

Québec, le 27 février 2004

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Le 17 février dernier, vous sollicitiez l'avis du Conseil médical du Québec sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2004-2005 à 2006-2007.

C'est avec plaisir que je vous transmets aujourd'hui cet avis adopté à la suite des échanges sur cette question qui se poursuivent constamment au sein du Conseil et à une consultation menée au cours des derniers jours auprès des membres.

Comme il le fait toujours, le Conseil a observé avec attention l'évolution des travaux réalisés au cours de l'année par la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* et par son *Comité du suivi*. Le Conseil a aussi pris acte de l'évolution de la situation dans les facultés de médecine, depuis l'an dernier.

Espérant que ces commentaires vous seront utiles, veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Président,



Luc Deschênes, M.D., F.R.C.S.C.

AVIS
sur le projet de
Politique triennale des inscriptions
dans les programmes de formation
doctorale en médecine
2004-2005, 2005-2006, 2006-2007

Les membres du Conseil médical ont à nouveau étudié avec soin les propositions du projet de *Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine* pour l'année 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007.

Voici leurs commentaires concernant la proposition principale d'**autoriser pour 2004-2005, 774 (+ 40) nouvelles inscriptions dans les programmes de doctorat de 1^{er} cycle en médecine.**

Et accorder, parmi ces inscriptions, pour 2004-2005, 716 (+50) admissions dans le contingent régulier, comprenant des Québécoises et des Québécois et jusqu'à un maximum de 10 personnes provenant d'autres provinces ou territoires canadiens. Ces inscriptions comprennent aussi les Québécoises et Québécois détenant un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis (DHCEU).

Pour les membres du Conseil médical, cette augmentation réelle de 50 nouveaux étudiants admis au contingent régulier est à la fois

- peu si l'on tient compte de la pénurie anticipée par le modèle de projection soumis à la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec et
- trop si les ressources financières, professorales et en lieux de stage essentielles ne sont pas au rendez-vous.

Or la marche est haute : une somme de 30 millions est demandée par les universités à laquelle doit s'ajouter une somme additionnelle de 40 millions nécessaire au financement de l'enseignement clinique au chevet du malade qui serait rattachée à des plans de pratique en milieu universitaire.

Tout en tenant compte du contexte actuel de la Commission parlementaire sur la qualité, l'accessibilité et le financement des universités et celui de l'exercice pré-budgétaire du gouvernement, il faut se rappeler que la réalisation des promesses antérieures de financement de la formation ne s'est jamais actualisée à la hauteur des besoins signifiés.

Ce qui a eu pour résultat que les ressources professorales et les lieux de stages en clinique sont utilisés à capacité maximale pour répondre aux besoins d'une formation de qualité respectant les critères des organismes d'accréditation nord-américains auxquels sont soumis les universités.

En effet, septembre 2004 sera la sixième année consécutive d'augmentation des cohortes : 1999 (+60), 2000 (+30), 2001 (+55), 2002 (+55), 2003 (+55) et 2004 (+40).

Compte tenu de cette situation, les membres du Conseil recommandent :

- la mise en place, en soutien au comité tripartite MEQ - Universités - MSSS, d'un sous-comité ad hoc chargé de faire le portrait global de l'état de situation des stages en clinique au pré-doctoral et de le rendre public;
- le réseautage inter-universitaire des stages d'externat au besoin afin d'assurer la qualité de formation des étudiants;
- la priorisation du soutien financier et technique pour la mise en place de milieux de formation en région.

Toujours préoccupés par la qualité de la formation de médecins généralistes et spécialistes disponibles en nombre requis pour répondre d'abord aux besoins de la population en matière de services médicaux et pour satisfaire aux exigences de recherche, d'enseignement et d'évaluation des technologies de la santé, les membres du Conseil demeurent inquiets face à l'exercice de planification de la main-d'œuvre que sont les Politiques triennales des inscriptions au pré-doctoral comme au post-doctoral.

Ils souhaitent que cet exercice prenne en compte, en plus du nombre d'admissions en début de formation, l'ensemble des facteurs contribuant à l'offre de services, soit :

- le résultat sur la disponibilité en effectifs de l'ajout, qui survient à la fin de la formation, de médecins sélectionnés, avec permis restrictifs et équivalences de formation ;
- l'ampleur de la rétention des effectifs permettant de savoir si les efforts consentis rapportent au Québec et à quelle hauteur ;
- l'impact attendu sur les besoins en main-d'œuvre médicale qu'aura l'application de la Loi 90 concernant le partage des activités professionnelles et d'où découle la nécessité d'une planification intégrée ;

- l'impact prévisible sur les besoins en main-d'œuvre médicale de l'application de la Loi 25 concernant les nouveaux modes d'organisation des services, notamment la hiérarchisation, la mise en place progressive des groupes de médecine de famille et le travail en réseaux intégrés de soins ;
- l'impact qu'aurait l'effort de l'ensemble des groupes de professionnels du réseau de se doter de mécanismes d'évaluation de l'efficacité de leurs pratiques cliniques. Un simple gain de 1% libérerait à très court terme un nombre certain d'effectifs déjà bien formés et installés.

Enfin, les membres souhaitent que l'esprit de leur *Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*, adopté en mars 1998, ainsi que le mandat du Conseil médical à ce même sujet soient repris par le futur Commissaire à la santé et au bien-être. Et cela dans une perspective plus large de planification de l'ensemble des effectifs nécessaires à la réalisation de la mission santé et bien-être du ministère et du gouvernement de façon intégrée, objective, systématique et permanente.