



RÈGLES PORTANT SUR LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE  
AUX PROGRAMMES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE  
EFFECTUÉE AU QUÉBEC

---

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

APPROUVÉ AU COMITÉ DE DIRECTION (CODIR) DU MSSS LE 5 OCTOBRE 2016

EN VIGUEUR LE 6 OCTOBRE 2016

---

## RÈGLES PORTANT SUR LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE AUX PROGRAMMES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE EFFECTUÉE AU QUÉBEC

---

### CONTEXTE

---

La formation des programmes de spécialités, incluant la médecine de famille, et des surspécialités est amplement longue, complète et suffisante, de façon générale il n'y a pas besoin d'en ajouter. La formation complémentaire s'adresse à des cas très particuliers de besoins spécifiques. Elle est définie comme une formation effectuée après l'obtention d'un certificat de spécialiste ou d'un deuxième certificat de spécialiste (surspécialité) afin d'acquérir des compétences complémentaires particulières pour répondre à des besoins spéciaux des services de santé et parfois de besoins académiques pour soutenir cesdits besoins de soins et services.

Le programme actuel de formation complémentaire effectuée au Québec financé par le régime public (unique au Canada) est disponible depuis déjà un certain nombre d'années. Ce programme élitique est très coûteux et sa pérennité dépend d'un usage pertinent aux besoins de la population du Québec. Le temps est venu de recadrer ce programme qui avait été mis en place afin de pallier aux programmes de «fellowship» hautement compétitifs et trop restreints pour l'ampleur des besoins de l'époque.

Les modalités de détermination des postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale, adoptées par décret, autorisent la rémunération de postes de formation complémentaire en médecine à condition que ces formations soient préalablement approuvées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Il est important de prendre note que pour une formation complémentaire effectuée à l'extérieur du Québec, le MSSS ne peut garantir un poste au plan d'effectifs médicaux (PEM) au retour du candidat; à moins qu'un poste au PEM ne soit détenu avant le début d'une telle formation.

### PRINCIPES DIRECTEURS

---

- La formation complémentaire doit combler un réel besoin de la population du Québec.
- Elle doit être en lien direct avec la mission de l'établissement de santé recruteur, habituellement pour un créneau de pointe.
- Les candidats choisis devront démontrer leur capacité à réussir une telle formation et une carrière en ce domaine.

## RÈGLES GÉNÉRALES

---

- La réalisation d'une formation complémentaire dans un domaine particulier ne doit pas mener à une pratique exclusive, dite pratique de « niche », dans ce domaine. Les médecins détenant une formation complémentaire restent des praticiens de leur spécialité et en partagent les services généraux notamment la garde générale.
- Les candidats doivent détenir un poste au plan d'effectifs médicaux (PEM) de l'établissement recruteur avant le début d'une formation complémentaire.
- La durée de la formation complémentaire est normalement de 3 à 12 mois et, sur justification d'exception, d'un maximum de deux années.
- La formation complémentaire précède habituellement l'entrée en fonction dans l'établissement recruteur.
- La décision finale concernant l'approbation d'une demande de formation complémentaire revient pour tous les cas au MSSS.

## RÈGLES PARTICULIÈRES

---

Des règles particulières se trouvent précisées pour deux types de recrutement :

- pour les centres avec une désignation universitaire ou pour les groupes de médecine de famille universitaire;
- pour les milieux autres qu'universitaires.

### 1. RÈGLES POUR UN RECRUTEMENT DANS UN CENTRE AVEC UNE DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE (CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU), INSTITUT UNIVERSITAIRE (IU), ET CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE (CAU)) ET GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE (GMF-U)

- 1.1 La pratique dans un centre avec une désignation universitaire ou en GMF-U demande habituellement (sans que ce ne soit un absolu) une formation complémentaire particulièrement pour une pratique sur le site principal d'un CHU et très souvent dans un IU ou un CAU. La pertinence d'une formation complémentaire en IU ou CAU doit être considérée dans les secteurs ultra-spécialisés ou à forte composante académique.
- 1.2 Le milieu de la formation complémentaire doit être rattaché à une faculté de médecine d'un réseau universitaire intégré de santé (RUIS) autre que le RUIS de l'établissement recruteur. Le but est d'enrichir l'établissement et de contrer le « in breeding ». Cette règle ne s'applique pas pour les formations de 6 mois ou moins.

- 1.3 Le contenu de la formation complémentaire :
  - vise tout d'abord, l'acquisition d'une expertise clinique ultraspécialisée non couverte par la formation de la spécialité ou de la surspécialité;
  - pourrait être considérée pour le développement d'une expertise académique nécessaire à la qualité des soins de santé.
- 1.4 Tout projet de formation complémentaire doit être appuyé conjointement par :
  - l'établissement recruteur :
    - par l'intermédiaire du directeur des services professionnels (DSP);
    - par le DSP et le chef du département régional de médecine générale (DRMG) pour les spécialistes en médecine de famille;
  - la faculté de médecine concernée.
- 1.5 Une modification significative (ex. : lieu de formation, date, durée, sujet, mentor...) d'un projet de formation complémentaire, si requise, doit être approuvée par les mêmes instances précitées et le MSSS doit en être informé.
- 1.6 Le résident concerné avise, par écrit, les instances précitées au moment de son départ en formation complémentaire et fournit, à son retour, une preuve de la réalisation de celle-ci.
- 1.7 Les demandes qui outrepassent les règles générales et particulières mentionnées ci-dessus sont soumises à l'examen et recommandation du doyen et du DSP de l'établissement recruteur. La décision finale concernant l'approbation d'une demande de formation complémentaire revient au MSSS.

## 2. RÈGLES POUR UN RECRUTEMENT DANS UN MILIEU AUTRE QU'UNIVERSITAIRE

Une formation complémentaire visant l'acquisition d'une pointe d'expertise pourrait être nécessaire dans certains milieux non universitaires afin d'améliorer l'accès dans un secteur en particulier en lien avec la mission de l'établissement.

- 2.1 Le besoin de formation complémentaire doit être supporté par le DSP de l'établissement recruteur. Pour une demande concernant un spécialiste en médecine de famille, celle-ci doit être supportée par le DSP et, le cas échéant, par le chef du DRMG.
- 2.2 Le directeur de programme et le vice-doyen aux études postdoctorales concernés doivent confirmer que les milieux de formation qui seront utilisés ont la capacité d'accueil pour recevoir le candidat et que les stages proposés permettront l'acquisition de la pointe d'expertise visée.

### **DOCUMENT EXIGÉ**

---

Une demande d'approbation pour un projet de formation complémentaire doit être déposée à l'aide du formulaire uniformisé du MSSS, qui inclut le texte de présentation du projet ainsi que les diverses signatures des instances impliquées dans le recrutement.

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

### SECTION I – Identification

Nom du résident	Téléphone	
Adresse (no civique, rue, ville)	Courriel	
Programme actuel	Niveau de résidence	Cohorte
Université d'attache actuelle	Date prévue de fin de formation pour la spécialité en cours	

### SECTION II – Nom, lieu et durée de la formation complémentaire

Nom de la formation : \_\_\_\_\_

Université : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Responsable du stage : \_\_\_\_\_

Durée prévue : \_\_\_\_\_ Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

### SECTION III – Description et justification de la formation

*Cette section doit être complétée pour décrire et justifier la formation complémentaire visée (Sans dépasser l'espace prévu, mettre le plus de détails possible pour permettre l'appréciation de la formation proposée)*

#### SECTION IV – Recrutement

Cochez une seule case :

- Universitaire (centre hospitalier universitaire, institut universitaire, centre affilié universitaire)**  
*Dans le cas d'une formation complémentaire pour un recrutement dans un établissement avec désignation universitaire, la faculté qui soumet votre demande est celle où vous serez recruté à l'issue de cette formation*
- Non-universitaire**  
*Dans le cas d'une formation complémentaire pour un recrutement dans un établissement non universitaire, la faculté qui soumet votre demande est celle où vous allez suivre cette formation*

Nom de l'établissement qui vous recrute : \_\_\_\_\_

#### SECTION V – Formation supplémentaire

Veillez indiquer si, au terme de cette formation complémentaire, vous prévoyez suivre une formation supplémentaire à l'extérieur du Québec.

- Oui** – Complétez  **Non** – Allez à la section suivante

Établissement ou université \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Durée prévue \_\_\_\_\_

Description et justification de cette formation supplémentaire (ne pas dépasser l'espace prévu) :

#### SECTION VI – Signature du résident

\_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_ Signature du résident

## SECTION VII – Approbation de l'établissement recruteur

### Directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement recruteur

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de l'établissement et qu'un poste au PEM a été réservé pour le candidat en vue de son recrutement. De plus, je confirme que ce recrutement est conforme aux activités cliniques autorisées dans l'établissement et que l'établissement possède les infrastructures et l'équipement nécessaires à la pratique du candidat.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

### Doyen ou vice-doyen responsable des recrutements universitaires (recrutement universitaire seulement)

J'appuie cette demande et atteste que le recrutement de ce candidat est approuvé par la faculté de médecine.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

## SECTION VIII – Approbation de l'établissement de formation

### Directeur du programme de résidence

J'atteste que les milieux de formation qui seront utilisés ont la capacité d'accueil pour recevoir le candidat et que les stages proposés permettront l'acquisition de la pointe d'expertise visée.

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

**SECTION IX – Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales (CVDFM)**

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

**SECTION X – Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Formation approuvée

Formation refusée

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_

Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_

Signature

Commentaires du MSSS:



┌ ┐

**BCI** ┘