

---

---

# GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ D'AUJOURD'HUI SANS SACRIFIER CELLE DE DEMAIN

## L'importance d'assurer la pérennité de l'éducation médicale



*Mémoire présenté par la Fédération médicale  
étudiante du Québec dans le cadre des*

Consultations particulières et auditions publiques 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

25 MARS 2015

---

---

# LA FÉDÉRATION MÉDICALE ÉTUDIANTE DU QUÉBEC

---

Fondée en 1974, la FMEQ a toujours eu comme mission primaire d'unir les quatre facultés de médecine du Québec de telle sorte à promouvoir et à défendre les intérêts collectifs spécifiques aux étudiants en médecine du Québec en matière pédagogique, politique et sociale. La FMEQ a aussi la mission de favoriser la communication et la collaboration entre les associations membres et leurs membres. En dernier lieu, la FMEQ a aussi comme tierce mission de fournir des services aux membres associatifs et individuels.

La FMEQ est aujourd'hui constituée de plus de 3700 membres en cours d'étude au doctorat de médecine (M.D.), et une trentaine d'entre eux sont activement impliqués dans le fonctionnement de la Fédération. Pour plus de détails : <http://www.fmeq.ca>.

# INTRODUCTION

---

Lorsque l'on prend connaissance des dispositions diverses du projet de loi n° 20, nous constatons d'emblée qu'il aura pour but « *d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille* »<sup>1</sup>. Afin de favoriser l'accès auxdits services de médecine familiale, le ministre de la Santé et des Services sociaux propose une série d'obligations concernant la pratique des omnipraticiens et, dans une moindre mesure, de celle des spécialistes.

La majorité du contenu du débat observé dans les médias porte sur les mesures concernant les médecins omnipraticiens. Mais qu'en est-il de l'opinion des étudiants en médecine du Québec ? Ils sont la relève des générations présentes et ils seront vite appelés à se prononcer sur leur choix de carrière lors du jumelage en résidence. En effet, les étudiants en médecine devront choisir entre la médecine familiale ou une autre spécialité. C'est pourquoi ce projet de loi affecte autant les étudiants en médecine. Bien que les obligations dudit projet ne s'appliquent pas encore à ceux-ci, les exigences contraignantes présentées au projet de loi affectent bon nombre d'étudiants qui se questionnent sur les modifications affectant la pratique médicale qu'ils envisagent dans le futur.

Suite à la consultation de ses nombreux membres répartis dans les quatre facultés de médecine québécoises, la FMEQ a été en mesure de récolter l'opinion des étudiants en médecine vis-à-vis du projet de loi n° 20 à travers les associations membres. Nous avons rapidement remarqué la mobilisation de nos étudiants et leur désaccord flagrant envers le projet de loi n° 20. C'est pourquoi la FMEQ s'est positionnée en défaveur dudit projet. De ce fait, la FMEQ est en mesure d'exprimer, dans ce

---

1. 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. Présenté le 28 novembre 2014 devant la 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session.

mémoire, ses réserves vis-à-vis des moyens proposés par le projet de loi n° 20. La FMEQ considère d'ailleurs que certaines de ces mesures vont à l'encontre de ses valeurs fondamentales et qu'elles auront des conséquences néfastes sur ses membres, la relève médicale de demain, ainsi que sur la population tout entière. La Fédération se questionne d'ailleurs sur l'objectif principal véhiculé par le projet de loi n° 20. S'il prétend pouvoir accentuer l'accessibilité aux soins de première ligne, pourquoi s'intéresse-t-il presque exclusivement à réviser l'encadrement de la pratique de la médecine familiale? Lorsqu'on parle de soins de première ligne, devons-nous exclure le travail des nombreux autres professionnels de la santé?

# RÉSUMÉ

---

Tel que mentionné ci-dessus, la FMEQ considère que les mesures figurant dans le projet de loi n° 20 ne favoriseront pas l'accessibilité à la médecine familiale et qu'elles auront des répercussions délétères sur les étudiants en médecine ainsi que sur les soins aux patients.

Tout d'abord, il est important de souligner l'importance de la médecine familiale. En effet, les omnipraticiens sont la porte d'entrée dans le réseau de la santé pour la population. Ils ont un rôle autant dans la prévention que dans la dispensation de soins. C'est justement pourquoi une bonne structure de soins de première ligne doit être favorisée. C'est justement ce sur quoi les efforts ont été consacrés dans les dernières années avec les travaux du *Groupe de travail sur l'attractivité et la valorisation de la carrière en médecine familiale* issu du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ils ont établi une série de stratégies et de recommandations qui ont prouvé leur efficacité en augmentant à la fois le nombre de postes comblés en médecine familiale ainsi que l'intérêt des étudiants pour ceux-ci. La FMEQ se questionne alors sur la nécessité de bouleverser ces efforts lorsque ceux-ci commencent enfin à porter leurs fruits.

La FMEQ craint l'apparition d'un phénomène de désintérêt de la part de ses étudiants pour la médecine familiale. Les mesures coercitives du projet de loi risquent de décourager les étudiants à pratiquer la médecine familiale au Québec. On pourrait d'ailleurs se retrouver face à un problème d'exode des étudiants voulant pratiquer la médecine familiale.

De plus, la FMEQ s'inquiète au sujet de la pratique de la médecine familiale chez les femmes qui risquent fort d'être défavorisées par le projet de loi n° 20. Actuellement, on peut observer un plus fort pourcentage de femmes étudiant la médecine. Celles-ci manifestent aussi un plus grand intérêt pour la médecine familiale que leurs collègues masculins. Toutefois, les mesures imposées par le projet de loi risquent de nuire à la

pratique de ces omnipraticiennes et d'ainsi miner l'intérêt des étudiantes pour la médecine familiale.

Par la suite, la FMEQ redoute que le projet de loi ne réduise la qualité ainsi que la quantité d'enseignement de la médecine. En effet, la majorité des enseignants en médecine est constituée d'omnipraticiens. Avec l'application des mesures contraignantes du projet de loi n° 20, ces médecins n'auront plus assez de temps à consacrer pour enseigner aux étudiants du préclinique comme de l'externat. Ces répercussions se feront aussi particulièrement ressentir dans les campus satellites qui favorisent la pratique en médecine familiale. En plus de leur rôle d'enseignement, ces omnipraticiens sont des modèles pour les étudiants et la FMEQ craint que la perte de ceux-ci diminue l'intérêt pour la médecine familiale chez les étudiants.

Pour finir, la FMEQ propose la mise en dépôt du projet de loi n° 20 afin de prendre le temps de discuter avec tous les acteurs concernés par l'application de ce projet et d'ainsi trouver des solutions convenables et réalisables. La FMEQ propose d'ailleurs ses recommandations à l'égard d'une réelle augmentation de l'accessibilité aux soins ainsi qu'à une véritable valorisation de la variété de pratique de la médecine familiale.

# TABLE DES MATIÈRES

---

1	ÉTAT DES LIEUX	1
1.1	Petite histoire de la pédagogie médicale	2
1.2	Des efforts récompensés	5
1.3	Pourquoi changer ce qui fonctionne déjà ?	7
1.4	Notre question au ministre	8
2	DÉSINTÉRESSER LES ÉTUDIANTS À LA MÉDECINE FAMILIALE	10
2.1	Choisir la médecine familiale	10
2.2	La pratique des femmes en péril	12
2.3	L'exode de la relève	13
3	ENSEIGNEMENT EN PÉRIL	14
3.1	Où sont passés nos enseignants ?	14
3.2	Campus délocalisés en danger	16
3.3	Enseignement clinique ne rime pas avec volumé- trie	16
3.4	L'importance de nos modèles	17
4	RECOMMANDATIONS	19
4.1	Recommandations pour l'accessibilité	19
4.2	Recommandations pour limiter les dégâts	20
5	ÉVITONS LE RETOUR EN ARRIÈRE	22

# ABBREVIATIONS

---

AÉÉMUM	Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal
CaRMS	Canadian Resident Matching Service
CFMS	Canadian Federation of Medical Students
CMQ	Collège des médecins du Québec
FMEQ	Fédération médicale étudiante du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
RÉMUL	Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval



# REMERCIEMENTS

---

La FMEQ souhaite remercier les personnes suivantes pour leur aide précieuse à la préparation du présent mémoire :

- M. Serge Keverian, président, FMEQ;
- M. Alexis Rompré-Brodeur, affaires politiques, FMEQ;
- Mme Ariane Veilleux-Carpentier, présidente, AÉÉMUM;
- M. Philippe Giguère, affaires externes, AÉÉMUM;
- Mme Jessica Ruel Laliberté, présidente, RÉMUL;
- M. Alexandre Rolland-Dery, affaires externes, RÉMUL;
- M. Alex Halme, secrétaire général, FMEQ.

# ÉTAT DES LIEUX

---

Le Québec est la seule province au Canada qui planifie annuellement le nombre de postes d'entrée à la résidence de chacune des 36 spécialités médicales reconnues au Québec. Pour ce faire, le Ministère génère des projections sur près de 30 ans qui tiennent en compte des facteurs tant démographiques que professionnels. Ces projections ont mené à la décision concertée entre les fédérations médicales, les facultés de médecine ainsi que le Collège des médecins du Québec de hausser fortement le ratio des postes offerts en résidence au profit de la médecine familiale vis-à-vis de ceux offerts en spécialité médicale. Alors qu'annuellement 35 % des postes de résidence offerts aux finissants en médecine étaient des postes de résidence en médecine familiale, contre 65 % en spécialité, ce ratio a été grandement modifié en 2012. En effet, il a été proposé à cette époque d'offrir, à la suite d'une augmentation graduelle, 55 % des postes de résidence en médecine familiale contre 45 % en spécialité pour les finissants de l'année 2016-2017. Le Québec souhaite donc former un nombre plus grand de médecins de famille que jamais auparavant.

Comment doit-on s'y prendre pour former des médecins de famille qui seront non seulement compétents dans leur métier, mais qui seront aussi motivés à entreprendre cette carrière? Cette problématique complexe est connue du MSSS et des facultés de médecine et plusieurs de leurs efforts pour valoriser la médecine familiale commençaient à peine à porter leurs fruits. Nous craignons fortement que l'actuel projet de loi n° 20 ne vienne réduire à néant ces efforts de valorisation de la médecine familiale. D'abord, assurons-nous de bien comprendre la structure de la pédagogie médicale et les efforts concrets et reconnus qui mènent à la valorisation de la médecine familiale.

## 1.1 PETITE HISTOIRE DE LA PÉDAGOGIE MÉDICALE

La formation de la relève de l'éducation médicale au Québec incombe aux facultés de médecine des universités canadiennes et québécoises depuis la parution, en 1910, puis l'application, dans les années 1920, du rapport Flexner. Aux yeux des historiens et pédagogues de la médecine, ce rapport a engendré plusieurs réformes et transformations tant dans la formation médicale que dans le rôle du médecin dans la communauté. L'auteur, Abraham Flexner, présentait l'idéal de la pratique médicale non seulement à titre d'instrument de soins aigus, curatifs, mais aussi à titre d'instrument social, à visée préventive : « *a social instrument [...] whose function is fast becoming social and preventive, rather than individual and curative* »<sup>2</sup>.

La profession médicale canadienne et québécoise en est venue à distinguer les différents rôles médicaux à offrir au sein des systèmes de santé pour faire des médecins de famille, ou médecins généralistes, les outils sociaux imaginés par Abraham Flexner, tel qu'il est possible de le constater dans cet énoncé de position du Collège des médecins du Québec sur la profession de médecin de famille<sup>3</sup> :

*La principale responsabilité d'un médecin de famille est la prise en charge et le suivi d'une clientèle inscrite de tous âges afin de jouer son rôle essentiel de dispensateur, de coordonnateur et d'intégrateur de soins. Collectivement, les médecins de famille ont une responsabilité pour rendre les soins accessibles dans chacune de leur communauté. Chaque médecin de famille doit assumer sa part de prise en charge et de suivi de clientèle, quel que soit son champ principal d'activité clinique. Le médecin de famille joue également un rôle comme agent formateur et de changement afin d'assurer la pérennité et le développement de la profession, en lien avec les milieux d'enseignement.*

Les médecins de famille participent grandement à l'effort déployé pour la communauté, car ils constituent la porte d'entrée

2. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. Washington, DC : Science and Health Publications, Inc. ; 1910.

3. Collège des médecins du Québec. Le Médecin de Famille : Un Rôle Essentiel À Moderniser. Énoncé de position. Québec, 18 février 2005.

dans le système de santé québécois et permettent de coordonner les soins d'un même patient avec les consultations en spécialités ainsi qu'avec les divers professionnels du réseau (ergothérapeutes, psychologues, physiothérapeutes, etc.). Ce travail est fait dans l'optique d'améliorer la santé globale des patients qu'ils suivent et aussi de prévenir des complications souvent onéreuses au long cours. Non seulement plaît-il à l'esprit de concentrer les efforts de soins tant dans le curatif que dans la coordination des soins préventifs, mais cela fait désormais longtemps que les arguments tant économiques que populationnels sont connus sur les avantages d'une première ligne forte. La pédiatre américaine Barbara Starfield présentait dans son livre *Primary care : Balancing Health Needs, Services and Technology* que des soins de première ligne de piètre qualité, sur une échelle internationale, corrélaient avec de moins bons indicateurs de santé (espérance de vie, mortalités, etc.). Le professeur en santé internationale de l'Université de Harvard, Rifat Atun, présentait dans une monographie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ses travaux et concluait en 2004 qu'une première ligne forte offre un excellent rapport qualité-prix<sup>4</sup> :

*The available evidence confirms improved population health outcomes and equity, more appropriate utilization of services, user satisfaction and lower costs in health systems with a strong primary care orientation.*

Cependant, à la même époque au Québec, force était de constater que les étudiants en médecine se détournaient de plus en plus de la médecine familiale comme choix de spécialité au détriment des spécialités<sup>5</sup>. Entre 1992 et 2003, le pourcentage des étudiants en médecine canadiens choisissant la médecine familiale comme premier choix de carrière a chuté de 44 % à 23 %. Ces données sur le pourcentage des postes en résidence de médecine familiale n'ont été accessibles au Québec qu'après 2006, mais déjà, en 2008, la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ) publiait un rapport intitulé *Énoncé de principe pour une politique nationale sur la médecine familiale* où était présentée, pour une première fois au Québec, la problématique

---

4. Atun, R. What Are the Advantages and Disadvantages of Restructuring a Health Care System to Be More Focused on Primary Care Services? 2004.

5. CaRMS, CaRMS - Statistiques, 2009, CaRMS : Ottawa. p. 1-1 via [www.carms.ca](http://www.carms.ca).

du nombre croissant de places en résidence de médecine familiale non comblées<sup>6</sup>. En effet, en 2007, 21 % des postes offerts n'ont pas été comblés, contre 17 % en 2008. Un sondage réalisé en 2009 par la FMEQ dénombrait, sur les 1560 étudiants sondés (48 % de tous les étudiants de l'époque), que seulement 25 % des étudiants choisiraient la médecine familiale comme 1<sup>er</sup> choix de résidence et qu'elle constituait le 3<sup>e</sup> choix de 51 % des étudiants<sup>7</sup>. La question restait cependant entière : comment favorise-t-on le choix de la médecine familiale ou, à tout le moins, comment peut-on prévoir nos effectifs en médecine familiale ? Les études de Dr Jonathan Kerr de l'Université de Toronto nous offrent des pistes de réflexion sur dix facteurs qui influencent positivement les étudiants canadiens durant leur programme de médecine à choisir la médecine familiale<sup>8</sup> :

1. Avoir participé à des programmes facultaires visant une augmentation de l'intérêt pour la médecine familiale ;
2. Avoir participé à des programmes facultaires visant davantage sur le généralisme ;
3. Souhaiter pratiquer la médecine familiale au début des études de médecine ;
4. Valoriser la pratique rurale ou en milieu défavorisé ;
5. Valoriser une pratique flexible, prévisible et variée ;
6. Valoriser une pratique permettant un mode de vie sain et le maintien des activités hors travail ;
7. Valoriser une pratique favorisant la relation patient-médecin ;
8. Valoriser une pratique stimulante intellectuellement et favorisant les défis ;
9. Exposer davantage les étudiants à la médecine familiale par des stages, des cours ou autres activités ;
10. Exposer davantage les étudiants à la médecine familiale par des contacts directs avec des résidents de médecine familiale ou des médecins de famille mentors.

---

6. Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec. Énoncé de principe pour une politique nationale sur la médecine familiale. Québec 15 octobre 2008 via. [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org).

7. Fédération Médicale Étudiante du Québec. Sondage Médical Étudiant du Québec. Québec 2009 via [www.fmeq.ca](http://www.fmeq.ca).

8. Kerr, J., et al., The impact of interest : How do family medicine interest groups influence medical students ? *Canadian Family Physician*, 2008. 54(1) : p. 78.

## 1.2 DES EFFORTS RÉCOMPENSÉS

La sonnette d'alarme tirée par la FMOQ en 2007 au sujet du déficit à combler pour les programmes de formation en médecine familiale a mis la table pour la création d'un groupe de travail temporaire du MSSS en 2009. Le *Groupe de travail sur l'attractivité et la valorisation de la carrière en médecine familiale* a travaillé de concert avec les facultés de médecine du Québec, la FMOQ, la FMRQ, la FMEQ ainsi que le CQMF afin d'émettre plusieurs recommandations pour permettre de valoriser la médecine familiale comme choix de carrière. Plusieurs conséquences de ces mesures se faisaient déjà sentir au moment de la publication du rapport du groupe de travail :

1. Augmenter l'exposition à des médecins de famille au pré-clinique :
  - 1.1. Recommandation d'augmenter à 50 % la proportion des cours donnés par des médecins de famille ;
2. Augmenter l'exposition à des médecins de famille à l'externat :
  - 2.1. Recommandation d'avoir stage obligatoire de six à huit semaines en médecine familiale ;
3. Mettre en place et encourager des activités de valorisation de la médecine familiale :
  - 3.1. Soutien des groupes d'intérêt en médecine familiale (GIMF) dans chaque faculté de médecine ;
  - 3.2. Création du *Symposium annuel de la médecine familiale* ;
4. Mettre en place des actions pour lutter contre le dénigrement, notamment celui du choix en médecine familiale :
  - 4.1. Création de codes de conduites facultaires pour contrer le dénigrement dans les milieux d'enseignement ;
5. Création de stratégies de développement de la recherche en médecine familiale en première ligne :
  - 5.1. Stratégie facultaire concertée de développement de la recherche en première ligne ;
6. Développer des stratégies de promotion de la médecine académique :
  - 6.1. Développement du programme de *clinicien érudit*.

Huit ans après l'énoncé de ces recommandations, nous sommes en droit de nous demander quelles ont été les conséquences de celles-ci sur l'intérêt des étudiants en médecine du Québec à se diriger vers la médecine familiale? Il est plus qu'intéressant de noter que ces recommandations ont porté leurs fruits. En effet, selon les données obtenues auprès du CaRMS, organisme qui réalise annuellement le processus de jumelage pour tous les postes en résidence au Canada et auquel les universités québécoises participent depuis 2006, il est possible de constater que le pourcentage de postes comblés en médecine familiale croît progressivement (figure 1)<sup>9</sup>. Nous constatons qu'en 2007 seulement 74 % des postes de résidence en médecine familiale étaient comblés alors que ce chiffre a grandi au cours des dernières années pour atteindre 85,5 % au jumelage de 2013 et 90 % à celui 2014.

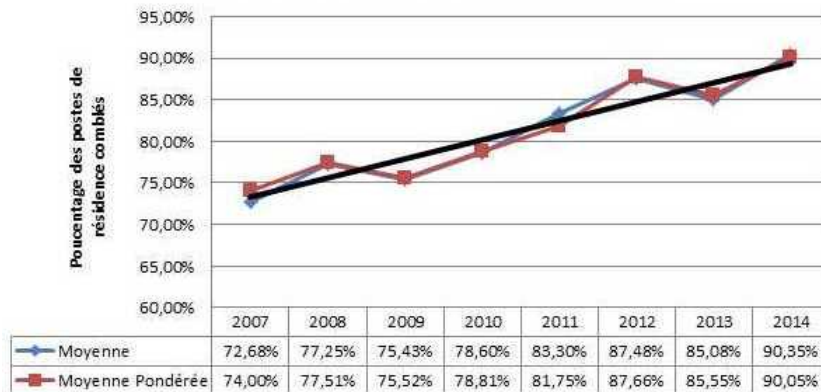


FIGURE 1 – Évolution des postes de résidence comblés annuellement en médecine familiale

Cependant, certains pourraient y voir là simplement l'effet de l'augmentation du ratio de postes offerts en médecine familiale et non d'un engouement réel. En effet, il serait logique de penser que la diminution des places disponibles dans les programmes de spécialité a poussé les étudiants en médecine du Québec à pourvoir davantage les postes en médecine familiale, qui représentent désormais approximativement 50 % des postes offerts. Il est cependant fort intéressant de constater que les étudiants en médecine ont été de plus en plus nombreux depuis 2007 à placer la médecine familiale comme premier choix de résidence. Alors que 30,4 % de tous les finissants québécois

9. CaRMS, CaRMS - Statistiques, 2009-2014, CaRMS : Ottawa. p. 1-1 via [www.carms.ca](http://www.carms.ca).

en 2007 avaient placé la médecine familiale en premier choix, c'est désormais 37,8 % des étudiants qui ont fait ce choix en 2014 (voir figure 2).

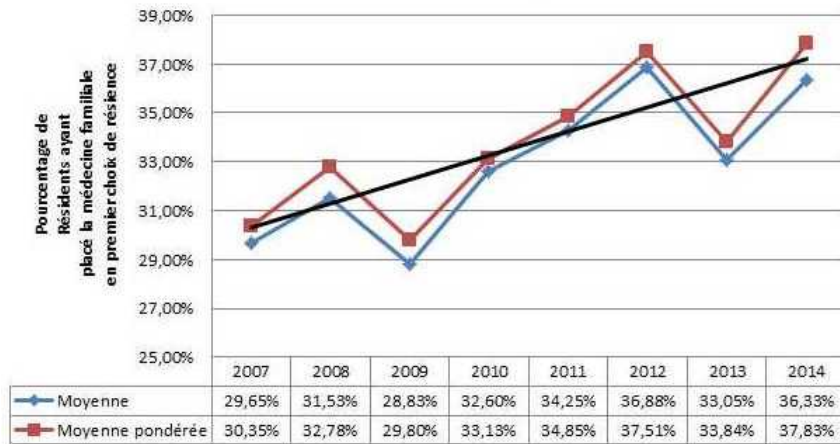


FIGURE 2 – Évolution annuelle de la sélection de la résidence en médecine familiale comme premier choix

Force est de constater que les efforts déployés par les milieux universitaires de même que par les fédérations médicales ont porté leurs fruits et qu'une nouvelle génération de résidents de plus en plus nombreux et désireux d'entreprendre une carrière en médecine familiale est ressortie de ces recommandations visant à valoriser la médecine familiale auprès des étudiants en médecine du Québec.

### 1.3 POURQUOI CHANGER CE QUI FONCTIONNE DÉJÀ ?

S'il est intéressant de savoir que des actions concrètes peuvent mener à une valorisation efficace de la médecine familiale et que ces actions sont à même de générer une nouvelle génération de médecins de famille motivés et désireux d'entreprendre cette carrière, il peut aussi être intéressant de savoir quels éléments peuvent, au contraire, décourager les étudiants à choisir la médecine familiale. Les études de Dr Jonathan Kerr de l'Université de Toronto mentionnées plus tôt nous informent aussi sur ce qui, en cours du programme de médecine, mène à la diminution de l'intérêt des étudiants pour la médecine fa-



miliaire et présente neuf éléments dont nous retenons les six suivants<sup>10</sup> :

1. Percevoir un faible potentiel de revenus rattaché à la médecine familiale ;
2. Présenter un intérêt marqué pour la pratique hospitalière, la recherche ou une carrière universitaire ;
3. Contexte d'apprentissage hostile à la médecine familiale ;
4. Fréquentation de contremodèles ;
5. Manque de prestige associé à la médecine familiale ;
6. Les mandats législatifs visant la transformation de la pratique clinique en règles inflexibles dont le clinicien ne devrait pas déroger.

Les efforts investis en valorisation de la médecine familiale ont porté leurs fruits comme le démontrent concrètement les figures 1 et 2 présentées ci-dessus. Les actions réalisées par les acteurs du milieu de la santé, tant les fédérations médicales que les facultés et le ministère, s'appuyaient sur des notions concrètes servant à valoriser la médecine familiale telle qu'explicitées par les travaux de Dr Kerr. De l'autre côté, ce qui est mis de l'avant par le projet de loi n° 20 fait marche arrière et tendra à renverser directement la vapeur en ce qui a trait à la valorisation de la médecine familiale auprès de nos étudiants en médecine à travers la province. Les étudiants en médecine sont persuadés qu'ils donneront dans le futur les meilleurs soins possible à leurs patients et pourront les respecter.

#### 1.4 NOTRE QUESTION AU MINISTRE

Ce projet de loi n° 20 ne permettra pas un type de pratique désirée par nos étudiants. Premièrement, le climat installé par le ministre de la Santé et des Services sociaux vis-à-vis des médecins de famille est ouvertement hostile depuis la présentation du projet de loi et dévalorise le rôle primordial à titre de professionnel de la santé joué par les médecins de famille. Deuxièmement, il faut reconnaître que les médecins de famille travaillant à haut débit et valorisant peu la relation médecin-patient sont

10. Jacobson, P.D., Transforming clinical practice guidelines into legislative mandates : proceed with abundant caution. JAMA, 2008. 299(2) : p.208-10.

présentés comme des contremodèles de pratique en médecine familiale tant pour nos confrères étudiants que pour la population. À viser sur un format où priment les quotas, taux d'assiduité et autres notions comptables, les étudiants ne souhaitent pas devenir ces contremodèles de pratique médicale où l'entretien et la relation avec le patient sont mis au second plan. Pourquoi? Parce que ce sont les patients qui paieront directement le prix de consultations expéditives où l'échange est limité dans le temps<sup>11</sup>. Troisièmement, il dévalorise le choix de la médecine familiale en présentant des règles de pratiques inflexibles inégalées dans d'autres professions autonomes au Québec ou en Amérique du Nord.

Les cibles ministérielles<sup>12</sup> visent pour l'année 2016-2017 un ratio de 55 % de résidents en médecine familiale, alors que seulement 38 % des finissants au doctorat en médecine ont choisi l'année dernière la médecine familiale comme premier choix de résidence<sup>13</sup>. L'atteinte de ce ratio sera probablement encore plus difficile dans les années à venir. La FMEQ est d'avis que le projet de loi n° 20 contribuera à diminuer grandement l'intérêt des étudiants en médecine pour la médecine familiale et à ainsi anéantir les efforts des dernières années. Ce projet de loi survient alors que nous étions en bonne voie d'atteindre les objectifs raisonnables et issus d'une concertation véritable des acteurs du milieu. **La question que nous posons au ministre est la suivante : pourquoi changer ce qui fonctionnait déjà ?**

---

11. Mead N. Bower P. & Haan M. The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine*. (2002) 55 : 283-289.

12. Document de travail, DMOM, MSSS, 2014-06-05.

13. Voir figure 2.

# DÉSINTÉRESSER LES ÉTUDIANTS À LA MÉDECINE FAMILIALE

---

## 2.1 CHOISIR LA MÉDECINE FAMILIALE

Les étudiants en médecine choisissent en partie la médecine familiale pour la diversité de la pratique qui y est possible<sup>14</sup>. Or, le projet de loi n° 20 amènera une pratique beaucoup plus contraignante et une grande perte de flexibilité. Les quotas de patients, uniques aux médecins de famille, seront plus difficiles à atteindre et nécessiteront que la pratique de la médecine familiale ne soit désormais réduite qu'à une formule mathématique simpliste. A-t-on pensé à la lourdeur administrative de ces quotas? À la déshumanisation possible de la médecine familiale? Aux étudiants en médecine qui choisiront d'orienter leur choix de carrière vers autre chose que la médecine familiale? Si ce type de pratique ne correspond pas aux objectifs et valeurs de nos étudiants, celui-ci est encore plus délétère pour la population québécoise. De plus, nous proposons que le ministère de la Santé et des Services sociaux démontre, chiffres à l'appui, que des quotas de patients imposés aux médecins de famille n'auront pas d'effets retors sur la nature de la clientèle suivie par les médecins de famille. Aussi connue sous le nom de « cherry picking » ce type de phénomène tend à la sélection des patients basée sur leurs caractéristiques permettant l'atteinte des quotas

---

14. Fédération Médicale Étudiante du Québec. Sondage Médical Étudiant du Québec. Québec 2009 via [www.fmeq.ca](http://www.fmeq.ca).

plutôt que de répondre aux besoins de la population à desservir.

Également, le programme de clinicien érudit ont été lancés en 2009 par le Collège des médecins de famille du Canada (CFMC)<sup>15</sup> dans l'optique de développer des carrières en médecine de famille qui combinent la pratique clinique, la recherche, l'éducation et la gestion, tout en s'assurant d'avoir une relève académique pour former de nouveaux médecins de famille<sup>16</sup>. Le programme de clinicien érudit a pour objectif de préparer des médecins de famille à une carrière universitaire et d'améliorer la pratique médicale avec des activités de recherche et d'érudition et seront mis en péril par l'application du projet de loi n° 20. Même si les règlements publiés à ce jour prévoient des dispositions pour la reconnaissance de la recherche et de l'enseignement, nous émettons des réserves quant à la façon dont elles vont affecter ces activités. Non seulement il est difficile d'établir si les équivalences sont raisonnables, mais en plus, il peut être difficile de mesurer efficacement tout le temps passé à faire ces activités. La seule gestion des quotas distribués entre les patients, la recherche et l'enseignement risque d'exaspérer plusieurs médecins. Cela aura pour conséquence de décourager les médecins de famille voulant diversifier leur pratique, et ultimement de mettre en péril le programme de clinicien érudit. Or, c'est ce programme qui encourage certains étudiants en médecine à se tourner vers la médecine familiale, puisqu'il permet de garder un équilibre entre les activités cliniques, la recherche, l'éducation ou la gestion.

Plus concrètement, il a été démontré en Angleterre que l'augmentation des contraintes imposées aux médecins de famille par rapport au suivi de patients et aux tâches administratives a énormément diminué l'attrait des étudiants envers cette spécialité<sup>17</sup>. Cet effet combiné à des retraites hâtives fait en sorte que l'Angleterre fait face à une pénurie de médecins de famille. Il paraîtrait mal avisé de ne pas apprendre d'un exemple qui,

15. [http://www.fmed.ulaval.ca/site\\_fac/formation/post-md/programmes/medecine-familiale-et-medecine-d-urgence/formation-medicale-postdoctorale-clinicien-erudit/description-du-programme/](http://www.fmed.ulaval.ca/site_fac/formation/post-md/programmes/medecine-familiale-et-medecine-d-urgence/formation-medicale-postdoctorale-clinicien-erudit/description-du-programme/)

16. Lacasse M et Dufour MH. Programme du Clinicien érudit. Faculté de médecine de l'Université Laval . 6 juillet 2012. Consulté en ligne au : [http://salondesresidents.com/files/2012/08/Clinicien\\_erudit\\_par\\_Miriam\\_Lacasse\\_et\\_Marie-Helene\\_Dufour.pdf](http://salondesresidents.com/files/2012/08/Clinicien_erudit_par_Miriam_Lacasse_et_Marie-Helene_Dufour.pdf).

17. BBC. GP shortages put pressure on doctors and patients. Angleterre. 2 mars 2014. <http://www.bbc.com/news/health-31550423>.

à l'international, a démontré les effets de mesures coercitives, bien qu'elles visaient aussi à augmenter l'accessibilité.

## 2.2 LA PRATIQUE DES FEMMES EN PÉRIL

Nous sommes aussi inquiets au sujet de l'avenir des femmes en médecine qui composent plus de 60 % de nos étudiants et qui sont également plus intéressées par la médecine familiale que leurs collègues masculins<sup>18</sup>. En effet, en 2014, il y avait 10 % de femmes de plus que d'hommes qui inscrivaient la médecine familiale comme premier choix de résidence. Le projet de loi n° 20 a un effet pervers envers non seulement les femmes qui souhaitent avoir des familles et qui souhaitent avoir une conciliation travail-famille acceptable, mais aussi pour l'ensemble des femmes qui ont déjà un salaire inférieur à leurs collègues masculins. La rémunération d'une femme médecin de famille est en moyenne inférieure d'au moins 40 000 \$ à celle d'un homme pour une même expérience de pratique selon *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011* de la FMOQ<sup>19</sup>. D'ailleurs, même le Conseil du statut de la femme a admis que ce projet de loi pénaliserait plus les femmes que les hommes lors de leur passage en commission parlementaire<sup>20</sup>. S'il est facile de penser que c'est simplement des choix tels que prendre plus de temps pour sa vie personnelle qui engendrent cet écart, force est d'admettre que d'autres facteurs entrent en jeu. En effet, il a été démontré que parmi un groupe de médecins offrant un suivi aux patients âgés diabétiques, les femmes omnipraticiennes ont de meilleurs résultats en terme d'indicateurs de qualité que leurs collègues masculins, mais de moins bons résultats en terme du nombre d'actes offerts<sup>21</sup>. Ce travail de qualité fait par ces femmes permet de réduire le nombre de

18. Collège des médecins du Québec. Bilan annuel des effectifs médicaux. Janvier 2014. via [www.cmq.org](http://www.cmq.org).

19. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011. 2013. via <http://www.fmoq.org>.

20. Assemblée nationale. Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux 41e législature, 1re session. jeudi 26 février 2015 - Vol. 44 N° 39. via [www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca).

21. Borgès Da Silva R. Martel V. Blais R. Qualité et productivité dans les groupes de médecine de famille : qui sont les meilleurs ? Les hommes ou les femmes ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013. 61 : S210-S211.

visites superflues engendrées par un mauvais suivi fait au nom d'une productivité à haut débit.

### 2.3 L'EXODE DE LA RELÈVE

Actuellement, un finissant au doctorat en médecine d'une université québécoise peut aller faire sa formation postdoctorale partout au Canada sans avoir à faire d'examens supplémentaires. Avec l'adoption de son projet de loi n° 20, le Québec serait la première province à imposer des mesures coercitives à la pratique des médecins de famille. La FMEQ est d'avis que cela pourrait pousser nos finissants à se tourner vers la pratique dans une autre province. D'ailleurs, lors du dernier jumelage CaRMS (4 mars 2015), douze étudiants en médecine ont quitté le Québec pour une autre province canadienne afin de poursuivre leurs études postdoctorales en médecine familiale. Ce chiffre n'était que de six l'année dernière. L'aspect financier est aussi à considérer puisque avec les pertes financières annoncées, si les quotas de patients ne sont pas atteints, l'écart entre le salaire des médecins de famille au Québec et celui des autres provinces ne fera qu'augmenter<sup>22</sup>. Ainsi, les hausses de salaire négociées pour les médecins du Québec dans les dernières années afin de diminuer cet écart de rémunération n'auront servi à rien. De plus, force est de constater qu'un simple calcul permet de voir que l'écart salarial entre les médecins de famille et les spécialistes ne ferait qu'augmenter avec l'adoption du projet de loi n° 20<sup>23</sup>. Ce même écart salarial contribue à diminuer l'intérêt des étudiants en médecine pour la médecine familiale.

---

22. <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201301/22/01-4613923-les-medecins-quebecois-parmi-les-moins-bien-payes-au-canada.php>.

23. [http://plus.lapresse.ca/screens/4a861562-295a-4d4b-a883-db2a878e6666|\\_o.html](http://plus.lapresse.ca/screens/4a861562-295a-4d4b-a883-db2a878e6666|_o.html).

# ENSEIGNEMENT EN PÉRIL

---

## 3.1 OÙ SONT PASSÉS NOS ENSEIGNANTS ?

La démission de professeurs attendue dans les prochains mois avec l'imposition des contraintes du projet de loi n° 20 et l'absence de nouveaux professeurs pour compenser ces pertes semblent néfastes tant à court qu'à plus long terme. Il serait absurde de penser que le projet de loi puisse avoir un autre effet que celui-ci : aucun médecin visé par l'obligation de suivre un nombre minimal de patients ne verra sa charge de travail diminuer. Quand il est question de tâches d'enseignement, il s'avère que le temps est l'un des principaux facteurs limitants à l'implication des médecins<sup>24</sup>. Ce qui est présentement proposé dans les règlements du projet de loi est qu'une heure d'enseignement dans une faculté de médecine équivaut à un patient. Cette équivalence est loin d'être suffisante et démontre le manque de compréhension du ministre envers l'importance des tâches d'enseignement. Les craintes que peut engendrer l'atteinte des quotas imposés vont nécessairement faire en sorte que des médecins vont délaissier l'enseignement pour s'assurer de ne pas être pénalisés. De plus, l'enseignement, étant l'une des activités les moins bien rémunérées en médecine, est plus susceptible d'écoper d'une réorganisation de la pratique médicale.

Cet impact se fera sentir au préclinique où plusieurs activités sont dépendantes de la présence des omnipraticiens. Par exemple, les activités d'introduction à la médecine clinique (IMC) et d'introduction à la démarche clinique (IDC) à l'Université de

---

24. Larsen K. Perkins D. Training doctors in general practices : A review of the literature. Australian Journal of Rural Health. 2006 : 4(5). 173-177.

Montréal et à l'Université Laval permettent aux étudiants de passer un avant-midi par semaine, en équipe de quatre à six étudiants, pour questionner des patients, apprendre des techniques d'examen physique et discuter de questions éthiques. Jusqu'à 60 % des professeurs s'occupant de ces activités sont des omnipraticiens. Dans les centres communautaires, ce sont jusqu'à 100 % des médecins qui pratiquent la médecine familiale qui s'occupent de ces activités. L'incapacité de remplacer une partie de ces médecins à court terme pourrait faire en sorte que ces groupes doublent ou triplent en taille. À moyen terme, c'est la perte de ces cours essentiels à l'apprentissage clinique que nous craignons.

L'impact d'une démobilisation des médecins de famille face à l'enseignement préclinique pourrait aussi être catastrophique dans l'enseignement général des étudiants du préclinique. L'apprentissage par problème (APP) instauré dans les différentes universités québécoises nécessite aussi le temps et les efforts de plusieurs omnipraticiens du Québec. À l'Université Laval, c'est environ 50 % des professeurs du préclinique qui pratiquent la médecine familiale. Ce désengagement risque aussi de toucher les étudiants à l'externat, où il est chaque année difficile pour les facultés d'obtenir toutes les places de stages nécessaires à la formation, et ce, dans plusieurs spécialités.

Nous émettons aussi des inquiétudes quant à l'enseignement de nos futurs diplômés qui auront une résidence en médecine de famille, car dans les prochaines années leur nombre va augmenter de 50 à 55 % des cohortes de finissants selon la planification des effectifs médicaux présentement adoptée. De plus, on parle souvent ces temps-ci d'accorder une plus grande place à des infirmières cliniciennes et spécialisées (IPS) tout en augmentant leur nombre ; mais qui pourra les former et les superviser si les médecins de famille sont débordés par les tâches cliniques et occupés à la formation de nouveaux résidents ? N'est-il pas aussi ironique de prétendre vouloir élargir le champ de pratique des infirmières en ajoutant des contraintes à celui des médecins, déjà soumis aux AMP, PREM et autres contraintes administratives ?



### 3.2 CAMPUS DÉLOCALISÉS EN DANGER

L'effet pourrait être encore plus ressenti dans les campus délocalisés de l'Université de Montréal et de Sherbrooke, respectivement à Trois-Rivières et à Chicoutimi. Le campus de Trois-Rivières fêtant ses dix ans cette année, nous avons des données probantes permettant de juger de son succès dans la promotion autant de la médecine de famille que de la pratique en région. En effet, depuis sa fondation, la Mauricie est passée d'une région en grande pénurie d'effectifs en une région capable de combler ses besoins en main-d'oeuvre médicale<sup>25</sup>. De plus, les étudiants de ce campus, qui diplôment 40 étudiants en médecine par année, choisissent dans des proportions plus grandes la médecine de famille que leurs collègues de Montréal. En effet, l'an passé c'était 66 % des étudiants qui ont été choisis dans une résidence en médecine familiale. Cette réalité témoigne des efforts de valorisation de la médecine de famille, mais aussi d'une vulnérabilité accrue des campus délocalisés aux effets indésirables du projet de loi n° 20 étant donné que jusqu'à 57 % des professeurs qui y donnent les cours, au préclinique, sont omnipraticiens.

### 3.3 ENSEIGNEMENT CLINIQUE NE RIME PAS AVEC VOLUMÉTRIE

L'enseignement clinique en médecine familiale est un objectif qui n'est pas facilement atteignable dans un contexte de volumétrie. Il a été démontré que le fait d'avoir un étudiant lors d'une consultation dans le bureau d'un omnipraticien pouvait allonger significativement sa durée<sup>26</sup>. En effet, le médecin enseignant prend plus de temps pour expliquer à l'étudiant qui l'accompagne son raisonnement clinique et prend le temps de questionner l'étudiant, ce qui constitue la base de l'enseignement médical. Il serait très dommage qu'en plus de la perte quantitative du nombre de médecins, nous subissions une perte

25. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Pénurie de médecins - Qu'en est-il de la situation des médecins de famille en Mauricie-Centre-du-Québec? via <http://www.agencessso4.qc.ca>. p 1-1.

26. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Med Educ.* 2008;42 :374-381.

qualitative de l'enseignement clinique offert par souci d'efficacité. En contrepartie, il a été démontré dans la même étude que le patient ne considérait pas la présence d'un étudiant comme étant quelque chose de négatif et qu'au contraire jusqu'à 72 % des patients avaient l'impression de plus apprendre sur leur maladie quand l'étudiant était présent et 59 % sentaient qu'ils avaient eu plus de temps pour parler de leur problème<sup>27</sup>.

L'expérience clinique offerte par l'externat est l'une des seules expositions concrètes à la médecine familiale et il serait préférable que cette partie cruciale de l'enseignement ne soit pas occultée. C'est aussi le moment idéal pour enseigner les notions de productivité aux externes (choix judicieux d'utilisation des ressources, comment bénéficier d'une approche multidisciplinaire, etc.), mais si cette productivité nuit elle-même à l'enseignement, comment est-il possible de former des médecins qui soient à la fois efficaces et compétents ? De plus, nous pouvons nous attendre à ce qu'une baisse de la rétroaction et de l'enseignement offert en milieux de stage ne favorise pas l'appréciation de ces milieux de stage par les étudiants et donc, conséquemment, diminue le nombre d'étudiants motivés à accéder à la médecine familiale.

#### 3.4 L'IMPORTANCE DE NOS MODÈLES

La baisse de la valorisation de la médecine familiale et de son autonomie de pratique ne serait pas le seul impact du projet de loi n° 20 sur le désir de nos étudiants à intégrer la médecine familiale. En effet, à moyen terme, la perte des modèles que constituent les enseignants pourrait nuire à l'intérêt de nos étudiants à choisir la médecine familiale pour leur résidence. En 2014, au Canada, 80,1 % des étudiants ayant obtenu leur diplôme affirmaient que la présence d'un « role model » ou mentor au travers du parcours avaient influencé leur choix de spécialité<sup>28</sup>. Les étudiants rapportent que cette influence vient de la personnalité, des compétences et de l'attitude de leurs

---

27. *ibid*

28. Association of American Medical Colleges. Canadian Medical School Graduation Questionnaire - All Schools Summary Report. 2014.

modèles<sup>29</sup>. Il est donc primordial de conserver ces « leaders » inspirants tout au long du parcours pour assurer une relève intéressée par la pratique générale de la médecine.

---

29. Groulx A. Analyse des facteurs influençant le choix de programme de résidence des leaders étudiants en médecine du Québec : le rôle des GIMF. 2012, Université de Montréal : Montréal. p.56-57.

# RECOMMANDATIONS

---

## 4.1 RECOMMANDATIONS POUR L'ACCESSIBILITÉ

À la lecture du présent projet de loi n° 20 présenté le 28 novembre dernier ainsi qu'à la lumière des différentes interventions publiques provenant soit du ministre de la Santé et des Services sociaux, soit des débats déclenchés par les différents intervenants majeurs du réseau de la santé au Québec, la Fédération médicale étudiante du Québec propose les recommandations suivantes concernant le texte de loi à l'étude :

1. La mise en dépôt du projet de loi n° 20 et la considération de solutions proposées par les différents intervenants en santé. Il est faux de penser que la première ligne n'est constituée que des médecins et nous sommes certains que les autres professionnels de la santé sont bien placés pour aider au problème d'accessibilité en leur offrant plus d'autonomie. Nous souhaitons donc que des discussions autant avec les fédérations qu'avec les facultés, le Collège des médecins, et les autres intervenants en santé soient enclenchées en gardant en tête l'aspect multidisciplinaire du milieu de la santé.
2. Que la partie II du projet de loi n° 20 concernant un sujet distinct, soit la procréation médicalement assistée, fasse partie d'un projet de loi distinct.
3. Advenant la mise en dépôt du projet de loi n° 20, nous proposons l'implantation d'un programme de valorisation de la productivité chez nos étudiants de concert avec les facultés. La FMEQ s'engage à promouvoir l'implantation de cours dans le cursus médical ayant pour objectif la sensibilisation au surdiagnostic et à une conduite clinique économiquement viable.

4. En plus d'un cours complémentaire à ceux déjà donnés, nous proposons d'influencer l'ajout d'éléments permettant l'apprentissage de la productivité dans les cours et activités étant déjà dans le curriculum. Il vaut mieux prévenir que guérir et nous pensons qu'encourager les enseignants à sensibiliser les étudiants ne pourra qu'améliorer la pratique de tous.
5. Miser sur l'implantation définitive du dossier médical électronique au Québec.
6. Favoriser le modèle d'accès adapté dans les cliniques.
7. Poursuivre l'implantation massive des GMF au travers de la province avec, cependant, l'application des mesures prévues aux contrats établis avec les GMF, notamment relativement aux heures d'ouverture.

#### 4.2 RECOMMANDATIONS POUR LIMITER LES DÉGÂTS

Bien que la Fédération médicale étudiante du Québec déconseille fortement l'adoption du projet de loi n° 20, voici les recommandations que nous souhaiterions émettre advenant son adoption. Nous souhaitons, par ces propositions, réduire les impacts négatifs que ce projet de loi aura sur la population québécoise et la profession médicale :

8. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux démontre, chiffres à l'appui, que des quotas de patients imposés aux médecins de famille n'auront pas d'effets retors sur la clientèle suivie par les médecins de famille.
9. Une reconnaissance adéquate et juste des tâches d'enseignement dans ce projet de loi et dans les autres projets de loi du gouvernement. La relève médicale a besoin de ces enseignants dévoués qui sont présents autant dans les activités cliniques que dans l'enseignement préclinique. Nous demandons une équivalence plus importante pour chaque heure d'enseignement afin d'inciter les médecins à conserver ce rôle essentiel. Nous voulons une reconnaissance de toutes les formes d'enseignement en plus de la reconnaissance des cours donnés au sein des facultés tels que les cours donnés en milieux hospitaliers et l'ensemble de l'enseignement clinique. Pour se faire, l'instauration d'une discussion avec les facultés de médecine

du Québec pour trouver une valeur juste et qui répond à la complexité et la diversité des tâches d'enseignement est inévitable. Nous demandons aussi l'abandon de la reconnaissance maximale de 504 patients pour les activités d'enseignement.

10. Une reconnaissance adéquate et juste des tâches de recherche dans ce projet de loi et dans les projets de loi futurs. La recherche en première ligne est d'une nécessité sans équivoque pour l'amélioration de la santé des populations et elle doit ainsi être reconnue et valorisée. C'est pourquoi nous demandons une réévaluation à la hausse du calcul du nombre de patients accordés en équivalence aux heures de recherche travaillées. Nous demandons aussi l'abandon de la reconnaissance maximale de 504 patients pour les activités de recherche.
11. Advenant l'application des quotas de patients ainsi que du taux d'assiduité prévus au présent projet de loi n° 20 : que la charge de patient puisse être divisée entre tous les médecins d'une même clinique ou GMF. L'objectif principal derrière ces deux mesures proposées au projet de loi vise l'augmentation du nombre de patient suivi en clinique de même que leur adhésion à une même clinique afin de réduire les coûts associés à la répétition des tests et questionnaires. Ces objectifs peuvent être remplis tout aussi bien par un ou plusieurs médecins travaillant de concert, tant que le patient se présente là où sont centralisées ses informations médicales contenues au dossier ainsi que ses analyses de laboratoire et radiographiques.

## ÉVITONS LE RETOUR EN ARRIÈRE

---

De réels efforts de valorisation de la médecine de famille ont été mis en place depuis 2009 pour s'assurer que plus d'étudiants considèreraient la médecine familiale afin de répondre à la demande du système de santé québécois. Depuis, les résultats sont très satisfaisants : le pourcentage d'étudiant choisissant la médecine familiale ne cesse de croître, les groupes d'intérêt en médecine familiale sont plus présents que jamais et les facultés ont enfin réussi à diminuer les écarts de perception entre les spécialités et la médecine familiale. Le projet de loi n° 20 diminue l'attrait pour la médecine familiale, nuit au désir des omnipraticiens de s'investir dans l'enseignement de la relève médicale et impose une pratique qui a pour but d'augmenter l'accessibilité, mais qui, dans les faits, ne fera que nuire aux patients et plus particulièrement aux populations les plus vulnérables du Québec. Il ne faudrait pas que ces quelques pas pris vers l'avant depuis 2009 soient suivis de vingt pas vers l'arrière en 2015.