

**Bilan et perspectives sur l'organisation
des services médicaux de première ligne**

Dre Yolaine Galarneau

Directrice de l'accessibilité aux services médicaux

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Le réseau d'accessibilité et de prise en charge :
des liens essentiels à créer
Colloque du DRMG de la Montérégie
18 mai 2007**



Orientation ministérielle

Donner aux québécois qui le désirent accès à un médecin de famille qui prend en charge et leur assure un suivi de qualité

- **Accessibilité :**
 - Lieu (proximité, domicile,)
 - Temps (délais pour RV et SRV)
 - Disponibilité (plage horaire étendue, garde,)
- **Prise en charge :**
 - Engagement mutuel «fidélisé»,
 - Continuité :
 - Relationnelle et longitudinale
 - Informationnelle
 - D'approche
- **Qualité**



Principes directeurs

- A. Pratique de groupe**
- B. Pratique interdisciplinaire**
- C. Polyvalence de l'omnipraticien (de lieu : pratique mixte CH-bureau, de pratique : intégration bio-psycho-sociale, de compétence : individuelle, de groupe)**
- D. Public-privé : réseau intégré (TMT)**
- E. Approche populationnelle vs clientèle ou « patientèle »**
- F. Cohabitation santé physique - santé publique**
- G. Hiérarchisation**
- H. Valorisation du rôle de l'omnipraticien**



Leviers législatifs « réglés »

- **La loi 25 qui crée :**
 - Les agences de développement
 - Les centres de santé et de services sociaux
- **Les balises qui introduisent :**
 - La responsabilité populationnelle
 - La hiérarchisation des services
- **La loi 83 qui précise :**
 - La gouverne
 - La qualité des services
 - La circulation de l'information et l'informatisation : télésanté
 - Les tables des chefs de départements
 - Les RUIS
- **Loi 30 (accréditation syndicale)**
- **Loi 90 (évolution profession)**



Leviers organisationnels

« mis en place »

- RLS, CSS, projets cliniques
- DRAM, DRMG, TMT, Table des chefs de départements
- Gestion des PREM et augmentation des admissions (406 en 1998 à 772 en 2007)
- RUIS (Bassin de desserte, droits et obligations)
- Support professionnel élargi (ordonnances collectives)
- Formation décentralisée et nouvelles UMF
- Plan directeur en informatique
- Nouveaux modèles d'organisation : GMF, CR, CMA,
- Ententes négociées (AMP, garde régionale, banques d'heures)



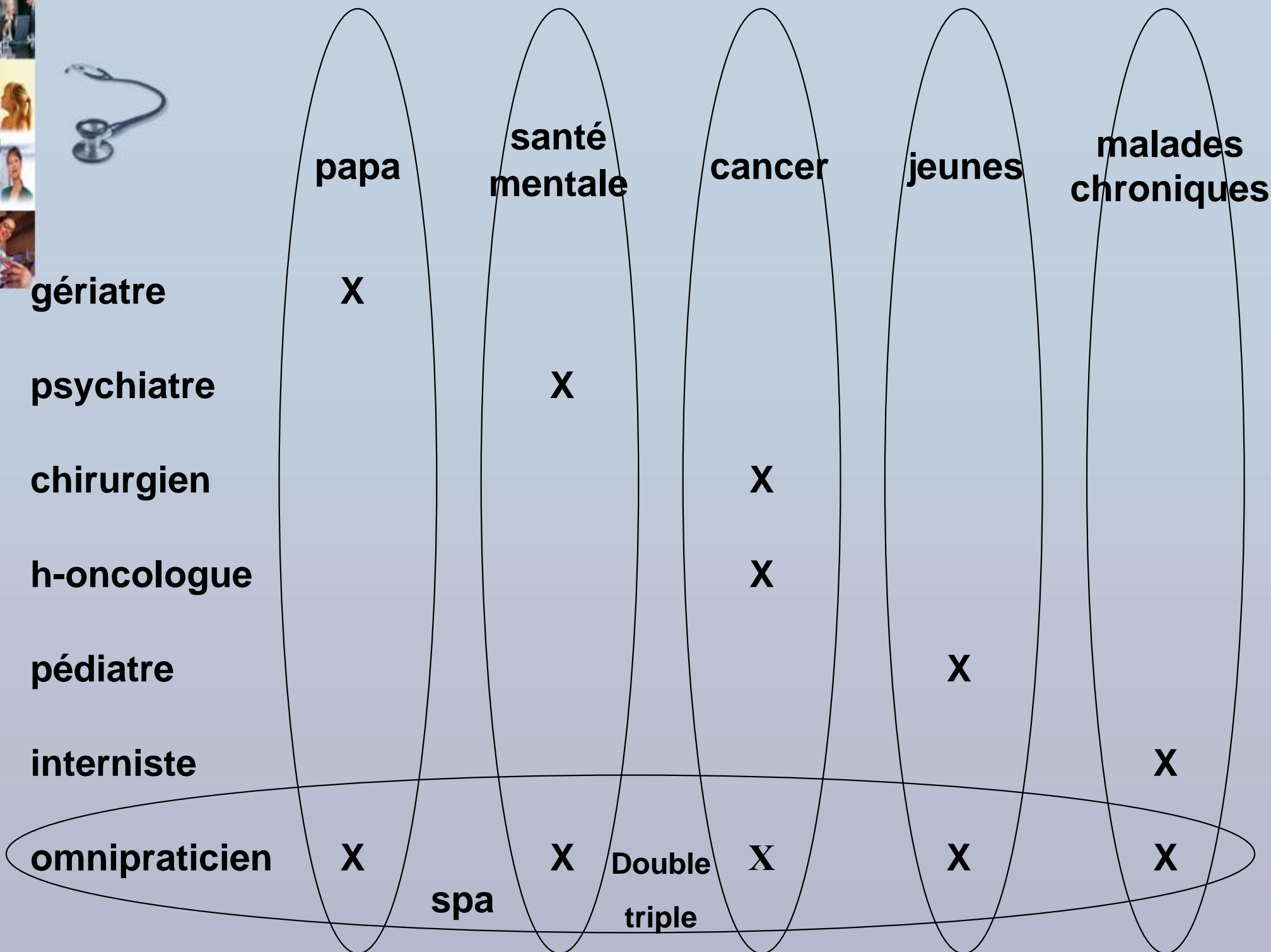
.... en omnipratique

- **Pratiques cliniques**
- Modèles de pratique
- GMF annexe 3
- Outils informationnels
- PREM omni



Pour l'omnipraticien, le pratique clinique s'inscrit dans une logique d'intégration et de cohérence :

- Une logique d'**intégration verticale** visant à corriger les problèmes d'accès à l'expertise et aux services spécialisés et surspécialisés
- Une logique d'**intégration horizontale** visant à corriger les problèmes de continuité par des mécanismes de coordination entre les dispensateurs : omnipraticque





Organisation clinique en première ligne médicale

Préoccupations des médecins : support à la pratique


- Accès à des plateaux techniques et diagnostiques
- Accès aux services spécialisés
- Suivi des clientèles spécifiques
- Guichet d'accès avec les CSSS
- Mécanismes de liaison et de référence bidirectionnels

Préoccupations des CSSS : l'aval de l'hospitalisation

- Accès à un médecin de famille (avec et sans rendez-vous)
- Désengorger les urgences
- Solutions concrètes pour les patients en recherche de médecin de famille
- Accès 24/7 :
 - maintien à domicile
 - CHSLD
 - soins palliatifs
 - clientèles vulnérables le nécessitant

Préoccupation des patients : la sécurité

- Avoir un médecin de famille disponible en tout temps, reposé, compétent, empathique, en qui j'ai confiance, qui me connaît : un super Dr !



Quelques données sur les urgences...

	Au Québec 2005-2006	Au Québec 2006-2007	Différence Québec	Montréal 2005-2006	Montréal 2006-2007	Différence Montréal
Nb patients civile	991 626	1 003 564	11 938	131 867	130 820	-1 047
Nb patients civile 75 ans et plus	216 423	230 074	13 651	30 102	32 201	2 099



.... en omnipratique

- Pratiques cliniques
 - **Modèles de pratique** : enjeu de complémentarité
 - GMF annexe 3
 - Outils informationnels
 - PREM omni

	GMF (Groupe de médecine de famille)	CR (Clinique-réseau)	CR de Montréal (ancien CMA)	CR de Québec (ancien RAM)
	Modèle ministériel	Entente négociée	Modèle d'organisation montréalais	Modèle d'organisation de la Capitale-Nationale
Axe majeur	Prise en charge (continuité)	Accessibilité (lieu, délai)	Liaison-coordination	Accessibilité, liaison et prise en charge
Inscription	Inscription de tous les clients Identification des clientèles vulnérables	Pas d'inscription Identification des clientèles vulnérables	Pas d'inscription Identification des clientèles vulnérables	Inscription exclusive aux clientèles vulnérables
Bassin de desserte	9 000 à 30 000 inscriptions (standard de 15 000)	50 000 personnes (si requis selon PROS)	50 000 personnes	50 000 personnes
Services diagnostiques	Entente accès aux services dx et spécialisés à créer	Contrat pour accès aux services dx requis en urgence	Accès aux services spécialisés urgents et semi-urgents et aux services dx sur place ou à <100 m est un préalable	Accès disponibles dans un délai de 2 heures
Accréditation	Accréditation par le MSSS sur recommandation agence	accréditation par agence, selon PROS approuvé MSSS; soumis C Paritaire pour nb de forfaits	Selon plan d'organisation régional de l'agence	Selon les paramètres approuvés par le DRMG et les tables territoriales
Offre de service sur place	-lundi au vendredi : 12 heures de services -samedi, dimanche, fériés : SRV : 4 heures	SRV : 12h par jour du L au V et 8h les S-D-F % RV-SRV selon entente avec CSSS	SRV : 12h par jour, 365 jours Rendez-vous : 50% des heures-mdAide à la recherche de md pour patients orphelins	70 % RV (incluant SAD) et 30 % SRV 73 hres / sem SRV 13h (lun-ven) 4h (sam-dim)
Organisations médicales admissibles	UMF – CLSC – Cabinets CR et CMA : admissibles	Cabinets En CLSC : exception GMF admissibles	Cabinets En CLSC : exception GMF admissibles	Cabinets En CLSC : exception GMF admissibles Minimum de 20 médecins Entente formelle entre mds
Rémunération médicale	-Rémunération md : (Annexe V) -7,00 \$ inscription -Coordination md 300 \$/sem -3 hres / ETP/sem	-Déplafonnement. -forfait 80,00 \$/4 heures en heures défavorables-coordination md : 6 X 50,00 \$ par semaine (+ 3 si GMF)-Nb de forfaits selon plan d'organisation	Rémunération md : application de l'entente CR	Rémunération md : application de l'entente CR
Support financier	Allocation \$ nouvelle du MSSS, proportionnelle à la clientèle R.H. - infirmière (2) - secrétariat - technicien en administration Immobilisation et location Équipement informatique Lien RTSS Logiciels et licences Formation (non récurrent) Frais de déplacement	NIL	Réallocation \$ interne par l'agence R.H. - personnel liaison (2) - secrétariat-soutien adm-frais de déplacement / selon ETP Lien RTSS Logiciels et licences (non récurrent)	Allocation Agence et MSSS : ▪Ress. nursing: 150 000\$ récur. ▪Ress. Liaison : 75 000\$ récur. ▪Ress. cléricale: 75 000\$ récur. ▪Formation (1%) : 2 250\$ récur. ▪Équip. med d'urgence : 20 000\$ non récur. ▪Frais adminsitratif et équip informatique : 60 000\$ non récur. Formation et mise à jour des soins inf. : 27 000\$ non récur.



	GMF (Groupe de médecine de famille)	CR (Clinique-réseau)	CR de Montréal (ancien CMA)	CR de Québec (ancien RAM)
	Modèle ministériel	Entente négociée	Modèle d'organisation montréalais	Modèle d'organisation de la Capitale-Nationale
Axe majeur	Prise en charge (continuité)	Accessibilité (lieu, délai)	Liaison- coordination	Liaison, accès, prise en charge et Évaluation orientation éducation
Inscription	Inscription de tous les patients	Inscription des clientèles vulnérables	Inscription des clientèles vulnérables	Inscription des clientèles vulnérables
Bassin de desserte	9 000 à 30 000 inscriptions (standard de 15 000)	50 000 personnes (si requis selon PROS)	50 000 personnes	50 000 personnes



	GMF (Groupe de médecine de famille)	CR (Clinique- réseau)	CR de Montréal (ancien CMA)	CR de Québec (ancien RAM)
	Modèle ministériel	Entente négociée	Modèle d'organisation montréalais	Modèle d'organisation de la Capitale-Nationale
Services diagnostiques	Entente accès aux services diagnostiques et spécialisés à créer	Contrat pour accès aux services dx requis en urgence	Accès aux services spécialisés urgents et semi-urgents et aux services dx sur place ou à <100 m est un préalable	Accès disponibles dans un délai de 2 heures
Accréditation	Accréditation par le MSSS sur recommanda- tion agence	Accréditation par agence, selon PROS approuvé MSSS; soumis CP pour nb de forfaits	Selon plan d'organisation régional de l'agence	Selon les paramètres approuvés par le DRMG et les tables territoriales



	GMF (Groupe de médecine de famille)	CR (Clinique- réseau)	CR de Montréal (ancien CMA)	CR de Québec (ancien RAM)
	Modèle ministériel	Entente négociée	Modèle d'organisation montréalais	Modèle d'organisation de la Capitale-Nationale
Offre de service sur place	lundi au vendredi : 12 heures de services samedi, dimanche, fériés : SRV : 4 heures	SRV : 12 h par jour du lundi au vendredi et 8 h les samedi, dimanche et fériés % RV-SRV selon entente avec CSSS	RV : 50 % des heures-md à terme SRV : 12h par jour, 365 jours	70 % RV (incluant SAD) et 30 % SRV 73 hres/sem SRV
Organisations médicales Admissibles	UMF – CLSC – Cabinets CR et CMA : admissibles	Cabinets CLSC : exception GMF admissibles	Cabinets CLSC : exception GMF admissibles	Cabinets CLSC : exception GMF admissibles Cible de 20 médecins



	GMF (Groupe de médecine de famille)	CR (Clinique- réseau)	CR de Montréal (ancien CMA)	CR de Québec (ancien RAM)
	Modèle ministériel	Entente négociée	Modèle d'organisation montréalais	Modèle d'organisation de la Capitale- Nationale
Rémunération médicale	Rémunération md : (Annexe V) : - 7,00 \$ inscription -Coordination md 300 \$/sem - 3 hres/ETP/sem	-Déplafonnement. -forfait 80,00 \$/4hres en heures défavorables -coordination md : 6 X 50,00 \$ par semaine (+ 3 si GMF) -Nb de forfaits selon plan d'organisation	Rémunération md : Application entente CR	Rémunération md : application de l'entente CR
Support financier	Allocation \$ nouvelle du MSSS, proportionnelle à la clientèle R.H. : infirmière (2), secrétariat, technicien en administration Immobilisation et location Équipement informatique Lien RTSS Logiciels et licences Formation (non récurrent) Frais de déplacement	NIL	Réallocation \$ interne par l'agence R.H. -personnel liaison (2) -secrétariat-soutien adm -frais de déplacement / selon ETP Lien RTSSS Logiciels et licences (non récurrent)	<u>CSSS/ASSS/</u> <u>Budget récurrent :</u> Ress. nursing Ress. Liaison Ress. cléricale Formation (1%) <u>Budget non récurrent :</u> Équip.med d'urgence Frais adminsitratifs et équip informatique Formation et mise à jour des soins inf. 4 semaines



Les Coopératives de solidarité santé

- Entreprise appartenant collectivement aux membres utilisateurs des services :
 - créée pour des raisons économiques et sociales par des personnes ayant un besoin commun;
 - misant sur un capital en provenance d'une souscription à une part sociale.
- Il s'agit essentiellement d'une modalité d'affaires guidée par des valeurs et des principes éthiques :
 - d'entraide;
 - de démocratie (pouvoir exercé par les membres);
 - d'égalité (un membre égale un vote sans égard au nombre de part);
 - d'engagement envers la collectivité;
 - favorisant l'autonomie des personnes et le développement des collectivités;
 - protégeant l'image du mouvement coopératif.



Les Coopératives de solidarité santé

Principes

Modèle d'affaires :

Adhésion volontaire de la population à la part sociale de la coopérative.

Indépendance et dissociation entre la gestion, les intérêts et le financement de la coopérative et ceux des dispensateurs de services.

Coopérative structurée selon le modèle d'organisme à but non lucratif

Offre de service :

Accessibilité aux services de santé assurés par l'État à tous (même les non-membres) sans discrimination d'appartenance à la coopérative.

Engagement formel avec le réseau public de la santé, notamment avec les CSSS.

Compatibilité et complémentarité avec les modèles existants d'organisation de services médicaux (GMF, clinique réseau, clinique privée).

Regroupement d'une gamme de services de santé primaire, de services sociaux et de services connexes, en lien avec les orientations du département régional de médecine générale (DRMG) et du plan d'organisation des services du CSSS (PROS)



.... en omnipratique

- Pratiques cliniques
- Modèles de pratique: enjeu de complémentarité
- **GMF : bilan et annexe 3**
- Outils informationnels
- PREM omni



L'offre de service: Objet d'une planification régionale

- Accessibilité
 - RV, sans RV, soins à domicile, heures défavorables, garde 24/7...
- Prise en charge et suivi par le médecin
- Suivi conjoint avec infirmière y compris les services préventifs
- Coordination avec les services des CSSS (autres professionnels, dont intervenant social, pharmacien, etc.) et avec programmes et réseaux intégrés (suivis systématiques)



Un Groupe de médecine de famille c'est...

Un regroupement formel et surtout organisationnel de médecins de famille choisissant collectivement de mettre en place une offre de service :

- provenant de différents milieux : cabinet – CSSS – UMF
- travaillant en groupe
- travaillant en étroite collaboration avec des infirmières
- offrant des services médicaux de 1^{ère} ligne
- permettant à la clientèle générale de s'inscrire volontairement, auprès d'un médecin du groupe
- donnant accès à une clientèle non confinée à des limites territoriales
- et offrant une réponse adaptée 24 / 7 (Info-Santé et garde en disponibilité)



Un travail de collaboration: avec l'infirmière

- Les infirmières jouent un rôle beaucoup plus élargi à l'intérieur du cadre législatif en vigueur (Article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers)
 - * Absence d'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (à ce jour au Québec)
- Activités professionnelles:
 - d'évaluation
 - de prévention et de promotion de la santé
 - des activités diagnostiques
 - de soins et de traitements
 - de suivi du plan thérapeutique
 - complémentaires (liaison, planification, organisation) et non de substitution
- Autorité fonctionnelle du médecin responsable et demeurent rattachées au CSSS d'origine



Solutions cliniques informatisées à court et moyen termes:

- Inscription électronique « en ligne » à la RAMQ
- Résultats de laboratoire: 75 % des GMF les reçoivent
- Liens efficaces avec Info-Santé – Transmission d'information clinique pour la clientèle vulnérable (Version web disponible vers 2007)
- Aviseur pharmacothérapeutique avec module de prescription
- Transmission électronique de la liste de garde
- Sites cliniques préférés
- Connexion Internet Haute vitesse ou via « RTSS ».
- Support technique

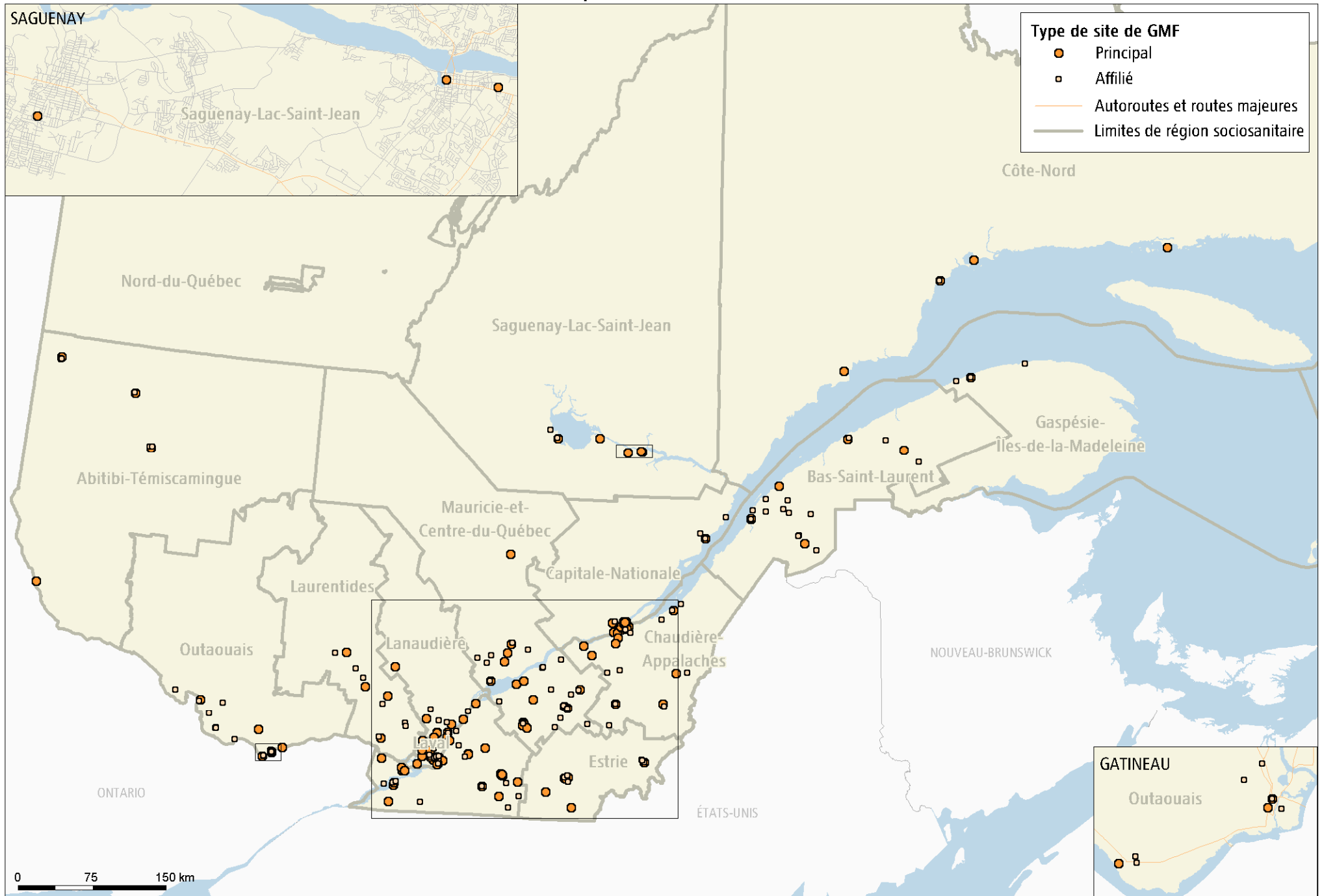


Données factuelles sur les GMF en date du 24 avril 2007

- 131 GMF accrédités
 - 1 538 médecins 1180 ETP-GMF
 - >230 infirmières
 - 93 cliniques privées 20 mixtes 18 publics
 - 252 sites cliniques
 - 1 063 527 patients inscrits en ligne RAMQ (en date du 5 mai 2007)
 - 63 CSSS
 - Dans toutes les régions du Québec
 - Couverture presque complète de sous-régions (Littoral Chaud.-Appalaches, Hte Yamaska, Vaudreuil, La Pommeraie,)
 - 8 projets en processus d'accréditation
 - 42 projets en préparation dans les régions

Région		GMF accrédités	Reçus au MSSS	Projets GMF en préparation	Projets qui ont manifesté un intérêt à l'agence
1	Bas-St-Laurent	6		2	
2	Saguenay-Lac-St-Jean	5		5	1
3	Capitale nationale	14		5	2
4	Mauricie et du Centre-du-Québec	16	2	1	7
5	Estrie	9		2	1
6	Montréal	12	2	10	7
7	Outaouais	6	1	4	1
8	Abitibi-Témiscamingue	4		2	
9	Côte-Nord	4		1	
11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1	1	2	
12	Chaudière-Appalaches	12	1		
13	Laval	5			4
14	Lanaudière	9		3	3
15	Laurentides	6	1		2
16	Montérégie	22		5	5
Total:		131	8	42	33

LOCALISATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE AU QUÉBEC



Localisation des groupes de médecine de famille

Région sociosanitaire de la Montérégie



Le GMF : c'est aussi une occasion d'affaire...

Ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF

Rubriques	GMF comptant < 9 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 9 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 12 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 15 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 19 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 24 000 Inscription *	GMF comptant ≥ 30 000 Inscriptions *	
Personnel infirmier Montant minimal (1 poste = 35 h/sem) Soutien administratif Allocation maximale Technicien en administration (échelon 7) Secrétaire (échelon 4)	Accréditation accordée exceptionnellement Chaque situation sera analysée selon son contexte particulier	Total des RH : 128 695 \$ avec un minimum de 42 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 38 437 \$ pour le personnel clérical	Total des RH : 171 593 \$ avec un minimum de 56 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 58 000 \$ pour le personnel clérical	Total des RH : 214 491 \$ avec un minimum de 70 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 87 181 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 38 437 \$ - secrétariat	Total des RH : 256 582 \$ avec un minimum de 87,5 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 97 431 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 48 687 \$ - secrétariat	Total des RH : 313 940 \$ avec un minimum de 112 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 110 244 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 61 500 \$ - secrétariat	Total des RH : 380 238 \$ avec un minimum de 140 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 125 618 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 76 874 \$ - secrétariat	
<u>Loyer</u>		480 pi ²	640 pi ²	800 pi ²	1 000 pi ²	1 200 pi ²	1 400 pi ²	
<u>Ameublement</u> (non récurrent)		1 000 \$	1 500 \$	2 000 \$	2 500 \$	3 000 \$	3 500 \$	
<u>Frais de déplacement</u>		Jusqu'à 3 600 \$	Jusqu'à 4 800 \$	Jusqu'à 6 000 \$	Jusqu'à 7 500 \$	Jusqu'à 9 000 \$	Jusqu'à 12 000 \$	
<u>Informatisation</u>		Jusqu'à 10 postes	Jusqu'à 13 postes	Jusqu'à 16 postes	Jusqu'à 19 postes	Jusqu'à 24 postes	Jusqu'à 29 postes	
<u>Imprimante au laser</u>		1	1	1	1	1	2	
<u>Formation informatique</u> (non récurrent)		Prévoir des coûts de formation informatique en lien avec le technocentre régional de façon proportionnelle au nombre de personnes composant le GMF (médecins et personnel de soutien)						
Support technique informatique		Ces normes incluent la subvention pour le support technique et les autres frais s'y rapportant.						
Coûts de remplacement des salaires pour la formation informatique et l'inscription de la clientèle (non récurrent)		Jusqu'à 2 400 \$	Jusqu'à 3 360 \$	Jusqu'à 3 360 \$	Jusqu'à 4 200 \$	Jusqu'à 5 000 \$	Jusqu'à 5 800 \$	

* inscriptions pondérées par une méthode permettant de quantifier la clientèle régulière du GMF en tenant compte de sa lourdeur spécifique.



GMF...

- **Le passé :**
 - 10 ETP-md
 - 12 000 à 22 000 inscriptions
 - un seul niveau de financement
- **Le présent :**
 - aide financière et technique modulée en fonction d'un estimé de clientèle régulière comme point de départ (annexe 3)
 - pondération pour SAD et suivi obstétrical
 - ajustement du financement selon volume d'inscription en cours de route regroupement de md solos ou petits cabinets (satellites)
 - complémentarité avec CR, avec COOP
 - liens inter GMF
 - demande de renouvellement de tous
- **Le constant :**
 - des principes immuables (offre de services,...) adaptés au contexte local.



GMF enjeux communs du présent

- Rôles toujours à redéfinir : md, infirmière, technicien en administration
- Équilibre : accessibilité vs continuité
- Seul GMF d'un RLS vs tout RLS en GMF
- Services aux inscrits vs non inscrits
- Partage des tâches en 1^{ère} vs en 2^e ligne
- Inscription toute clientèle vs suivis systématiques clientèle lourde
- GMF partie d'un tout, pas réponse à tout
- Informatique : oui mais...



LE FUTUR...

Clinique :

- Appuyer le rôle élargi de prise en charge par l'infirmière GMF
- Intégration d'infirmières praticiennes de première ligne (IPS)
- Ouverture de l'équipe multidisciplinaire à d'autres disciplines professionnelles
- La vie en réseau inter-GMF dont par exemple le partage d'expertise clinique spécialisée en suivi systématique
- Les liens d'accès aux spécialistes et plateaux diagnostiques pour les cas semi-urgents
- La relation CSSS-GMF



LE FUTUR...

Indicateurs :

- Suivi amélioré des indicateurs d'accessibilité et de prise en charge
- Suivi d'indicateurs de qualité (en développement)

Organisationnel :

- Adaptation aux zones rurales et à certains territoires urbains
- Développement de modalités d'application progressives

Informationnel :

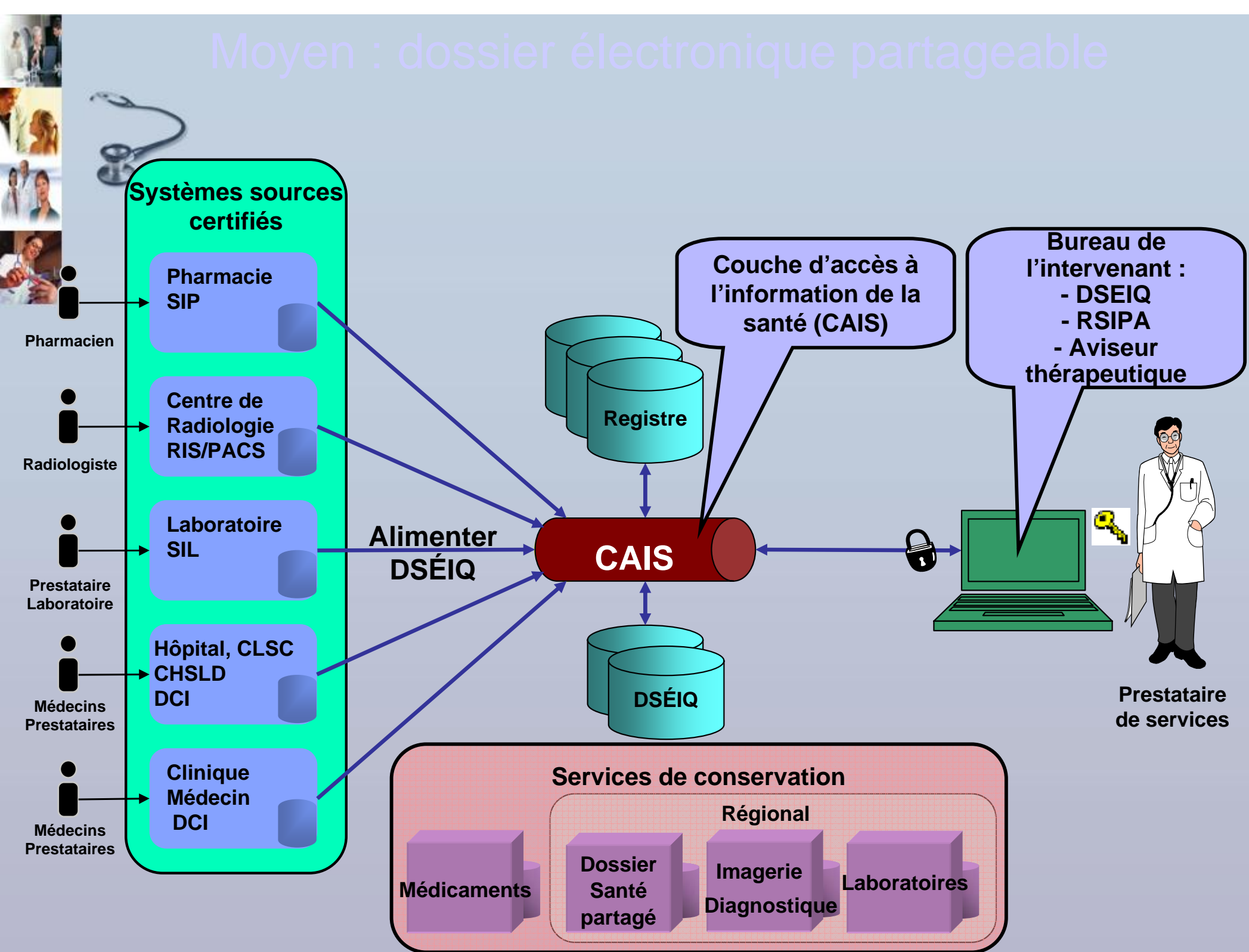
- Application cliniques informatiques performantes
- DSQ



.... en omnipratique

- Pratiques cliniques
- Modèles de pratique : enjeu de complémentarité
- GMF annexe 3
- **Outils informationnels**
- PREM omni

Moyen : dossier électronique partageable

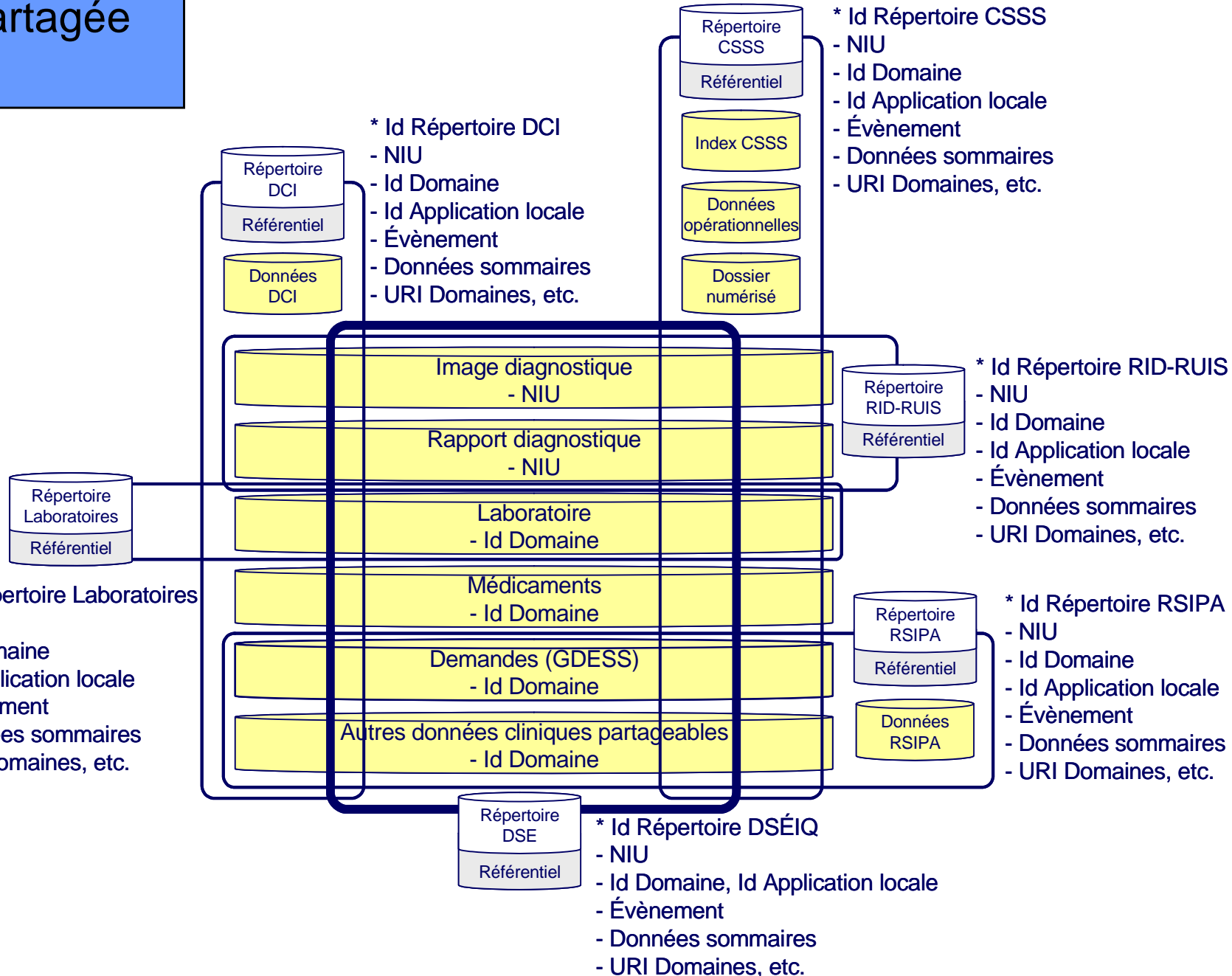


Arrimage DSE avec Domaines

Moyen :
Information
partagée



- * Id. RU
- Données nominatives
- NIU





.... en omnipratique

- Pratiques cliniques
- Modèles de pratique : enjeu de complémentarité
- GMF annexe 3
- Outils informationnels
- **PREM omni**



Régions	Nombre d'ETP msss en place corrigé (A)	Besoins normalisés (ETPmd) (B)	Écart observé (A-B) (ETPmd) (C)	Écart observé (% des besoins normalisés) (D)	Écart considéré pour le calcul de l'ajout net (E)	Pertes anticipées		
						Attrition (f2)	Départs vers une autre région (f1)	Pertes anticipées (F = f1 + f2)
Bas-Saint-Laurent	221	254	-33,1	-13,0%	-26,6	5	6	11
Saguenay-Lac Saint-Jean	275	319	-44,2	-13,9%	-39,2	6	6	12
Québec	776	771	5,1	0,7%	0,0	16	9	25
Mauricie et Centre-du-Québec	412	522	-110,6	-21,2%	-178,8	8	8	16
Estrie	323	334	-11,1	-3,3%	0,0	7	5	12
Montréal-Centre	1 871	2 084	-212,4	-10,2%	-110,3	48	28	76
Outaouais	282	349	-66,5	-19,1%	-93,7	6	5	11
Abitibi-Témiscamingue	158	187	-29,5	-15,7%	-31,6	3	6	9
Côte-Nord	138	146	-8,1	-5,5%	-8,1	3	8	11
Nord-du-Québec	38	39	-0,2	-0,4%	-0,2	1	2	3
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	144	152	-8,4	-5,5%	-8,4	3	9	12
Chaudière-Appalaches	384	413	-29,3	-7,1%	-6,1	8	7	15
Laval	319	332	-13,7	-4,1%	0,0	6	5	11
Lanaudière	332	373	-41,9	-11,2%	-26,0	6	7	13
Laurentides	433	464	-31,0	-6,7%	-5,2	9	11	20
Montérégie **	1 124	1 256	-131,6	-10,5%	-72,2	24	19	43
Nunavik	29	19	10,2	54,7%	0,0	0	2	2
Terres-Cris-de-la-Baie-James	27	17	9,8	57,3%	0,0	0	3	3
Total	7 285	8 032	-746,4	-9,3%	-606,3	159	146	305



Ajouts anticipés

Ajouts signifiés

Régions	Arrivées d'autres régions (g1)	Nouveaux facturants requis pour combler les pertes anticipées (g2)	Nouveaux facturants pour non atteinte en 2004 (g3)	Répartition des 30 postes restant selon les écarts aux besoins (g4) *	Ajout brut total (G = g1+g2+g3+g4)	Ajouts signifiés		
						Ajout brut total	Médecins en provenance d'une autre région (art. 377)	Ajout net
Bas-Saint-Laurent	2	9	3	2	16	16		5
Saguenay-Lac Saint-Jean	1	11	0	3	15	15		3
Québec	22	3	0	0	25	25	22	0
Mauricie et Centre-du-Québec	6	10	0	12	28	28		12
Estrie	7	5	0	0	12	12	7	0
Montréal-Centre	38	38	0	8	84	84	38	8
Outaouais	4	7	4	6	21	21		10
Abitibi-Témiscamingue	2	7	7	2	18	18		9
Côte-Nord	6	5	0	1	12	12		1
Nord-du-Québec	1	2	0	0	3	3		0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	4	8	7	1	20	20		8
Chaudière-Appalaches	10	5	0	0	15	15	10	0
Laval	7	4	0	0	11	11	7	0
Lanaudière	6	7	0	2	15	15	6	2
Laurentides	14	6	0	0	20	20	14	0
Montérégie **	20	23	0	5	48	48	20	5
Nunavik	1	1	0	0	2	2		0
Terres-Cris-de-la-Baie-James	2	1	0	0	3	3		0
Total	153	152	21	42	368	368		63