



Mémoire rédigé dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 11, Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre

Publié le 1er février 2022
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec

Rédigé par

Catherine Lajoie, présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec
Victoria Blouin, vice-présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec
Vanessa Bisson-Gervais, déléguée aux affaires politiques de la Fédération médicale étudiante du Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant: politique@fmeq.ca

Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Qc

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiantes et étudiants en médecine répartis dans les quatre facultés et sept campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académique, social, politique et du bien-être.

Les étudiantes et étudiants en médecine ont à cœur de s'impliquer et se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la santé environnementale, la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, le don d'organes et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les sept campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

Définitions

Médecin omnipraticien

Un médecin de famille, aussi appelé médecin omnipraticien, est un médecin ayant d'abord complété un doctorat de premier cycle en médecine d'une durée de 4 ans, suivi d'au minimum 2 années de résidence en médecine familiale. À la suite de sa résidence, le médecin de famille doit par ailleurs réussir l'examen du Collège des médecins de famille du Canada. Une fois accrédité, l'omnipraticien peut décider de poursuivre sa formation pendant un an dans un domaine plus précis tel que les soins palliatifs, la médecine sportive, la médecine hospitalière, la médecine d'urgence ou la médecine maternelle et infantile.¹

Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

Les PREM en médecine de famille autorisent, pour chaque région administrative du Québec, une cible quantitative pour le recrutement de médecins de famille qui permet de répartir équitablement l'ajout d'effectifs. Ces plans sont revus chaque année en fonction des écarts observés entre les effectifs en place et les besoins à combler dans chacune des régions. Ils tiennent compte de la mobilité des médecins déjà en exercice et du nombre attendu de nouveaux médecins. Les différentes régions du Québec ne bénéficiant pas toutes du même niveau d'accessibilité aux soins de santé, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. En médecine familiale. On utilise le terme PREM pour désigner les postes accordés dans une des 18 régions administratives, avec un engagement prioritaire dans un réseau local de service (RLS). L'obtention d'un avis de conformité implique un engagement du médecin à maintenir la majorité de sa pratique, soit 55% et plus de ses jours de facturation, dans un sous-territoire (RLS) de la région où il détient un PREM. Le PREM n'est pas associé à un type de pratique mais bien à un lieu de pratique.²

Activités médicales particulières (AMP)

Il s'agit des services rendus dans un département d'urgence; des soins offerts aux patients admis en soins de courte durée; des services impliquant une garde en disponibilité et rendus en CHSLD ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC; des services en obstétrique, des services de première ligne rendus à des clientèles vulnérables à domicile, en cabinet ou dans tout autre centre exploité par un établissement et, finalement, des services rendus dans le cadre de toute autre activité prioritaire déterminée par un Département régional de médecine générale et approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les modalités de la participation des médecins à des AMP ont été déterminées par entente particulière intervenue entre le ministre et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Les activités médicales particulières sont énumérées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et comportant une dimension prioritaire. À la suite de l'obtention d'un avis de conformité au PREM, le médecin détenant 15 ans de pratique et moins, se doit de choisir une AMP offerte par la région pour répondre aux besoins locaux. Cette AMP se fera dans l'un des services nommés à raison d'une équivalence de 12 heures par semaine. En cas de non-respect de l'entente particulière AMP, le médecin s'expose à une réduction de 30 % applicable sur l'ensemble de sa facturation faite à la RAMQ.³

¹ Fédération des médecins résidents du Québec. Lexique 101. [En ligne]. 2021. [Cité le 10 novembre 2021]. Disponible au : <https://www.fmrq.qc.ca/pages/view/id:244/slug:lexique-101/slug0:pem-prem-en-mf/lang:fre>

² Id.

³ Id.

La perspective des étudiants sur la médecine de famille

La valorisation de la médecine familiale est le cheval de bataille de la FMEQ depuis de nombreuses années. En effet, en 2019, la FMEQ a présenté aux députés de l'Assemblée nationale du Québec un mémoire portant sur la valorisation de la médecine familiale lors de sa journée d'action politique. Déjà, la FMEQ demandait d'adopter un discours politique positif envers la médecine familiale, d'abolir la loi 20 ou d'en diminuer les exigences et de considérer davantage les activités d'enseignement dans les quotas et contraintes imposés aux médecins de famille⁴.

Depuis quelques années, le nombre de postes vacants en résidence de médecine familiale ne cesse d'augmenter. Au jumelage 2021, 75 postes en médecine familiale n'ont pas été comblés pour 36 postes en 2020 et 29 en 2019⁵. Il faut remonter à 2018, où 69 postes n'ont pas été comblés pour trouver un nombre similaire. La FMEQ et plusieurs acteurs du milieu médical se sont demandés quelles étaient les raisons expliquant le choix des étudiants de tourner le dos à la médecine familiale. C'est dans ce contexte que la FMEQ a partagé un sondage en juin 2021 auprès des finissants en médecine du Québec afin d'analyser leur stratégie de jumelage et leurs raisons d'appliquer ou non en médecine de famille.

Le sondage a été partagé au mois de juin via les associations étudiantes locales à l'ensemble des étudiants finissants du Québec et de Moncton. Plus de 214 étudiants ont répondu au sondage, ce qui correspond à environ 25% des finissants en médecine. La médecine familiale était le premier choix de 29,4% de l'ensemble des répondants et 49,5% avaient la médecine familiale comme choix alternatif.

Les raisons menant les étudiants à choisir la médecine de famille, telles qu'énoncées par nos répondants, sont les suivantes:

- Diversité de pratique – possibilité de réorienter sa carrière et de la moduler
- Besoin sociétal – intérêt pour la première ligne
- Programmes de compétences avancées qui attirent de plus en plus d'étudiants
- Pratique multidisciplinaire
- Meilleure conciliation travail-vie personnelle
- Proximité avec le patient et continuité des soins
- Résidence de plus courte durée
- Possibilité de travailler partout au Québec et pratique en région attrayante
- Domaine vaste au niveau des connaissances

Les raisons menant les étudiants à ne pas choisir la médecine de famille, telles qu'énoncées par nos répondants, sont les suivantes:

- Restrictions de la pratique: peur des prochaines lois du gouvernement et de l'incertitude entourant la pratique de la médecine familiale au Québec
- Organisation complexe de la pratique (PREM, AMP, etc.)
- Peu d'intérêt suscité lors du parcours médical
- « Phobie » de la pratique de bureau exclusive
- Salaire moins attrayant que les autres spécialités
- Résidence trop courte par rapport aux connaissances à acquérir
- Moins de techniques

⁴ Fédération médicale étudiante du Québec. La médecine de famille au cœur de la première ligne et sa valorisation auprès des étudiants en médecine. 2019.

⁵ BCI, MSSS, DAU, 2021-05-21.

- Moins d'opportunités de recherche et de carrière en enseignement
- Exposition de moindre qualité durant les stages
- Préférence à prodiguer des soins à des patients malades
- Charge de travail trop importante

Lorsque l'on analyse les résultats de ce sondage, il y a peu de surprises. En effet, depuis déjà quelques années plusieurs tendances se dessinent et s'accroissent. Pour la majorité des étudiants, la médecine de famille n'est pas le premier choix de spécialité. Plusieurs entameront une carrière en médecine de famille après l'avoir classée à un rang inférieur à d'autres spécialités au jumelage à la résidence. Afin de favoriser les applications en médecine de famille et de valoriser la pratique, nous croyons que plusieurs éléments doivent changer.

Tout d'abord, il faut adapter le discours politique et universitaire. La médecine de famille n'est pas suffisamment valorisée dans les milieux universitaires et dans le discours politique. Les médecins de famille sont souvent dépeints comme des paresseux qui ne répondent qu'aux menaces. À l'automne 2021, plusieurs de nos étudiants ont réagi vivement aux déclarations du gouvernement concernant les médecins de famille qui prennent en charge moins de 1000 patients. Plusieurs étudiants ont mentionné que travailler comme médecin de famille ne semble pas être agréable, surtout dans le contexte actuel. Le travail de valorisation prendra du temps, mais nous croyons que nous devons adopter un discours commun positif mettant de l'avant la pratique de médecin de famille comme essentielle à notre système de santé. La différence de salaires et de statut social entre les médecins de famille et les autres spécialistes ne fait que creuser le fossé entre les deux spécialités.

Aussi, nous croyons qu'il est favorable de miser sur la diversité de la pratique et la possibilité de moduler sa carrière au fil des ans. La majorité des étudiants ont mentionné que c'est cette diversité de pratique qui les a poussés à choisir la médecine de famille. Les politiques entourant les PREM et les AMP découragent les étudiants à choisir la médecine de famille. La relève souhaite avoir la possibilité de diversifier leur pratique, notamment en pratiquant à l'urgence, en obstétrique ou encore en hospitalisation, surtout en début de carrière. Nous sommes actuellement à un moment charnière de la redéfinition de la première ligne et du rôle du médecin de famille. Un travail important doit être entrepris de concert avec toutes les parties prenantes du milieu médical afin de redéfinir la première ligne et le champ de compétence du médecin de famille, tout en tenant compte de la relève étudiante.

Le projet de loi 11

La FMEQ salue la volonté du gouvernement de régler rapidement la problématique d'accès à un médecin de famille au Québec. Nous ne pouvons toutefois ignorer les impacts à moyen et à long terme que ce projet de loi pourrait avoir sur la volonté des étudiants en médecine de poursuivre une carrière en médecine de famille, de même que les conséquences de l'approche unidisciplinaire du gouvernement face à une première ligne en difficulté depuis des années.

Garantir l'accès à un médecin de famille pour tous les québécois est une promesse électorale que plusieurs gouvernements ont tenté de remplir au cours des dernières années. Si l'objectif premier est d'assurer les soins à la population, la FMEQ est d'avis que le Ministère se doit de mettre en œuvre une réelle approche interdisciplinaire dans les soins de premières lignes. Le projet de loi 41 et l'entente avec le Collège des médecins du Québec concernant les responsabilités attribuées aux infirmières praticiennes spécialisées sont des pas dans la bonne direction, sans toutefois combler les besoins actuels. Nous souhaitons tout de même saluer le déploiement du Guichet d'accès à la première ligne (GAP). La FMEQ est d'avis que le

médecin de famille doit cesser d'être l'acteur principal, et parfois le seul acteur, dans la prise en charge des problèmes de santé pour lesquels d'autres professionnels sont formés à compétences égales, voire supérieures.

Au Québec, ce sont 29% des médecins de famille qui travaillent dans leur cabinet médical moins de 35 heures par semaine comparativement à 18% pour la moyenne canadienne. Ils sont 44% à travailler plus de 45 heures par semaine en cabinet au Québec, comparativement à 55% dans le reste du Canada en moyenne. Cette différence d'heures travaillées en cabinet est attribuable, du moins en partie, à une part plus élevée de médecins de famille travaillant en centre hospitalier au Québec (9%) comparativement à la moyenne canadienne (5%).⁶ L'obligation des AMP pour les médecins ayant moins de 15 ans de pratique peut en partie expliquer cette différence de pourcentage alors que 12 heures de pratique par semaine doivent leur être consacrées. Le projet de loi 11 précise que le gouvernement peut « déterminer la mesure dans laquelle un médecin doit se rendre disponible [...] et peut aussi [...] déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité d'un médecin qui doivent être offertes du lundi au vendredi, avant 8 h et après 19 h, ainsi que le samedi et le dimanche » et que les médecins visés devront « transmettre au ministre [leurs] plages horaires de disponibilité »⁷. Bien sûr, des plages horaires variées pourraient permettre un accès plus équitable aux soins médicaux pour les patients. Toutefois, si l'enjeu fondamental est un nombre insuffisant d'actes médicaux effectués par les médecins de famille en cabinet, ce ne sont pas des plages horaires modifiées qui régleront la problématique. Nous croyons qu'il faut reconnaître le rôle essentiel que jouent les médecins de famille québécois pour soutenir notre système de santé, tant en cabinets qu'en centres hospitaliers. Cette contrainte d'horaire s'ajoute aux contraintes existantes sur la pratique des médecins de famille et risque d'être perçue de manière négative par nos étudiants qui hésitent de plus en plus à choisir la médecine de famille comme carrière.

Le projet de loi 11 vise également à « autoriser la communication par la Régie de l'assurance maladie du Québec à un établissement de santé et de services sociaux et à un département régional de médecine générale de certains renseignements ». Ces informations pourront être utilisées « notamment pour [...] la surveillance de la mise en œuvre de ces politiques »⁸. En augmentant les pouvoirs de collecte de données sur la pratique des médecins de famille individuels, cela confirme la crainte préexistante de nos étudiants que le gouvernement se réserve le droit de dicter leur pratique future en tant que médecin de famille ou de les sanctionner. Nous craignons que cela accentue la hiérarchisation perçue entre les omnipraticiens et les médecins des autres spécialités qui ne sont pas visés par de telles contraintes ou une telle surveillance, et que cela nuise davantage au choix des étudiants de poursuivre une carrière en médecine de famille.

Autres remarques

Le projet de loi précise que les médecins de famille ne pourront ajouter que des patients inscrits sur la liste du Guichet d'accès à un médecin de famille à leur clientèle. En 2021, 81.4% des Québécois étaient inscrits auprès d'un médecin de famille.⁹ La liste d'attente du Guichet d'accès à un médecin de famille comptait 800 000 personnes, alors qu'on estime à 1,5 millions le nombre de Québécois sans médecin de

⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : Enquête internationale de 2019 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

⁷ Québec. Assemblée nationale. Projet de loi 11. *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre*. 2e session. 42e législature (2022) <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-42-2.html>

⁸ Id.

⁹ Institut de la statistique du Québec. Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. [En ligne]. 2020. [Cité le 10 novembre 2021]. Disponible au

https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf

famille. Nous nous interrogeons sur les moyens de faciliter l'inscription au guichet de ces quelque 700 000 personnes supplémentaires, via une inscription automatique par exemple.

La FMEQ se questionne également sur l'accès des Québécois aux nouvelles plateformes de prise de rendez-vous auprès d'un médecin de famille. Nous aimerions souligner l'importance de la gratuité des plateformes de prise de rendez-vous pour les patients, surtout considérant l'existence de plateformes payantes.

Nos recommandations

La FMEQ soutient les efforts afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne de qualité pour la population québécoise. Nous vivons présentement une crise dans le recrutement d'étudiants vers la profession de médecin de famille, qui pourrait se répercuter sur les effectifs médicaux pour de nombreuses années à venir et affecter les services à la population. Nous invitons donc à reconsidérer les interventions politiques qui peuvent contribuer à l'instabilité entourant la pratique de la médecine familiale, augmenter l'incertitude des étudiants envers leur carrière future, nuire à l'image de la profession et, au final, décourager les étudiants en médecine à s'identifier au rôle d'omnipraticien.

La FMEQ souhaite formuler six recommandations supplémentaires pouvant aider à répondre aux besoins en matière de relève médicale pour la première ligne au Québec :

- Établir un plan de valorisation de la médecine familiale claire en collaboration avec le Collège des médecins du Québec (CMQ), les Facultés de médecine, la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) et tout autre acteur du réseau de la santé pouvant contribuer à la mise en oeuvre d'une stratégie de promotion de la médecine familiale.
- Soutenir les facultés de médecine dans leurs efforts de valorisation de la médecine de famille, notamment dans la création de nouveaux Group de médecine de famille universitaire (GMF-U).
- Entretenir un discours politique positif à l'égard du travail des médecins de famille et offrir une stabilité dans l'encadrement de la pratique de la médecine familiale au Québec.
- Bonifier les montants attribués aux GMF-U et aux omnipraticiens pour la prise en charge d'externes en médecine.
- Augmenter le nombre de places dans les programmes de compétences avancées afin de favoriser la diversité de la pratique.
- Favoriser une diversité et une flexibilité des AMP pour les nouveaux médecins.
- Poursuivre et accélérer le déploiement du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) à travers toutes les régions du Québec.