

Le médecin enseignant et chercheur : une mission cruciale à promouvoir

Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux

Dans le cadre des consultations
particulières sur le projet de loi n° 20, *Loi
édicte la Loi favorisant l'accès aux
services de médecine de famille et de
médecine spécialisée et modifiant diverses
dispositions législatives en matière de
procréation assistée*

25 février 2015

Table des matières

Introduction	4
La formation en médecine	4
Le rôle des médecins de famille dans la formation et l'impact de ce rôle sur leur tâche globale.....	5
Les efforts particuliers pour accroître le nombre de médecins de famille	6
Le rôle des autres médecins spécialistes dans la formation	6
Enjeux du PL 20 sur la formation en médecine	7
Modifications en matière de procréation assistée.....	8
Principes et constat	9
Conclusion	11

Le présent mémoire fait état du consensus établi par les doyens des facultés de médecine des quatre établissements universitaires québécois dotés d'une telle faculté à l'égard du projet de loi n° 20 (PL 20).

Il est respectueusement soumis à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale par monsieur David Eidelman, vice-principal (affaires de santé) et doyen, Faculté de médecine, Université McGill, pour et au nom de ses collègues des établissements suivants, qui en ont approuvé le contenu :

Rénald Bergeron, Faculté de médecine, Université Laval

Hélène Boisjoly, Faculté de médecine, Université de Montréal

Pierre Cossette, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

David Eidelman, Faculté de médecine, Université McGill

INTRODUCTION

Nous remercions la Commission de la santé et des services sociaux de nous donner l'occasion d'exprimer le point de vue des facultés de médecine ci-haut mentionnées au sujet du PL 20.

D'emblée, il faut qu'il soit clair que nous souscrivons à l'objectif général visé par le projet de loi d'« optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée ». Nous sommes conscients que des changements doivent être apportés à l'organisation des soins et services pour offrir à la population québécoise les meilleurs services de santé, accessibles, de qualité, et prodigués par des professionnels du plus haut calibre. Les facultés de médecine seront disposées à collaborer à l'atteinte de cet objectif dans la mesure où seront protégées, dans le nouveau cadre juridique, les conditions permettant de continuer à assurer une formation universitaire de qualité en médecine (et dans d'autres disciplines apparentées), ainsi que des activités de recherche pertinentes et de haute qualité.

Ce projet de loi nous semble toutefois inacceptable en l'état actuel. Il est en effet susceptible d'avoir un impact négatif sur plusieurs dimensions qui forment le cœur même de la mission académique des facultés de médecine québécoises, soit l'enseignement et la recherche, et ce, aussi bien en médecine de famille que dans les autres spécialités.

Force est de constater à la lecture du projet de loi, en son état actuel, qu'on y passe entièrement sous silence les besoins particuliers de l'enseignement en médecine de famille, et qu'on effleure à peine ceux de l'enseignement dans les autres spécialités.

De ne pas prévoir de modalités particulières, convenues conjointement avec les universités, pour les médecins cliniciens enseignants responsables de la formation universitaire pourrait leur rendre impossible d'accomplir à la fois leurs tâches académiques, d'une part, et d'autre part, des tâches cliniques fixées à une hauteur prescrite de manière paramétrique indifféremment pour tous les médecins.

En l'état actuel, le projet de loi risque fort de conduire à un empiétement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la gestion des affaires académiques et la formation des étudiants en sciences de la santé, qui doivent demeurer des prérogatives universitaires. Le contrôle gouvernemental des activités cliniques des médecins ne doit pas avoir d'impact sur les besoins de la formation et de la recherche universitaires qui sont déterminés par les facultés de médecine, dans le respect des critères d'agrément qui leur sont imposés, et dans le cadre général des obligations et responsabilités qui sont celles des établissements d'enseignement supérieur.

Pour ces raisons, nous n'adhérons pas au projet de loi présenté.

LA FORMATION EN MÉDECINE

L'enseignement est une mission essentielle remplie par la profession médicale. Il est pris en charge à la fois par les médecins en pratique clinique et par des médecins qui donnent des prestations d'enseignement et qui participent aux différentes facettes de la vie et de la gestion des programmes universitaires en médecine et en sciences de la santé. Il est soumis à une

variété d'exigences et de normes de qualité qui sont similaires dans toutes les facultés canadiennes et reconnues par les organismes d'agrément nord-américains.

Ensemble, les quatre facultés de médecine québécoises comptent actuellement un peu plus de 4 000 étudiants aux études médicales de premier cycle et environ 4 000 autres en résidence, dont un peu plus de 1 000 en médecine de famille. Leurs réseaux d'enseignement couvrent tout le Québec et s'étendent dans plusieurs milieux éloignés et ruraux.

LE RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE DANS LA FORMATION ET L'IMPACT DE CE RÔLE SUR LEUR TÂCHE GLOBALE

La formation en médecine de famille est dispensée dans 48 unités de médecine familiale (UMF) rattachées à l'une ou l'autre des quatre facultés de médecine : ce sont des centres universitaires, des milieux de soins, de formation et de recherche, ainsi que des foyers d'innovation dans les modèles d'organisation de services.

En plus de participer à la formation des futurs médecins de famille, ces UMF prodiguent des soins à un demi-million de Québécois qui y sont inscrits comme patients et qui peuvent les fréquenter jusqu'à plusieurs fois par année.

La formation des résidents en médecine de famille, qui dure deux ans, nécessite une participation importante et un engagement constant des médecins cliniciens enseignants. Les stages en résidence de médecine de famille sont répartis entre les milieux de première ligne en UMF (suivi des patients, sans rendez-vous, visites à domicile et soins de longue durée) et les milieux de deuxième ligne en hôpitaux (étages généraux et spécialisés, services d'urgence, soins palliatifs, soins aux personnes âgées, services aux toxicomanes, services en santé mentale, obstétrique et autres). Certes, les médecins spécialistes participent à la formation des résidents en médecine de famille dans nos milieux hospitaliers, mais la majorité de l'enseignement y est assurée par les médecins de famille.

Les résidents en médecine de famille n'acquièrent une autonomie suffisante pour permettre un débit clinique comparable aux milieux ne faisant pas d'enseignement que dans les derniers mois de leur formation seulement. Le médecin clinicien enseignant doit superviser le résident afin qu'il puisse assurer des soins de qualité, ce qui lui demande considérablement plus de temps que s'il prodiguait lui-même ces soins sans devoir assumer ni enseignement ni supervision. De plus, il supervise des étudiants en médecine (au premier cycle, à l'externat), des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées, et des médecins effectuant des stages de mise à niveau requis par le Collège des médecins du Québec. En somme, la productivité d'une équipe en UMF ne peut donc être comparée à celle d'un cabinet privé, car leurs réalités respectives sur le plan du débit et de la volumétrie clinique sont fort différentes.

Les médecins de famille cliniciens enseignants jouent également un rôle dans la formation de premier cycle au doctorat en médecine. La contribution des médecins de famille à la formation doctorale est essentielle et représente, selon les facultés, entre 20 % et 70 % de l'enseignement total. Les médecins de famille sont responsables, entre autres, d'une grande partie des cours d'introduction à la médecine clinique et à la démarche clinique, des cours en

petits groupes ainsi que des stages obligatoires des externes, non seulement en médecine de famille mais aussi en soins palliatifs, en gériatrie, en urgence et en santé des femmes.

Les médecins de famille participent de plus à la formation d'autres professionnels de la santé tels que les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, les nutritionnistes, les pharmaciens et les psychologues. Ils exercent en outre des tâches essentielles dans les services d'urgence, les soins palliatifs, les soins aux personnes âgées, les services aux toxicomanes, les services en santé mentale, l'obstétrique et bien d'autres milieux encore.

LES EFFORTS PARTICULIERS POUR ACCROÎTRE LE NOMBRE DE MÉDECINS DE FAMILLE

À la lumière des pénuries constatées de médecins de famille, un effort concerté sur plusieurs années de tous les intervenants, incluant le ministère de la Santé et des Services sociaux, a permis de valoriser et de positionner cette spécialité pour en améliorer l'attractivité et favoriser le généralisme dans la formation médicale. Au cœur de ces initiatives, les médecins de famille ont œuvré en grand nombre dans toutes les dimensions de la formation médicale (ainsi que dans la formation des infirmières praticiennes spécialisées). Ils ont accepté cette mission et accompli ce travail avec brio.

Le MSSS a fixé aux quatre facultés de médecine des cibles ambitieuses quant au nombre de résidents en médecine de famille à former. À titre indicatif, alors qu'en 2004-2005, 223 postes d'entrée en médecine de famille étaient offerts dans le contingent régulier de la résidence, ce nombre est passé à 455 en 2014-2015. Il a donc doublé en 10 ans. Les projections actuelles prévoient que ce nombre continuera d'augmenter pour atteindre un sommet de 514 en 2017. Comme mentionné précédemment, au total, cette année, ce sont plus de 1 000 résidents qui sont en formation en médecine de famille au Québec. Les facultés de médecine, et tout particulièrement leur corps professoral en médecine de famille, ont dû consentir des efforts importants pour développer leurs capacités d'accueil en médecine de famille à un rythme aussi soutenu. La participation du corps professoral des départements de médecine de famille et d'urgence dans la formation des résidents s'est accrue proportionnellement; elle est appelée à encore augmenter au cours des prochaines années.

Il faut à tout prix éviter de concevoir des lois et règlements qui pourraient remettre en question les acquis des dernières années.

LE RÔLE DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LA FORMATION

La formation en médecine spécialisée est dispensée dans des milieux cliniques qui sont eux aussi des lieux de soins, de formation et de recherche, et des environnements d'innovation dans les modèles d'organisation de services.

Les stages en résidence se font essentiellement en milieux hospitaliers. La formation des résidents en médecine spécialisée a également un impact important sur la productivité clinique du médecin clinicien enseignant puisque celle-ci est affectée par l'enseignement et la supervision, de même que par la recherche.

Les médecins spécialistes cliniciens enseignants jouent également un grand rôle dans la formation de premier cycle au doctorat en médecine et dans d'autres disciplines apparentées.

ENJEUX DU PL 20 SUR LA FORMATION EN MÉDECINE

La relation entre les facultés et leurs milieux de formation clinique est fondée sur la synergie entre les trois volets interdépendants et très étroitement liés que sont les soins cliniques dispensés à la population, la formation des futurs professionnels et la recherche clinique et fondamentale (incluant l'évaluation des nouvelles technologies). Cette relation va bien au-delà d'un simple partenariat. Dans le contexte de la réforme, nous estimons essentiel de veiller à ce que soient non seulement préservées mais mises en valeur les missions d'enseignement et de recherche dans les milieux qui ont une vocation universitaire.

Les notes explicatives du PL 20 précisent que la « loi prévoit notamment qu'un médecin omnipraticien doit assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients et qu'un médecin spécialiste doit recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients ». Rien dans le projet de loi ne vient toutefois laisser entendre que la situation particulière des médecins œuvrant en contexte universitaire sera prise en compte. Cette omission pourrait engendrer des conséquences fortement indésirables.

Tout d'abord, la formation de premier cycle au doctorat en médecine risque d'être la première touchée par l'imposition de quotas de nombres minimaux de patients à suivre pour chaque médecin. La pression clinique et l'obligation de productivité clinique risquent de rapidement détourner les cliniciens de leurs tâches d'enseignement au premier cycle. Il convient de noter que ceci s'inscrirait à l'encontre des recommandations de l'Association des facultés de médecine du Canada qui, dans le cadre de la vision qu'elle a développée sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada, recommande notamment de valoriser le généralisme.¹ Les programmes de formation en résidence en subiront vraisemblablement ensuite également les contrecoûts.

À une époque où l'enseignement en médecine de famille joue un rôle crucial pour répondre aux besoins de la population, nous craignons tout particulièrement un désengagement majeur de notre corps enseignant à l'égard des responsabilités académiques et nous entrevoyons des difficultés importantes de rétention et de recrutement. Notre évaluation des impacts du PL 20 sur l'activité clinique et universitaire des médecins de famille cliniciens enseignants nous permet d'identifier plusieurs menaces qui pourraient venir limiter la capacité des facultés de médecine à répondre aux exigences du gouvernement quant au nombre de médecins de famille à former pour répondre aux besoins de la population québécoise au cours des

¹ « Reconnaissant que le généralisme est fondamental pour tous les médecins, les études médicales prédoctorales doivent se centrer sur un contenu largement généraliste, incluant les soins complets en médecine familiale. De plus, des médecins de famille et d'autres omnipraticiens doivent participer à part entière à toutes les étapes des études médicales prédoctorales » (AFMC, *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*, p. 26).

prochaines années, et ce, dans toutes les régions du Québec. Les cibles convenues de voir 55 % des places d'entrée en résidence offertes en médecine de famille d'ici 2016 nous semblent en effet susceptibles d'être compromises par le projet de loi tel qu'actuellement formulé.

Nous craignons également que s'estompent les progrès que nous avons faits récemment en ce qui concerne la perception positive de la médecine de famille chez nos étudiants comme un choix de carrière prometteur et avantageux. En outre, l'importante implantation du nouveau curriculum pédagogique en médecine de famille s'avérera difficile dans le contexte du PL 20, ce qui pourrait mettre en péril l'agrément de nos programmes.

Il nous semble tout à fait crucial de confirmer que nos milieux pourront continuer à remplir leurs fonctions, une fois en vigueur les obligations que le gouvernement imposerait aux médecins.

De ne pas distinguer d'entrée de jeu que les médecins œuvrant dans les milieux d'enseignement pratiquent leur profession selon des paramètres particuliers induirait un risque élevé de traiter inéquitablement ces médecins et de les soumettre à des obligations impossibles à respecter. En outre, certains médecins enseignants ont des responsabilités institutionnelles, provinciales et nationales afin d'assurer le respect des normes d'agrément et de la qualité de la formation. Une telle activité individuelle s'inscrit nécessairement dans une approche collective afin d'atteindre les objectifs pédagogiques des différents programmes de formation.

En ce qui concerne la recherche et sa reconnaissance, il nous apparaîtrait également important que les obligations des médecins œuvrant en milieu universitaire puissent être formellement modulées pour reconnaître ce rôle.

MODIFICATIONS EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

La partie II du PL 20 porte sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée.

Les facultés saluent le désir du ministre de donner davantage d'importance à l'évaluation éthique des projets de recherche en matière de procréation assistée et également son intention de demander à un organisme compétent, comme le Collège des médecins du Québec, d'élaborer, si nécessaire, des lignes directrices en matière de procréation assistée.

Toutefois, elles craignent un impact négatif majeur du projet de loi sur le niveau d'activité dans les infrastructures académiques qui se trouvent dans leurs centres hospitaliers d'enseignement (CHU). Ces infrastructures sont ou seront le siège des programmes de formations aux étudiants, résidents et *fellows* et ces programmes risquent d'être grandement affectés si le projet de loi a pour effet de diminuer le nombre de cycles qui s'y déroulent. La recherche d'envergure risque également d'être sérieusement compromise par une diminution des activités, ce qui affectera les programmes de formation qui doivent obligatoirement s'arrimer à la recherche dans ce domaine de pointe. Il faut donc sauvegarder ces infrastructures et leur mission académique, quel que soit le mode de financement choisi pour la procréation assistée.

PRINCIPES ET CONSTAT

En conséquence de ce qui précède, nous estimons que toute réforme du système de santé doit reposer sur les principes suivants :

Principe 1 – *La reconnaissance de l'importance cruciale d'une collaboration formelle et soutenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science et les facultés de médecine dans la transformation du réseau*

Une instance formelle de collaboration entre le MSSS, le MESRS et les facultés de médecine doit être mise sur pied et être étroitement associée à l'élaboration et l'implantation du cadre réglementaire ainsi que des mesures administratives qui découleront de l'adoption de tout projet de loi qui pourrait être adopté dans le cadre de la transformation du réseau en cours.

Principe 2 – *La reconnaissance du statut de médecin de famille enseignant et chercheur et l'adaptation des exigences cliniques prévues à celles qui sont d'ordre académique*

Les contributions attendues des médecins de famille devront être modulées pour tenir compte de leur pratique polyvalente et de leurs contributions à la mission universitaire. Pour ce faire, plusieurs dimensions devront être considérées : implications essentielles à la mission académique (enseignement, recherche et gestion), type de pratique (urgence, soins hospitaliers, soins à domicile, soins palliatifs, soins intensifs, obstétrique, etc.), besoins et degré de vulnérabilité de la clientèle.

Principe 3 – *La reconnaissance du statut de médecin spécialiste enseignant et chercheur et l'adaptation des exigences cliniques prévues aux exigences académiques*

Les contributions attendues des médecins spécialistes devront être modulées pour tenir compte de leur pratique polyvalente et de leurs contributions à la mission universitaire. Pour ce faire, plusieurs dimensions devront être considérées : implications essentielles à la mission académique (enseignement, recherche et gestion), type de pratique, besoins et degré de vulnérabilité de la clientèle.

Principe 4 – *La reconnaissance d'une pratique collective et interdisciplinaire de la médecine de famille dans les milieux qui font de l'enseignement*

L'obligation individuelle que prescrit le PL 20 d'assurer le suivi médical d'un certain nombre de patients à tous les médecins de famille sans tenir compte du type de clientèle dans les milieux de pratique, ni de l'enseignement donné par ceux-ci, comporte des risques sérieux de fragiliser les UMF qui ont une mission d'enseignement. Cette obligation individuelle a aussi le potentiel de nuire de façon importante aux services de deuxième ligne où les médecins de famille sont présents (services d'urgence, soins palliatifs, soins aux personnes âgées, services aux toxicomanes, services en santé mentale, obstétrique et autres). Une approche collective pourrait être une option afin de répondre davantage à l'accessibilité des soins tout en maintenant les activités d'enseignement et de recherche. Une reconnaissance d'un engagement collectif des médecins de famille, dans une perspective interdisciplinaire et définie

selon des dimensions académiques et cliniques, permettrait de viser les objectifs dans le respect du partage des tâches entre les membres de l'équipe. Le projet de loi prévoit d'ailleurs un tel partage de tâches en médecine spécialisée, à l'article 11.

Principe 5 – *La reconnaissance que les milieux cliniques et en particulier les UMF sont à configuration variable et nécessitent donc des ressources adaptées pour répondre aux besoins de leur population et aux besoins de formation*

Nous recommandons de reconnaître que les 48 UMF du Québec ne sont pas toutes semblables. En raison des besoins spécifiques de leur clientèle ou de l'organisation des services dans leur communauté, certaines UMF nécessitent des ressources différentes ou en quantité différente (ex. : travailleurs sociaux, psychologues ou spécialistes en nutrition). L'allocation équitable des ressources financières aux UMF ne doit pas passer par un modèle uniforme et rigide.

Pour tous les médecins spécialistes, incluant ceux en médecine de famille, la pratique médicale en région est différente de la pratique médicale en milieu urbain. Les clientèles et l'accès aux spécialistes et ressources doivent être considérés afin de répondre aux besoins ciblés de la population selon la répartition géographique des soins de santé.

Principe 6 – *La reconnaissance que des conditions matérielles spécifiques sont essentielles si on veut assurer l'accessibilité et une qualité d'enseignement*

Nous estimons que l'informatisation des UMF est une condition essentielle si on souhaite augmenter l'accessibilité et assurer la qualité des services. Le financement de ressources et d'infrastructures telles qu'un système téléphonique avec monitoring en temps réel de l'achalandage, des logiciels de gestion et de prise de rendez-vous, de même que des outils de communication électroniques avec les patients, faciliteraient grandement l'atteinte des cibles tant cliniques qu'en enseignement. Plusieurs projets de transformation de la pratique en UMF ont démontré que les variables clés du succès de ces initiatives étaient le soutien au changement (ressource professionnelle) et l'engagement des directions. Pour les spécialistes, afin d'avoir une accessibilité rapide aux différentes spécialités, des ressources informatiques sont indispensables afin de ne pas répéter les examens et de permettre un accès adapté aux différentes spécialités. Un accès adapté des plateaux techniques permettrait une diminution significative des listes d'attentes et une meilleure prise en charge des patients.

Constat

Constatant l'absence de garanties du respect de ces six principes, les facultés ne peuvent donner leur appui au projet de loi actuel.

CONCLUSION

Nous souscrivons à l'objectif général du PL 20, à savoir d'« optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée ». Pour atteindre cet objectif, le projet de loi propose d'établir une nouvelle façon de quantifier l'accessibilité au système médical. Les facultés de médecine du Québec souhaitent que toute réforme favorise le maintien des plus hautes normes de qualité dans nos milieux de formation et de recherche.

Le PL 20, dans sa forme actuelle, est toutefois inacceptable, car il ne reconnaît pas formellement l'importance de l'activité universitaire des médecins enseignants et il prévoit la mise en place de moyens qui nous semblent inappropriés pour atteindre ces objectifs. Les facultés offrent leur participation à l'élaboration de moyens acceptables à tous. Pour y arriver, cette participation passe par une réelle consultation des facultés de médecine au moment de déterminer les modalités d'amélioration de l'accès aux services de santé dans le souci du maintien d'une formation de qualité des futurs médecins.

La contribution de tous est requise pour protéger l'excellence de la formation médicale; nous estimons que nous avons tous un rôle crucial à jouer et nous vous convions à un dialogue ouvert et constructif, vous assurant de notre collaboration en vue de l'atteinte des objectifs que l'Assemblée nationale fixera, et ce, dans l'intérêt fondamental du Québec.