui est rattachée à ce poste est prise en charge par l'ensemble de l'équipe (le département) qui doit desservir l'établissement ou l'installation à qui appartient le poste et cela doit être précisé dans l'entente de services.

7.6. CONDITIONS ET POSTES RÉSEAUX EXISTANTS

À la suite de la fusion des établissements du réseau, seuls les postes réseaux qui lient deux établissements distincts demeurent en vigueur. Les conditions et postes réseaux visant deux installations faisant maintenant partie d'un même centre intégré deviennent caduques considérant la responsabilité d'un centre intégré d'assurer les services requis dans l'ensemble de ses installations.

8. FORMATION COMPLÉMENTAIRE

Les règles régissant les formations complémentaires sont contenues dans le document *Règles portant sur la formation complémentaire aux programmes de résidence en médecine effectuée au Québec*.

Un médecin doit détenir un poste au PEM de l'établissement recruteur avant le début d'une formation complémentaire. Le médecin qui complète une formation complémentaire sans détenir de poste au PEM d'un établissement n'a aucune garantie quant à l'obtention d'un poste en région universitaire ou dans le champ de sa formation complémentaire.

9. CHERCHEURS BOURSIERS

La présente règle de gestion s'applique à tout médecin spécialiste ayant adhéré au *Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs-boursiers* et ayant acquis le titre de chercheur boursier après la date d'application de ce Protocole, soit le 1^{er} juillet 2008.

Tout médecin spécialiste reconnu à titre de chercheur boursier, pour une première fois, après le 1^{er} juillet 2008 et qui adhère au Protocole n'est pas compté au PEM. Toutefois, il doit apparaître dans la liste nominative où il sera considéré comme « non compté » au PEM visé. Les médecins spécialistes ayant été reconnus à titre de chercheur boursier avant le 1^{er} juillet 2008 ne peuvent se prévaloir de cette règle et demeurent comptés au PEM.

La liste des médecins ayant adhéré au Protocole ou en étant retiré est mise à jour par le comité paritaire MSSS/FMSQ responsable de l'application du Protocole. Sur réception de cette liste, la Direction du soutien à l'organisation clinique et de la gestion des effectifs médicaux (DSOCGEM) du MSSS apporte les ajustements requis à la liste nominative et en informe les établissements concernés.

Lorsqu'un médecin se retire du Protocole, il doit se prévaloir d'un poste disponible dans sa spécialité. Si le PEM de l'établissement ou de l'installation dans lequel il était reconnu à titre de chercheur boursier est complet, il sera considéré en dépassement temporaire jusqu'au prochain départ.

10. FONCTION ADMINISTRATIVE À VOCATION NATIONALE

Un médecin qui cesse de pratiquer ou qui conserve une pratique marginale (10 % à titre indicatif) pour occuper à temps plein des fonctions administratives à vocation nationale au sein d'un organisme reconnu dans le domaine de la santé (ex. : doyen dans une faculté de médecine) peut être considéré comme « non compté » au PEM où il occupe un poste.

L'établissement doit en faire la demande au MSSS pour approbation. Les demandes doivent être adressées directement au SMA de la DGSSMU avec l'appui du DSP et du PDG, le cas échéant du doyen de la faculté concernée.

À son retour en pratique, le médecin sera à nouveau compté au PEM où il occupait un poste. Si le PEM est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.

11. PRATIQUE EXCLUSIVE EN SOINS PALLIATIFS, ASSISTANCE À LA MORT MÉDICALEMENT ASSISTÉE, ASSISTANCE OPÉRATOIRE

Quel que soit le domaine le MSSS n'encourage pas la pratique « exclusive » de niche. Sous approbation du SMA de la DGSSMU, et pour des besoins d'exception, un médecin en fin de carrière pourrait être compté hors PEM s'il a une pratique exclusive en soins palliatifs, en assistance à la mort médicalement assistée ou dans d'autres domaines d'exception comme l'assistance opératoire. Une résolution du CA confirmant l'exclusivité des privilèges détenus par le médecin devra être transmise au MSSS.

Si un médecin cesse d'avoir une pratique exclusive d'exception en vertu de cette règle, il devra alors être de nouveau compté au PEM visé sur approbation du SMA. Si le PEM est complet, il serait considéré en dépassement temporaire jusqu'au prochain départ.

12. OMNIPRATICIENS AYANT UNE PRATIQUE EXCLUSIVE EN ANESTHÉSIOLOGIE OU EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

De façon historique, un omnipraticien qui avait une pratique exclusive en anesthésiologie ou en chirurgie générale a été reconnu au PEM de l'établissement ou de l'installation où il pratique dans ladite spécialité. Advenant le départ de celui-ci, il doit être remplacé par un médecin spécialiste.

13. RETOUR DE RÉGION

Sur autorisation du MSSS, après trois ans de pratique continue dans une installation d'un établissement situé en région éloignée ou isolée (territoires définis à l'arrêté ministériel 96-07), un médecin peut s'installer dans la région de son choix même si les PEM de tous les établissements hospitaliers sont comblés dans sa spécialité. Le médecin ne peut se prévaloir de cette règle qu'une seule fois et doit le faire dans les 12 mois suivants sa date de démission de l'établissement en région.

Tout médecin de retour de région qui désire obtenir une nomination dans un centre hospitalier avec désignation universitaire doit répondre aux exigences académiques et recevoir l'appui de la faculté de médecine concernée.

Le médecin qui désire effectuer un retour de région doit faire une demande au MSSS (DSOCGEM) qui l'informera des places disponibles aux PEM de la région de son choix.

Si tous les PEM de la région sont complets dans la discipline concernée, le MSSS accordera une autorisation de dépassement temporaire au PEM d'une installation ou d'un établissement hospitalier dont les besoins sont jugés prioritaires dans la région, pourvu que l'établissement accepte ce recrutement. Le PEM sera alors en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.

14. EXERCICE DE LA MÉDECINE DURANT LA RÉSIDENCE (MOONLIGHTING)

Le « moonlighting » est apparu à une époque où le Québec vivait une pénurie d'effectifs médicaux. Il fut mis en place pour les régions en pénurie de médecins spécialistes. Le contexte ayant changé, il est requis de modifier son utilisation pour mieux correspondre à cette nouvelle réalité.

Ainsi, en principe le « moonlighting » est aboli. Il reste exceptionnellement possible que pour les régions éloignées ayant une pénurie avérée en spécialité.

15. PERMIS RESTRICTIFS

15.1. RÈGLE GÉNÉRALE

Sauf pour les médecins sélectionnés professeurs et les médecins bénéficiant de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) France/Québec, les médecins sous permis restrictif ne peuvent s'installer dans les régions universitaires. Ceux-ci doivent être référés à Recrutement Santé Québec qui les dirigera vers les établissements des régions éloignées, intermédiaires ou périphériques qui ont les besoins les plus critiques.

L'établissement parraineur doit transmettre une demande d'avis de conformité au MSSS au plus tard avant la date de début du stage d'évaluation du candidat en processus d'obtention d'un permis restrictif.

Pour plus d'information, vous référez à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/rsq>

15.2. ARRANGEMENT DE RECONNAISSANCE MUTUELLE FRANCE/QUÉBEC

L'ARM vise à favoriser la mobilité des médecins entre la France et le Québec. Les spécialités médicales visées par cet arrangement et ses modalités sont disponibles sur le site internet du Collège des médecins du Québec à l'adresse suivante : <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/EntenteFranceQc.aspx>

15.3. RECRUTEMENT D'UN MÉDECIN SÉLECTIONNÉ PROFESSEUR AUTORISÉ PAR LE MINISTÈRE ET ABOLITION DU CONTINGENT

Le contingent des médecins professeurs étrangers et les règles régissant leur recrutement sont inscrits dans la *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif*. Ce contingent est maintenant aboli et le recrutement de ces professeurs médecins aux PEM des établissements universitaires doit faire l'objet d'une autorisation exceptionnelle du ministère.

Le ministère reconnaît la richesse d'intégrer dans le corps médical académique des médecins professeurs de milieux académiques étrangers et il considérera chaque demande de recrutement au cas par cas. À titre indicatif, ce sont souvent des médecins de la médecine de pointe émergente, ou des médecins de notoriété établie pour venir occuper des directions universitaires et hospitalières.

Le MSSS veut simplifier le recrutement des professeurs étrangers. Le collège des médecins est impliqué dès le départ dans la reconnaissance formelle du statut professoral et de la compétence clinique du candidat est assurée par la faculté et l'établissement universitaire de santé qui le recrutent. Dans ce cas, la pratique professionnelle est limitée à l'établissement universitaire et le candidat n'est pas assujéti au stage obligatoire de trois mois pour acclimatation à la pratique clinique. Quatre étapes : 1) Soumission verbale ou écrite par le DSP (ou la faculté) au SMA du dossier préliminaire du candidat avec l'appui de la faculté. 2) Réponse de la reconnaissance de diplôme du candidat par le CMQ. 3) En cas d'avis préliminaire favorable du SMA et du CMQ, le DSP de l'établissement universitaire de santé (ou la faculté) et l'université sont encouragés à soumettre un dossier complet avec les appuis nécessaires. 4) À la réception du dossier, le SMA réunit quelques experts initiés au domaine du candidat pour lui donner un avis objectif. Le SMA prend la décision finale et il la communique à l'université.

Un poste doit être disponible au PEM visé de l'établissement avant qu'une faculté de médecine puisse déposer une demande de recrutement d'un médecin sélectionné professeur au MSSS.

16. DEMANDE DE DÉROGATION (AUTORISATION EXCEPTIONNELLE DU SOUS-MINISTRE ASSOCIÉ)

Seules les situations extraordinaires et non prévisibles lors de la planification quinquennale peuvent mener au dépôt d'une demande de dérogation au MSSS. Une dérogation étant une mesure d'exception, elle n'a pas pour effet de modifier le plan d'effectifs autorisé. Pour un établissement s'étant vu accorder une dérogation à un PEM, ce dernier devient en dépassement temporaire et le prochain départ ne peut être remplacé.

À titre indicatif, les candidatures liées à un risque de bris de services dans des domaines de pointe ou des domaines courants n'ayant pu être anticipé, et des candidatures d'exception répondant à un besoin sociétal pourraient être considérées. Les dérogations devraient être l'exception, pas une voie détournée de recrutement.

Une demande de dérogation est évaluée en fonction du dossier présenté, du besoin démontré, de la disponibilité de la main-d'œuvre et du degré de pénurie dans la spécialité visée pour l'ensemble du Québec. Elle fait l'objet de discussion en Comité de gestion des effectifs médicaux en spécialité (COGEMS MSSS/FMSQ) qui formule une recommandation. La décision finale appartient sous-ministre associé à la DGSSMU du MSSS.

Vous référer à l'Annexe B pour connaître les éléments qui sont généralement requis avec toute demande de dérogation.

17. DISPONIBILITÉ DES RÈGLES DE GESTION

Le présent document est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/>

Pour toute question d'interprétation des règles de gestion, veuillez référer à la DSOCGEM du MSSS.

ANNEXE A

DEMANDE REMPLACEMENT TEMPORAIRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

PRINCIPES DIRECTEURS ET CRITÈRES D'ÉVALUATION DES DEMANDES SOUMISES AU MSSS

MISE EN CONTEXTE

L'augmentation des remplacements temporaires vient diminuer le nombre de candidats qui seraient autrement disponibles pour combler les postes vacants aux plans des effectifs médicaux (PEM) des établissements. Cet état de fait a contribué à la modification de l'article 240 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux par des dispositions du projet de loi n°20. Dorénavant, les établissements doivent obtenir l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avant de pouvoir recruter un médecin pour effectuer un remplacement temporaire.

À titre indicatif, il y avait 630 postes vacants aux PEM en spécialité en mars 2017. D'ici 2020, plus de la moitié des nouveaux médecins spécialistes qui débiteront leur exercice au Québec viendront remplacer les départs à la retraite. L'ajout net est d'environ 150 médecins par année sur qui nous comptons pour combler les 630 postes vacants. Les demandes de recrutement de médecins spécialistes visant à remplacer une absence dépassent 100 par année. La plupart de ces remplacements sont effectués par de nouveaux médecins qui ne sont pas encore installés sur un poste vacant (voir graphique 1). L'encadrement de l'autorisation des remplacements est donc nécessaire afin de maintenir un équilibre optimal entre les effectifs utilisés pour effectuer des remplacements temporaires et ceux recrutés sur des postes vacants.

Il est à noter que le MSSS reconnaît qu'il y a des circonstances où un médecin doit s'absenter et pour lesquelles il doit être remplacé, notamment lors des congés parentaux.

PRINCIPES DIRECTEURS ENCADRANT LES DEMANDES DE REMPLACEMENT

- L'absence d'un médecin implique une notion d'obligation et non pas un choix.
- L'absence d'un médecin doit être à temps complet et le remplacement d'un médecin qui souhaite diminuer ses activités ne peut être autorisé.
- Il revient au département, au service ou à l'équipe concernée de faire la démonstration du besoin d'un remplacement et au directeur des services professionnels (DSP) d'en faire l'évaluation. Le DSP a l'imputabilité d'appuyer la demande et de s'assurer de la transmission des informations suffisantes pour en faire l'analyse.
- Les demandes de remplacement adressées au MSSS ne peuvent en aucun cas résulter d'une gestion sous-optimale des ressources, telles que : congés de services et/ou de formation, vacances, sans tenir compte de l'impact sur les services à la clientèle. On ne remplace pas un médecin si l'équipe en place ou si une autre installation du centre intégré peut raisonnablement pallier à cette absence.

- Lorsque le médecin remplaçant identifié détient un poste dans un autre établissement, le remplacement demandé ne doit pas entraîner un bris de service, un enjeu de couverture clinique ou une demande de remplacement dans l'établissement pour lequel le médecin détient un poste au PEM. Dans cette situation, le DSP de l'établissement du médecin remplaçant doit être préalablement informé de la situation par le DSP de l'établissement demandeur et doit avoir donné son accord explicite avant qu'une demande de remplacement soit transmise au MSSS.
- Un profil attendu d'un médecin remplaçant est principalement celui d'un médecin venant tout juste de terminer sa formation en attente d'un poste ou un médecin retraité qui accepte de venir aider une équipe. Le MSSS ne veut pas soutenir un médecin qui désire développer une pratique de remplacements répétitifs au détriment de combler un poste vacant. Un membre sénior en mi-retraite serait parfait.
- Le retour au travail du médecin remplacé met immédiatement un terme au remplacement.
- Il appartient au DSP de s'assurer en tout temps que les conditions permettant un remplacement autorisé pour son établissement prévalent et de prendre les mesures pour mettre un terme au remplacement si le médecin remplacé n'est plus dans une situation où il doit s'absenter.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

Les demandes de remplacement répondant aux six critères suivants seront considérées comme étant justifiées :

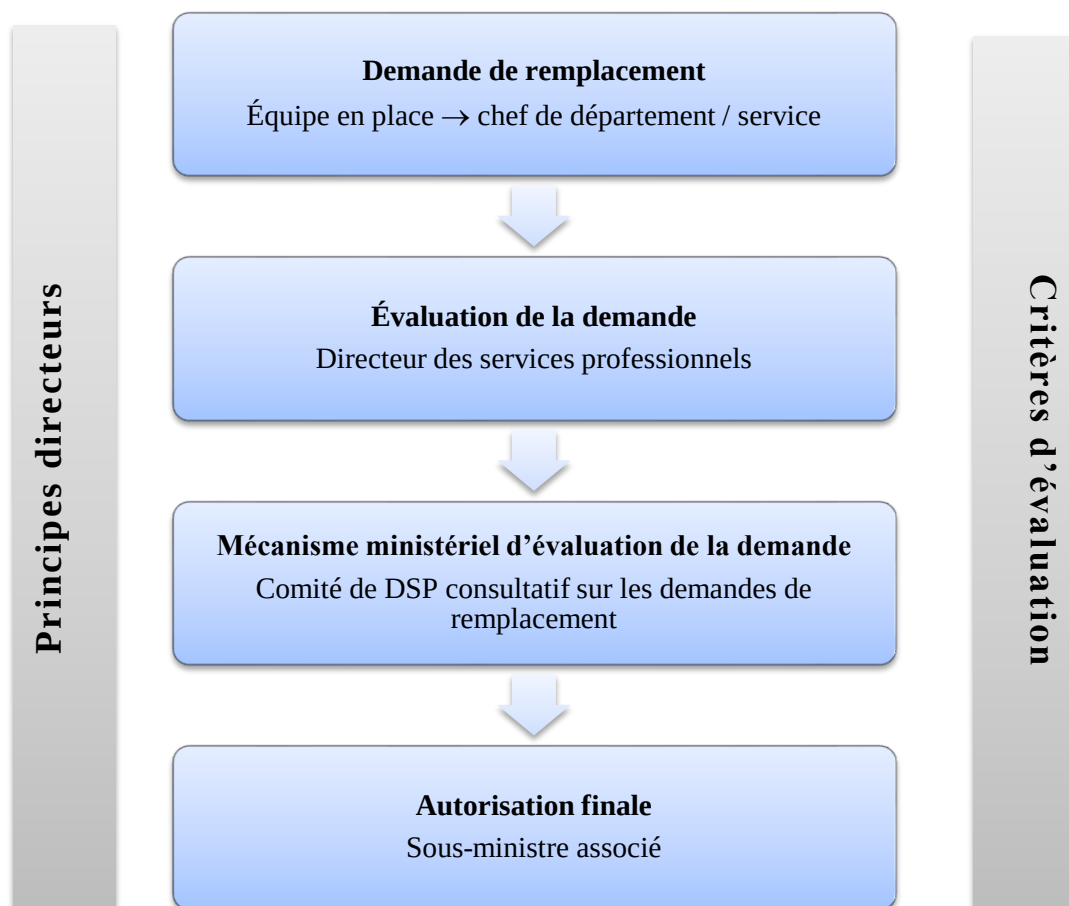
1. L'obligation d'absence du médecin à remplacer est démontrée (par exemple un congé de maternité ou un congé de maladie long terme);
2. Il y aura un bris dans l'offre de services essentiels à la clientèle consécutif à l'absence;
3. La demande est accompagnée d'une description de l'état du PEM : le nombre de médecins inscrits au PEM, l'analyse de l'activité des membres actifs et associés, les postes vacants, les autres absences, les remplacements en cours;
4. Le médecin identifié pour effectuer le remplacement n'a pas développé un profil de remplacements répétitifs;
5. Si le médecin remplaçant occupe un poste dans un autre établissement, le DSP de cet établissement a donné son accord;
6. Le niveau d'activité dans l'établissement du médecin à remplacer est significatif*.

Nous convenons généralement qu'un équivalent temps complet clinique est fait de 210 jours de travail et de 42 quarts de garde dans une année (42 semaines à 5 jours et un quart de garde/semaine)

*À titre indicatif, dans le cadre d'une demande de remplacement, un niveau d'activité significatif dans l'établissement correspond à au moins 60 % d'un équivalent temps complet clinique soit au moins 126 jours de travail et 25 quarts de garde dans une année.

Les demandes de remplacement ne répondant pas aux six critères précédents devront être accompagnées d'un argumentaire supplémentaire convaincant comprenant les raisons pour lesquelles une solution alternative au remplacement n'a pas été trouvée.

PROCESSUS D'UNE DEMANDE DE REMPLACEMENT EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

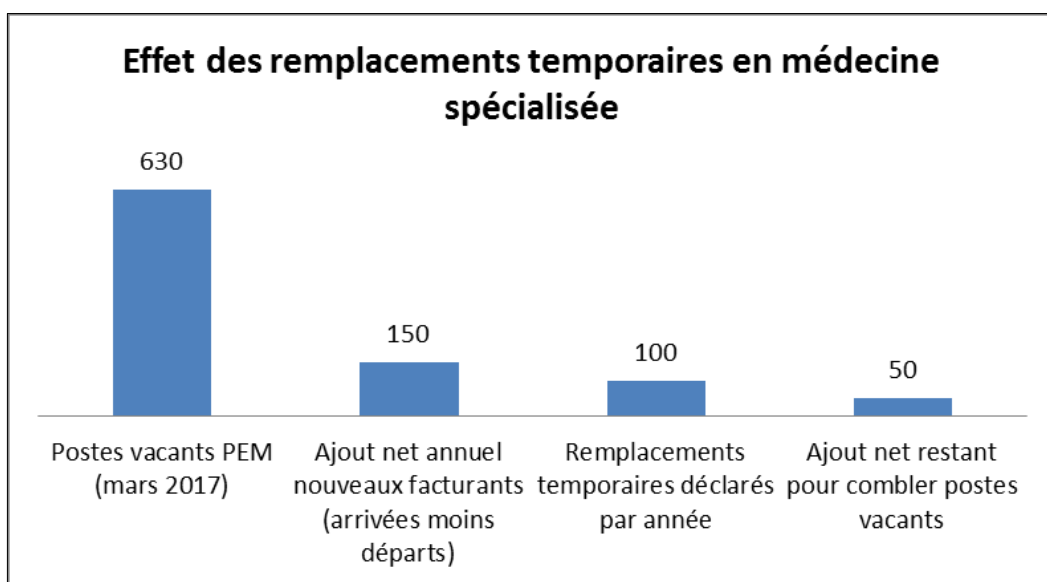


GRAPHIQUE 1 : EFFET DES REMPLACEMENTS TEMPORAIRES EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Le graphique ci-dessous montre l'effet des remplacements temporaires sur le comblement des postes vacants aux PEM en spécialité.

Il y avait 630 postes vacants aux PEM en spécialité en mars 2017, ce qui représente autant de besoins à combler dans les établissements des diverses régions. D'ici 2020, plus de la moitié des nouveaux médecins spécialistes qui débiteront leur exercice au Québec viendront remplacer les départs à la retraite. L'ajout net est d'environ 150 médecins par année sur qui nous comptons pour combler les 630 postes vacants.

Les demandes de recrutement de médecins spécialistes visant à remplacer une absence dépassent 100 par année. La plupart de ces remplacements sont effectués par de nouveaux médecins qui ne sont pas encore installés sur un poste vacant. Par conséquent, si 100 remplacements annuels étaient effectués par le groupe des 150 médecins de l'ajout net, il ne resterait que 50 médecins spécialistes par année pour combler les 630 postes vacants. Le resserrement des remplacements d'absence vise donc à favoriser l'installation des nouveaux médecins dans les établissements en besoin.



ANNEXE B

DEMANDE DE DÉROGATION RENSEIGNEMENTS À FOURNIR

A. Information générale

- Région
- Nom de l'établissement
- Spécialité

B. Information sur le PEM

- Nombre de postes autorisés
- Nombre d'effectifs en place
- Nombre de postes vacants
- Départs annoncés dans l'équipe? Si oui, veuillez expliquer
- Recrutement en cours, s'il y a lieu

C. Information sur le candidat

- Nom
- Numéro de permis
- Type de permis
- Date d'arrivée prévue
- Résumé de son parcours
- Expertise particulière
- Curriculum vitae à joindre au besoin

D. Description détaillée du motif soutenant la demande

- Description du caractère exceptionnel de la demande et en quoi elle était imprévisible lors de la planification
- Raisons et valeur ajoutée du recrutement
- Lien avec la mission de l'établissement
- Considérant les ressources médicales actuelles, en quoi ce recrutement est-il nécessaire
- Données statistiques sur les volumes d'activités, liste d'attente
- Description de l'offre de service actuelle et celle à venir advenant l'arrivée du candidat
- Lettre(s) d'appui à joindre au besoin (université d'affiliation, chef de département, etc.)