

Le médecin de famille enseignant : une contribution essentielle au service de la population

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 édictant 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*

16 mars 2015



Département de médecine
familiale et de médecine
d'urgence



Département de médecine
de famille



Département de médecine
de famille et de médecine
d'urgence



Département de médecine
de famille

Table des matières

INTRODUCTION	4
QUI NOUS SOMMES : LES RÔLES DU MÉDECIN DE FAMILLE ENSEIGNANT	4
LES UNITÉS DE MÉDECINE DE FAMILLE : L'ENSEIGNEMENT INTENSIF EN CLINIQUE.....	5
ENSEIGNER LA MÉDECINE FAMILIALE, PLUS COMPLEXE QU'IL N'Y PARAÎT!.....	5
LES MÉDECINS DE FAMILLE, ACTEURS ESSENTIELS POUR LES FACULTÉS DE MÉDECINE.....	6
COMPÉTENCES ET NORMES ÉLEVÉES À MAINTENIR	6
EN QUOI LE PL 20 MENACE-T-IL LA CONTRIBUTION DES MÉDECINS DE FAMILLE À L'ENSEIGNEMENT?	7
ÉQUIVALENCES ET PONDÉRATIONS : UN EXERCICE LOURD, NÉCESSAIREMENT IMPARFAIT ET CLAIREMENT RISQUÉ	7
MARS 2015 : BILAN D'ÉTAPE NÉGATIF POUR NOS ÉQUIPES.....	7
AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ: PISTES DE SOLUTION.....	8
CONCLUSION	10

Le présent mémoire fait état du consensus établi par les directeurs de département de médecine familiale et de médecine d'urgence des quatre établissements universitaires québécois dotés d'une faculté de médecine, à l'égard du projet de loi n°20 (PL 20).

Il est respectueusement soumis à l'Assemblée nationale par Dr Jean Pelletier, représentant de la Table des directeurs de départements de médecine familiale et de médecine d'urgence du Québec, directeur du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, pour et au nom de ses collègues directeurs des départements de médecine familiale des trois autres facultés, qui en ont approuvé le contenu.

Dr Guy Béland, Faculté de médecine, Université Laval

Dr Howard Bergman, Faculté de médecine, Université McGill

Dre Marie Giroux, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Dr Jean Pelletier, Faculté de médecine, Université de Montréal

INTRODUCTION

Nous remercions la Commission de la santé et des services sociaux de nous offrir l'occasion d'exprimer le point de vue des quatre départements universitaires de médecine familiale et de médecine d'urgence (DMFMU) ci-haut mentionnés au sujet du Projet de loi n° 20 (PL 20). Ce mémoire est complémentaire à celui qui a déjà été présenté par les doyens des quatre facultés de médecine du Québec, le 25 février 2015.

Les médecins enseignants jouent un rôle déterminant et primordial en ce qui concerne l'accessibilité aux soins offerts par un médecin aux Québécois et Québécoises. Notre rôle principal, comme DMFMU au Québec, est de former la relève en médecine de famille et en médecine d'urgence, et ce, en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population. Quelque 3 300 médecins de famille enseignants contribuent, à des degrés divers, à la formation médicale au Québec, dont environ 800 dans l'une ou l'autre de nos 48 Unités de médecine de famille (UMF), qui sont distribuées sur tout le territoire. En 2014, plus de 300 nouveaux médecins de famille formés dans les UMF ont complété leur formation. Environ 1000 résidents en médecine de famille sont actuellement inscrits dans nos programmes et entreront progressivement au service de la population au cours des 3 prochaines années. Outre leur mission d'enseignement, ces milieux de formation clinique offrent des soins complets et globaux à plus d'un demi-million de personnes. Les médecins enseignants et les résidents sont au service de la population.

La responsabilité sociale ainsi que l'approche globale des patients que nous soignons sont au cœur des valeurs de notre profession. Nous reconnaissons la gravité des problèmes d'accessibilité vécus au Québec depuis trop longtemps, et souscrivons entièrement aux objectifs visés par le PL 20. Nous sommes toutefois en profond désaccord avec le PL 20 lui-même ainsi qu'avec les approches préconisées par le ministre pour atteindre ces objectifs. Nous sommes convaincus que le PL 20, dans sa forme actuelle, risque d'être extrêmement dommageable pour la contribution des médecins dans la formation de la relève. Il aurait l'effet contraire au but qu'il poursuit.

Dans ce mémoire, nous démontrons l'importance de l'apport des médecins de famille à la formation de nouveaux médecins et donc à l'accessibilité aux soins. Nous expliquons comment le PL 20 menace directement cet apport. Nous proposons des pistes de solutions pragmatiques, inhérentes au champ de nos compétences, afin d'aider à résoudre les problèmes d'accessibilité de la façon la plus efficiente et rapide possible, tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins. Nous déclarons notre volonté et notre engagement à travailler en partenariat avec tous les acteurs-clés pour y arriver.

QUI NOUS SOMMES : LES RÔLES DU MÉDECIN DE FAMILLE ENSEIGNANT

Les médecins de famille jouent un rôle capital dans toutes les sphères de la formation médicale, que ce soit à la faculté de médecine comme telle ou dans les milieux cliniques où se pratique la médecine. Certains apportent une aide ponctuelle de quelques heures ici et là, alors que d'autres contribuent de façon plus importante, par exemple comme superviseurs de stage en clinique, enseignants dans des cours ou responsables de programmes de formation.

Tous les médecins enseignants, en plus de leurs activités comme professeur, continuent à soigner des patients. Ils pratiquent et enseignent la médecine au bureau, à l'hôpital, à l'urgence, en salle d'accouchement, à domicile et/ou en soins palliatifs, répondant à la fois aux besoins de la population et aux exigences de l'enseignement. La plupart font partie d'équipes médicales basées dans les communautés, majoritairement des Groupes de médecins de famille (GMF), et travaillent en équipe avec des collègues infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes et pharmaciens.

Les Unités de médecine de famille : l'enseignement intensif en clinique

Les 48 Unités de médecine de famille (UMF) sont des milieux cliniques d'apprentissage « intensif » pour les futurs médecins et autres professionnels de la santé. Environ 800 médecins de famille y travaillent. Ces UMF sont réparties partout au Québec et sont représentatives de la réalité urbaine, semi-urbaine et régionale de notre société. Elles préparent de futurs médecins de famille pour différents types de pratique à travers le Québec, et contribuent grandement à peupler les régions de médecins de famille compétents qui se mettent au service de la population.

Les médecins de famille en UMF supervisent principalement des résidents en médecine de famille, des étudiants en médecine (externes), et des infirmières IPS-PL (souvent appelées « super-infirmières ») en formation. Les UMF accueillent aussi des médecins diplômés à l'étranger, pour des stages d'évaluation, d'immersion ou qui leur permettrait possiblement d'accéder à la pratique comme médecin de famille au Québec. Elles reçoivent également des médecins québécois à qui le Collège des médecins du Québec a demandé de mettre à niveau leurs connaissances pour continuer à bien desservir la population.

Enseigner la médecine familiale, plus complexe qu'il n'y paraît!

Le bon médecin doit savoir aborder le patient de la bonne façon pour obtenir les informations pertinentes, faire les bonnes hypothèses diagnostiques, prescrire les bons tests sans en abuser, assurer les liens avec les autres membres de l'équipe de soins et avec les autres spécialistes, recommander le bon traitement, et s'assurer que le patient a bien compris, et tout cela en tenant compte des craintes et des attentes de celui-ci. Devenir un médecin de famille compétent, capable de répondre aux besoins des patients, est un processus exigeant et complexe.

Les étudiants et les résidents apprennent par la pratique, mais les médecins enseignants doivent les encadrer de près. Ces enseignants supervisent plusieurs types de stagiaires qui ne sont pas tous à la même étape de leur formation, et qui n'apprennent pas tous au même rythme. Il faut donc adapter la façon de superviser à chaque étudiant si on veut lui donner toutes les chances d'être compétent à la fin de sa formation. L'enseignement doit donc être le plus efficient possible, il n'est pas question d'improviser ou de « laisser aller » les choses. Des stratégies d'enseignement qui ont fait leurs preuves doivent être mises en œuvre, ce qui implique, pour l'enseignant et l'apprenant, d'être très proactifs.

Les médecins de famille enseignants sont ultimement responsables de la qualité des soins donnés aux patients vus par ces étudiants; ils doivent donc décider à quel point ils doivent

refaire une partie de l'entrevue avec le patient après avoir discuté avec l'étudiant. Il en va de la qualité des soins aux gens, et quand on parle de santé on ne lésine pas.

Et puisque le programme de résidence en médecine familiale ne dure que deux ans et que les connaissances et compétences à acquérir sont très nombreuses et complexes, le travail des médecins enseignants demande beaucoup de temps et un grand engagement.

Les médecins de famille, acteurs essentiels pour les facultés de médecine

Des médecins de famille s'acquittent de 20 à 60 % des tâches d'enseignement auprès des étudiants de 1^{re}, 2^e et 3^e année de médecine dans les Facultés de médecine du Québec. Ils contribuent à la formation de tous les étudiants en médecine, peu importe que ces étudiants se destinent plus tard à une carrière en médecine familiale ou en toute autre spécialité. Certains médecins de famille occupent aussi des fonctions importantes dans les réseaux universitaires : doyen, vice-doyen, directeur de programmes, directeur de formation professorale, etc. Tous reconnaissent l'apport inestimable et essentiel des médecins de famille dans les facultés de médecine.

Cet apport des médecins de famille contribue aussi à l'enseignement, en sciences de la santé, d'une approche « généraliste » du patient. Cette approche se veut une base solide pour tout futur médecin, et tient compte de la personne entière, de l'ensemble de sa santé, de ses préférences et de ses choix; elle intègre la prévention et doit être réalisée en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

Le programme de doctorat en médecine est évidemment en continuelle évolution. Les connaissances progressent, les besoins changent, la technologie se développe. Les médecins doivent concevoir les cours et revoir les façons d'enseigner, donner les cours, animer des travaux en petits groupes, évaluer les étudiants, etc. Cette tâche considérable ne peut être prise à la légère puisqu'il en va de la qualité de la formation et donc, de la qualité des soins qui seront prodigués demain.

Les médecins de famille enseignants développent et maintiennent plusieurs expertises, comme clinicien, enseignant et parfois comme gestionnaire académique. Cette double ou triple expertise demande de la formation spécifique, de l'expérience et du temps. La qualité de la médecine au Québec prend racine dans cette expertise reconnue de ceux et celles qui assurent la formation.

Sans la contribution pédagogique des médecins de famille, les facultés ne pourraient offrir leurs programmes de formation.

Compétences et normes élevées à maintenir

L'enseignement de la médecine est règlementé par des normes très élevées, déterminées par des organismes indépendants, au Québec (Collège des médecins du Québec), au Canada (Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Association des facultés de médecine du Canada) et en Amérique du Nord (Comité de liaison sur l'éducation médicale). Ces organismes sont responsables d'autoriser nos facultés de médecine à enseigner la médecine. Si on ne répond pas aux normes, on s'expose à perdre le droit de former des étudiants ou des résidents.

EN QUOI LE PL 20 MENACE-T-IL LA CONTRIBUTION DES MÉDECINS DE FAMILLE À L'ENSEIGNEMENT?

Ce projet de loi propose de régler le problème de l'accessibilité en obligeant notamment « tout médecin omnipraticien... dans la mesure prévue par règlement, à assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients »¹. Le règlement auquel le PL 20 fait référence n'est pas encore connu, mais les propositions qui ont circulé laissent entrevoir que les exigences seront élevées, de même que les risques de pénalité financière en cas de non-respect des exigences. Nos collègues sont devant la perspective de devoir atteindre des cibles inatteignables à brève échéance.

La pression sera forte pour que les médecins de famille augmentent leur présence auprès des patients, reléguant leurs autres tâches au second plan. Les activités qui risquent de nuire à l'inscription et au suivi des clientèles, dont les activités reliées à l'enseignement, auront beaucoup moins d'intérêt et risquent fort d'être progressivement délaissées.

Équivalences et pondérations : un exercice lourd, nécessairement imparfait et clairement risqué

Pour compenser, le ministère considère instaurer un système d'équivalences, où un certain nombre d'heures d'enseignement équivaldraient à un certain nombre de patients inscrits, avec différentes modulations pour des patients inscrits au nom des résidents, etc. Selon toute vraisemblance, ce système d'équivalence serait lourd, compliqué à gérer, et ne pourrait tenir compte des différentes situations.

En effet, l'enseignement est complexe, on l'a vu, et composé de nombreuses tâches connexes et interreliées, qui souvent ne sont ni visibles, ni répertoriées, ni réparties également entre les médecins, et qui varient beaucoup d'une journée à l'autre, d'une semaine à l'autre et d'une année à l'autre. Le médecin enseignant s'ajuste constamment, en fonction des besoins des patients, de ceux des résidents et étudiants, et de ceux de la faculté. Comment les systèmes d'équivalence pourraient-ils tenir compte de toutes ces situations et de la grande variabilité de la charge de travail dans le temps? Un tel système est à risque élevé de nuire plus que d'aider.

C'est déjà un défi de recruter et de maintenir le nombre de médecins requis pour préserver les activités d'enseignement de la médecine. Le PL 20 risque de nous empêcher de former la relève. Il aurait l'effet contraire au but qu'il poursuit.

Mars 2015 : bilan d'étape négatif pour nos équipes

Le PL 20 a dès maintenant plusieurs impacts qui nous font craindre le pire.

Même si nos collègues font preuve de professionnalisme, on sent malheureusement de la démotivation, du cynisme, du découragement, de la démobilisation. Un nombre trop élevé d'entre eux a commencé à nous exprimer, fort respectueusement, au cours des dernières semaines, des projets qui remettent en question leur participation à l'enseignement. Certains envisagent de quitter une UMF pour pouvoir suivre plus de patients dans un milieu

¹ Notes explicatives, p. 2.

sans stagiaires. D'autres songent à accepter une des offres de postes, de plus en plus fréquentes, de cliniques privées désaffiliées de la RAMQ qui offrent sur place, des services privés de radiologie, et qui ont pour clientèle surtout des gens en bonne santé. D'autres encore parlent de prendre plus tôt une retraite qui était prévue dans 3 ou 5 ans, et transférer leurs patients, mais à qui?

Tout ceci est de nature à entraîner une diminution de services pour la population, ce qui irait à l'encontre des besoins des Québécois et des objectifs du projet de loi. Les pleines conséquences pourraient n'être évidentes qu'à moyen terme, lorsque nous subirons les impacts des décisions d'aujourd'hui, au moment où les responsables de cette prise de décisions ne seront plus là pour répondre de leurs actions. Il y a un risque réel de voir les médecins de famille se désengager de la formation de la relève, pour se consacrer à des tâches de prise en charge et de suivi de clientèle au détriment des fonctions d'enseignement et de recherche. La formation d'une relève compétente et motivée pourrait se voir compromise si les médecins de famille étaient poussés à se désengager de l'enseignement.

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ: PISTES DE SOLUTION

Voici ce que le réseau d'enseignement a à offrir en termes de solutions concrètes au problème de l'accès aux médecins de famille. Nous y ajoutons également des propositions d'échéanciers et d'indicateurs qui permettraient d'en mesurer l'évolution au fil du temps.

1. Augmenter le nombre de patients vus dans les UMF, au moyen de l'accès adapté (ou « accès aux soins en temps opportun ») dans toutes les UMF. Cette façon d'organiser les horaires permet de donner un rendez-vous aux patients qui en ont besoin au moment où ils en ont besoin. Cette façon de travailler, qui a fait ses preuves, a été mise en application au cours des dernières années dans quelques provinces et dans plusieurs milieux au Québec. Son succès requiert toutefois certaines conditions, dont un travail d'équipe, une stabilité du personnel, un support important du CISSS et une présence fréquente des médecins à la clinique. Quelques UMF appliquent déjà cette façon de faire et plusieurs autres sont en train de s'y convertir, même si cela pose des défis particuliers aux UMF, de l'avis même des professionnels du ministère qui donnent la formation aux équipes qui envisagent ce changement. Indicateurs : nombre d'UMF et proportion de médecins qui pratiquent en accès adapté. Échéance : 1^{er} avril 2017.
2. Faire en sorte que toutes les UMF deviennent aussi des GMF, à condition que les cadres GMF et UMF (GMF-U) tiennent compte des situations particulières, notamment dans le cas de certaines UMF en région ou en émergence. Plus de la moitié de nos milieux de formation sont actuellement des GMF, et la grande majorité des autres sont engagés dans un processus d'accréditation, comme GMF ou comme composante d'un GMF multi-sites. Indicateurs : nombre et proportion des UMF qui sont GMF. Échéance : 1^{er} avril 2017.

3. S'assurer que tous les finissants de nos programmes de formation en médecine familiale aient été formés en accès adapté et en GMF, et soient en mesure de contribuer rapidement et de manière efficace à la prise en charge d'un plus grand nombre de patients. On parle d'environ 1000 diplômés d'ici 3 ans. Indicateur : proportion des finissants qui ont pratiqué en accès adapté et qui en maîtrisent les principes. Échéance : 30 juin 2017.
4. Continuer à former des médecins de famille en nombre suffisant : Entre 2004 et 2014, dans le but de mieux répondre aux besoins en santé de la population, et à la demande du MSSS, le nombre d'admissions dans les facultés de médecine au Québec a plus que doublé. Au cours des dernières années, la proportion de ces étudiants qui optent pour la médecine familiale a augmenté et progresse vers une cible de 55 %. Cette augmentation impose une surcharge de travail importante aux équipes des UMF, mais pour peu que le MSSS les soutienne, les enseignants des UMF et de tout le réseau d'enseignement assumeront avec fierté leur responsabilité de former la relève.
5. Comme tous les médecins de famille du Québec, les médecins enseignants augmenteront le nombre de patients qu'ils prennent en charge, grâce notamment au passage en accès adapté, en conciliant leurs responsabilités cliniques avec leurs responsabilités académiques.

Pour être en mesure de réaliser les éléments énumérés ci-dessus, certaines conditions sont essentielles, et relèvent de la juridiction d'autres partenaires, dont le MSSS :

1. Une collaboration formelle et soutenue entre les acteurs qui ont un rôle à jouer dans la question de l'accessibilité : le MSSS, les fédérations, les établissements (CIUSSS et CISSS), les organisations représentant les patients, les universités et les milieux de formation clinique.
2. La protection de la mission d'enseignement dans les structures et les processus de gouvernance des nouveaux CISSS/CIUSSS doit être rapidement assurée.
3. La reconnaissance de la complexité de l'enseignement et du rôle essentiel des médecins de famille dans l'enseignement et la recherche.
4. La reconnaissance que les milieux cliniques, et en particulier les UMF, sont à configuration variable et nécessitent des ressources adaptées et variant selon les milieux pour répondre aux besoins de formation.
5. Un support adéquat à la pratique interprofessionnelle dans les milieux d'enseignement, à la fois pour exposer les futurs médecins à des modèles de collaboration et pour contribuer à définir les pratiques optimales en matière d'interdisciplinarité en soins de première ligne dans le contexte québécois. Nous devons viser à ce que la personne appropriée pose l'action requise, au meilleur moment, pour le patient. La rédaction d'ordonnances collectives doit également être facilitée et optimisée.
6. La reconnaissance d'une responsabilité collective de la prise en charge dans les équipes d'enseignement. On créerait ainsi une dynamique où on confierait des objectifs à des équipes et où on les soutiendrait dans le changement plutôt que de les

encadrer individuellement. Plusieurs mémoires déposés à la Commission dans le cadre de la présente consultation ont émis cette même recommandation.

7. Le soutien adéquat à la pratique en établissement : régulièrement, des médecins de famille passent jusqu'à 30 ou 40 % du temps de leurs rencontres avec les patients à gérer de l'information, notamment : recherche de résultats d'examen, recherche de résumés d'hospitalisation, rapports de consultations inexistantes, etc. Les médecins qui exercent en établissement sont entièrement dépendants du MSSS et des établissements pour ce qui est du dossier médical électronique, de l'accès téléphonique, des liens internet, du soutien informatique, du support clérical et professionnel.
8. Les conditions qui permettent aux patients de prendre rendez-vous plus facilement et de venir à leur rendez-vous, notamment : outils de communications efficaces, sites internet, enquêtes de besoins et de satisfaction, stationnements abordables et en nombre suffisant.
9. La nécessité de mettre la première ligne au centre du système, et de lui donner les moyens de faire son travail, autant entre les acteurs de la première ligne qu'entre les acteurs des première, deuxième et troisième lignes. Simplifier et faciliter les demandes de consultation. Favoriser et faciliter les échanges d'information entre les acteurs du réseau. Offrir un accès aux services de deuxième ligne ambulatoire, en temps opportun.

CONCLUSION

Le manque d'accessibilité aux services de médecine familiale et de première ligne est un problème réel pour lequel il existe de nombreux éléments de solution. Notre réseau d'enseignement en médecine de famille est essentiel si on veut régler ce problème : d'une part, il contribue à l'accessibilité en formant la relève, en implantant de nouvelles pratiques et d'autre part, il assure des services cliniques fondamentaux et primordiaux à la population.

Nous souscrivons entièrement aux objectifs visés par le PL 20. Nous sommes toutefois en profond désaccord avec le PL lui-même ainsi qu'avec les approches utilisées par le ministère pour atteindre ces objectifs. Pour nous, les approches proposées mettent en péril à moyen terme, des acquis indéniables. Le PL 20 aurait l'effet contraire au but qu'il poursuit.

Nous sommes témoins dès maintenant de signes avant-coureurs de désengagement des médecins de famille du Québec dans la formation de la relève. Pour de possibles gains à court terme dans l'accessibilité, le PL 20 ampute l'avenir d'un système de santé pour tous, auquel les Québécoises et Québécois ont droit.

Nous réitérons notre engagement à poursuivre et accélérer les actions requises, inhérentes à notre champ de compétence, pour régler le problème d'accessibilité, tout en améliorant la qualité des soins, dans les meilleurs délais possible.

Nous vous remercions de l'attention et de l'intérêt que vous porterez aux opinions documentées dans ce mémoire, ainsi qu'aux pistes de solution proposées, dans un esprit de collaboration.