

## **Les programmes de formation POSTDOCTORALE EN MÉDECINE**

Mise à jour des données sur les programmes  
et suivi des recommandations de la  
Commission des universités sur les  
programmes

**Rapport n° 11**, transmis par le Comité de  
suivi sur les programmes au Comité des  
affaires académiques  
**Décembre 2002**



**CREPUQ**  
CONFÉRENCE DES RECTEURS  
ET DES PRINCIPAUX  
DES UNIVERSITÉS DU QUÉBEC

## Table des matières

Introduction .....	1
<b>Chapitre 1 Données sur les programmes .....</b>	<b>3</b>
1.1 Portrait mis à jour de l'offre de programmes.....	3
1.2 Données historiques sur les admissions et projections .....	4
<b>Chapitre 2 Suivi des recommandations de la CUP .....</b>	<b>9</b>
<b>Chapitre 3 Bilan de la situation depuis les travaux de la CUP.....</b>	<b>13</b>
3.1 Au sujet de l'offre de programmes .....	13
3.2 Au sujet de la hausse des admissions.....	14
3.3 Au sujet de la collaboration interfacultaire.....	14
<b>Annexe I</b> Mandat du Comité de suivi sur les programmes et des groupes de travail (abrégé) .....	17
<b>Annexe II</b> Listes des membres du Comité de suivi sur les programmes et du Groupe de travail.....	21
<b>Annexe III</b> Rapports des directeurs de programmes réseaux.....	23
<b>Annexe IV</b> Réaction du Collège des médecins du Québec au rapport n° 12 de la CUP .....	35

## Introduction

La Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ) a résolu en novembre 2000 de donner suite à trois recommandations du rapport final de la Commission des universités sur les programmes (CUP), soit la mise à jour des données sur les programmes, le suivi des recommandations des rapports sectoriels de la Commission et un bilan de la situation des programmes. Le mandat de piloter cette opération a été confié au Comité des affaires académiques de la CREPUQ.

À cette fin, des groupes de travail sont mis sur pied dans chacun des secteurs ou regroupements disciplinaires, à l'image des sous-commissions qui avaient été formées dans le cadre des travaux de la CUP; les établissements universitaires qui offrent des programmes de grade dans un secteur donné désignent leur représentant au Groupe de travail correspondant. La supervision du travail est assurée par le Comité de suivi sur les programmes (CSP), composé de professeurs honoraires provenant de disciplines et d'établissements différents, qui connaissent bien le système universitaire et jouissent d'une bonne crédibilité auprès de la communauté. Chaque Groupe de travail tient deux réunions – ou trois, à titre exceptionnel – et produit un rapport à l'intention du Comité des affaires académiques. Le mandat plus détaillé du Comité de suivi sur les programmes et des groupes de travail est présenté en **annexe I**.

Dans le secteur **des programmes de formation postdoctorale en médecine**, un représentant pour chacun des quatre établissements dotés d'une faculté de médecine a été délégué. Il s'agit des vice-doyens aux études médicales postdoctorales. La liste des membres du Groupe de travail est jointe en **annexe II**.

Plusieurs recommandations contenues dans les rapports sectoriels de la Commission faisaient état de rapports de suivi à présenter à la CUP à des dates précises dans le passé. Dans la plupart des cas, ces présentations n'ont pas eu lieu.

Par ailleurs, dès les premières délibérations des groupes de travail, on a noté le manque de précision de bon nombre de recommandations quant à l'identification des responsables des initiatives à prendre.

## Considérations méthodologiques

Le nouvel inventaire des programmes de formation postdoctorale en médecine (ou de résidence) tient compte de tout changement, retrait ou ajout depuis la publication du rapport sectoriel de la CUP (**dans le cas présent, le rapport n° 12, intitulé *Les programmes de spécialités médicales, paru en août 1999***). Il convient de souligner que l'appellation *spécialités médicales* employée dans le rapport de la CUP pour désigner le secteur n'était pas représentative, car l'inventaire comportait tant les programmes de spécialités médicales que ceux de médecine familiale. Or, il aurait fallu désigner la réalité traitée comme celle des *programmes de résidence* ou bien des *programmes de formation postdoctorale en médecine*. C'est pourquoi l'appellation du secteur a été revue. Il faut rappeler que l'inventaire des programmes du présent secteur concerne, à l'instar du rapport de la CUP, strictement la formation postdoctorale et non la formation doctorale de premier cycle.

La programmation a été mise à jour et vérifiée à partir des informations fournies par les vice-doyens aux affaires médicales postdoctorales et leurs adjoints. Certains documents

ont également été consultés, comme les réactions officielles de certains établissements ou organismes aux recommandations de la CUP.

Dans le cadre du présent exercice, seules les données sur les admissions totales dans les programmes de médecine sont présentées. Les données sur les admissions dans les programmes de premier cycle sont tirées de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine 2002-2003 à 2004-2005, du Gouvernement du Québec. Les données concernant la formation postdoctorale ont été recueillies dans la banque de données de la CREPUQ sur les effectifs des programmes de résidence. Il est à noter que les données relatives au premier cycle sont examinées dans la perspective de leur incidence sur les programmes postdoctoraux.

En ce qui concerne les données sur le personnel enseignant et celles sur le financement de la recherche (annexes I et J du rapport sectoriel de la CUP) – données que le Comité des affaires académiques a sélectionnées en vue d'une mise à jour et ce, pour l'ensemble des secteurs traités dans le cadre des travaux du Comité de suivi sur les programmes – , il est convenu qu'elles ne soient pas mises à jour dans le cadre des travaux du Comité de suivi sur les programmes.

Les vice-doyens aux affaires médicales postdoctorales ont rappelé que la collecte des données sur le personnel enseignant dans les programmes postdoctoraux au sein des quatre facultés de médecine fut très laborieuse à l'époque de la CUP. Il avait fallu environ six mois pour réaliser cette tâche, puisque les données n'étaient pas centralisées – et ne le sont toujours pas – particulièrement en ce qui a trait aux professeurs d'enseignement clinique.

Il existe des données sur le financement de la recherche, qui sont compilées lors des visites d'agrément de programmes et dont la mise à jour requiert six mois de travail. Il est impossible d'effectuer la mise à jour des données publiées dans le rapport sectoriel de la CUP, car celles disponibles actuellement sont fragmentaires. Cependant, les données mises à jour dans le cadre des visites d'agrément – qui ont lieu tous les six ans, non simultanément, soit au moment de l'agrément des programmes de chaque faculté de médecine – peuvent être consultées aux moments appropriés.

## Chapitre 1

### Données sur les programmes

Dans le présent rapport, on trouvera un portrait mis à jour à l'automne 2002 de l'offre de programmes de **formation postdoctorale en médecine** (spécialités médicales et médecine familiale).

Le **tableau 1** présente une liste de tous les programmes de formation médicale postdoctorale (ou de résidence) offerts dans les quatre établissements universitaires. Il donne un portrait détaillé pour chacune des catégories : spécialités de laboratoire, chirurgie, médecine (incluant une sous-catégorie en médecine familiale et une autre en pédiatrie), radiologie et santé communautaire. Il est à noter que certains changements sont apportés dans la catégorisation, afin de mieux représenter la réalité. La néonatalogie /périnatalogie est déplacée dans la section pédiatrie contenue dans la catégorie médecine. La nouvelle « surspécialité » en urgence pédiatrique est ajoutée dans la section pédiatrie. La neuroradiologie est placée sous la catégorie radiologie. La surspécialité neuropathologie est déplacée dans la section spécialités de laboratoire. La génétique médicale est désormais incluse dans la catégorie médecine. Enfin, un changement d'appellation est survenu en 2002 : l'hématologie pédiatrique est devenue l'hémato-oncologie pédiatrique.

Le **tableau 2** permet de cerner les changements survenus dans la programmation de chaque établissement universitaire entre l'automne 1997 et l'automne 2002.

On trouve au **tableau 3.1** les données historiques sur les admissions totales dans les programmes de premier cycle (formation doctorale) pour la période 1991-1992 à 2002-2003 de même qu'au **tableau 3.2**, les admissions totales projetées pour la période 2003-2004 à 2015-2016. Les clientèles des programmes de premier cycle sont présentées ici, puisqu'elles ont nécessairement une incidence sur les admissions dans les programmes de formation postdoctorale. Le **tableau 4.1** présente les admissions totales des programmes de résidence pour la période 1992-1993 à 2002-2003 et le **tableau 4.2** contient les estimations des admissions totales dans ces programmes pour la période 2003-2004 à 2015-2016.

#### 1.1 Portrait mis à jour de l'offre de programmes

Comme l'indiquent les **tableaux 1 et 2**, l'offre de programmes postdoctoraux a subi quelques changements au sein de trois des quatre facultés de médecine depuis la fin des travaux de la Commission des universités sur les programmes (CUP).

À l'Université Laval, les changements survenus dans l'offre de programmes sont : l'ajout de formations en médecine familiale (soins palliatifs), en physiatrie (tronc commun) et en urgentologie, de même que le retrait des programmes en endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité, en endocrinologie (et métabolisme) et en rhumatologie.

L'Université de Montréal a implanté un nouveau programme de spécialité en urgentologie, de même qu'une spécialité en soins palliatifs. Il est à noter que l'unité de soins palliatifs existait depuis longtemps, mais que le programme de formation structuré n'est en vigueur que depuis 1999.

En outre, les facultés de médecine de l'Université McGill et de l'Université de Montréal offrent désormais deux nouvelles surspécialités : en urgence pédiatrique et en radiologie pédiatrique.

## 1.2 Données historiques sur les admissions et projections

Il convient de souligner d'emblée que les programmes de formation médicale représentent un cas unique dans le monde universitaire québécois, puisque c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui est chargé de l'établissement des contingents. Le Ministère est représenté à la Table de concertation sur les effectifs médicaux<sup>1</sup> qui décrète le contingent annuel admis dans les facultés de médecine. Le Conseil médical du Québec donne son avis avant l'adoption finale des quotas. On rappelle qu'au premier cycle, le nombre d'admissions est fixé pour chaque université. Au niveau postdoctoral, le nombre d'admissions est établi pour l'ensemble des quatre facultés de médecine en formation postdoctorale, auxquelles revient le soin de se partager les quotas. Par ailleurs, un autre facteur important est à considérer pour le secteur : les organismes d'agrément vérifient les capacités d'accueil des facultés de médecine.

Comme le montre le **tableau 3.1**, après une décroissance marquée des admissions totales dans les programmes de premier cycle en médecine durant cinq ans — qui ont même atteint un plancher de 1996 à 1999 —, on assiste à une hausse depuis l'année 1999-2000. Par ailleurs, le **tableau 3.2** sur les prévisions des cohortes annuelles dans les programmes de premier cycle indique que le nombre d'admissions estimé pour 2003-2004 sera environ le même dans l'avenir prévisible.

En ce qui concerne les programmes de formation postdoctorale, le **tableau 4.1** montre que les admissions totales n'ont cessé de décroître entre 1995-1996 et 2001-2002. À compter de 2002-2003, on observe toutefois une hausse notable des admissions. Comme l'indique le **tableau 4.2**, cette situation devrait s'amplifier à partir de 2003-2004, en raison des hausses antérieures au premier cycle.

---

<sup>1</sup> Comme le précisait le rapport sectoriel de la CUP sur les spécialités médicales, août 1999, p. 27 : « [...] La Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux, créée en 1986, regroupe des représentants des universités, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du MEQ, des différentes fédérations (omnipraticiens, spécialistes et résidents) et de diverses associations (hôpitaux, régies régionales...) ».

**Tableau 1 – Offre de programmes de formation médicale postdoctorale à l'automne 2002**

	Laval	McGill	UdeM	UdeS	Total
<b>1 Spécialités de laboratoire</b>					
Anatomo-pathologie	•	•	•	•	4
<b>Biochimie médicale</b>	•	•	•	•	1
Microbiologie médicale et infectiologie	•	•• (1)	•	•• (1)	6
Neuropathologie		•	•		2
<b>2 Chirurgie</b>					
Chirurgie cardiaque		• (2)	•		2
Chirurgie générale	• (3)	•	•	• (3)	4
Chirurgie thoracique	•	•	•		2
Chirurgie oncologique		•	•		1
Chirurgie orthopédique (orthopédie)	•	•	•	•	4
Chirurgie pédiatrique		•	•		2
Chirurgie plastique	(4)	•	•	(4)	2
Chirurgie vasculaire		•	•		2
Neurochirurgie	•	•	•	•	4
<b>Obstétrique-gynécologie</b>	•	•	•	•	4
• Médecine maternelle et foetale	•	•	•		3
• Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité	✕	•	•		2
• Oncologie gynécologique		•	•		1
<b>3 Médecine</b>					
Ophthalmologie	•	•	•	•	4
O.R.L.	•	•	•	•	4
Urologie		•	•	•	4
Anesthésie-réanimation	•	•	•	•	4
Cardiologie	•	•	•	•	4
Dermatologie	•	•	•	•	3
Endocrinologie (et métabolisme)	✕	•	•	•	3
Gastroentérologie	•	•	•	•	3
Générité médicale	•	•	•	•	2
<b>Gériatrie</b>	•	•	•	•	1
Hématologie	•	•	•	•	3
Immunologie clinique et allergie	•	•	•	•	1
<b>Médecine familiale</b>	•	•	•	•	4
§ Soins aux personnes âgées (5)	•	•	•	•	
§ Soins mère-enfant (5)	•	•	•	•	
§ Médecine d'urgence (5)	•	•	•	•	
§ Soins palliatifs (5)	•	•	•	•	
Médecine interne	•	•	•	•	4
Néphrologie	•	•	•	•	4
Neurologie	•	•	•	•	4
Oncologie médicale	•	•	•	•	3
Pharmacologie clinique	•	•	•	•	2
Physiatrie	• (3)	•	•	•	2
Pneumologie	•	•	•	•	4
Rhumatologie	✕	•	•	•	3
<b>Pédiatrie</b>	•	•	•	•	4
Cardiologie pédiatrique	•	•	•	•	2
Endocrinologie pédiatrique	•	•	•	•	2
Gastroentérologie pédiatrique	•	•	• (6)	•	2
Hémato-oncologie pédiatrique	•	•	•	•	2
Immunologie pédiatrique	•	•	•	•	1
Maladies infectieuses pédiatriques	•	•	•	•	1
Néonatalogie/périnatalogie	•	•	•	•	2
Néphrologie pédiatrique	•	•	•	•	2
Neurologie pédiatrique	•	•	• (6)	•	2
Pneumologie pédiatrique	•	•	•	•	2
Radiologie pédiatrique	•	•	•	•	2
Rhumatologie pédiatrique	•	•	• (6)	•	2
Soins intensifs pédiatriques	•	•	•	•	2
Urgence pédiatrique	•	•	•	•	2
Psychiatrie	•	•	•	•	4
Soins intensifs (adulte)	•	•	•	•	2
Urgentologie	•	•	•	•	3
<b>4 Radiologie</b>					
Médecine nucléaire	•	•	•	•	3
Neuroradiologie	•	•	•	•	2
Radiologie diagnostique	•	•	•	•	4
Radio-oncologie	•	•	•	•	3
<b>5 Santé communautaire</b>	•	•	•	•	4
					<b>167</b>

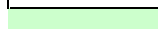
**N.B. Les deux programmes réseaux ne sont comptabilisés qu'une fois.**


- Deux programmes : microbiologie médicale et maladies infectieuses.
- Un seul programme de chirurgie cardiaque et chirurgie cardio-thoracique.
- Tronc commun (deux premières années de formation).
- Les étudiants inscrits en chirurgie générale à l'U. Laval et à l'UdeS sont automatiquement transférés dans le programme de chirurgie plastique de l'UdeM en troisième année de formation.
- Programme de formation complémentaire d'un an à la médecine familiale.
- Intégré au programme adulte.


**Légende**


 Programme réseau

 Programme associé

 Programme avec entente interuniversitaire

 Nouveau programme

 Programme abandonné

 § Sous-spécialité non comptabilisée

**Tableau 2 – Détail des changements survenus dans l'offre de programmes de formation postdoctorale en médecine entre l'automne 1997 et l'automne 2002**

Établissement	Nom du programme spécialité	Abandon	Nouveau	Modifié	Erreur dans le rapport CUP	Remarques
Laval	Médecine familiale (soins palliatifs)		✓			Entrée en vigueur : 2000
	Physiatrie (tronc commun)		✓			Entrée en vigueur : 1997
	Urgentologie		✓			
	Endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité	✓				Le programme n'est plus offert depuis 1999
	Endocrinologie (et métabolisme)	✓				Le programme n'est plus offert depuis 1999
	Rhumatologie	✓				Le programme n'est plus offert depuis 1999
McGill	Radiologie pédiatrique		✓			Entrée en vigueur : 1998
	Urgence pédiatrique		✓			Entrée en vigueur : 2001
UdeM	Médecine familiale (soins palliatifs)		✓			Entrée en vigueur : 1999
	Urgence pédiatrique		✓			Entrée en vigueur : 2001
	Radiologie pédiatrique		✓			Entrée en vigueur : 2001
	Urgentologie		✓			Entrée en vigueur : 2001

N.B. Les informations présentées au tableau 2 proviennent de la mise à jour de l'offre de programmes du tableau 1.

**Tableau 3 – Admissions totales dans les programmes de doctorat en médecine (1<sup>er</sup> cycle)<sup>1</sup>**

**Tableau 3.1 – Données historiques  
(contingent régulier)<sup>2</sup>**

Année académique	Nombre d'admissions
1991-1992	481
1992-1993	481
1993-1994	481
1994-1995	471
1995-1996	446
1996-1997	406
1997-1998	406
1998-1999	406
1999-2000	471
2000-2001	501
2001-2002	556
2002-2003	611

**Tableau 3.2 – Projections  
(contingent régulier)<sup>2</sup>**

Année académique	Nombre d'admissions
2003-2004	666
2004-2005	666
2005-2006	666
2006-2007	666
2007-2008	666
2008-2009	666
2010-2011	666
2011-2012	666
2012-2013	666
2013-2014	666
2014-2015	666
2015-2016	666

**Tableau 4 – Admissions totales dans les programmes de formation postdoctorale<sup>3</sup>**

**Tableau 4.1 – Données historiques  
(contingent régulier)<sup>4</sup>**

Année académique	Nombre d'admissions
1992-1993	536
1993-1994	503
1994-1995	502
1995-1996	529
1996-1997	508
1997-1998	487
1998-1999	487
1999-2000	496
2000-2001	440
2001-2002	406
2002-2003	423

**Tableau 4.2 – Projections<sup>5</sup>  
(contingent régulier)<sup>6</sup>**

Année académique	Nombre d'admissions
2003-2004	484
2004-2005	517
2005-2006	559
2006-2007	616
2007-2008	670
2008-2009	699
2010-2011	703
2011-2012	705
2012-2013	705
2013-2014	705
2014-2015	705
2015-2016	705

1- Données de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine, 2002-2003 à 2004-2005, Gouvernement du Québec.

2- Le contingent régulier au premier cycle ne comprend que les étudiants québécois.

3- Données de la CREPUQ sur les effectifs dans les programmes de résidence.

4- Le contingent régulier au niveau postdoctoral comprend principalement les diplômés M.D. du Québec et un certain nombre de diplômés M.D. d'autres provinces canadiennes admises à l'Université McGill par l'entremise du système Carms.

5- Les projections établies par la CREPUQ sont fondées sur les hypothèses suivantes : (1) le taux d'attrition au premier cycle est fixé à 4% jusqu'en 1995-1996, puis à 2% à compter de 1996-1997; (2) 46% des résidents ont réalisé leur formation doctorale en 4 ans, 46% en 5 ans, 5% en 6 ans et 3% en 7 ans; (3) 5 étudiants munis d'un visa décident chaque année de rester au Québec pour y faire leur résidence; (4) 20 DHCEU seront probablement admis chaque année à compter de 2003-2004 dans le contingent régulier (voir note 6).

6- Il est à noter qu'à compter de 2003-2004, le contingent régulier des prog. de formation postdoctorale devrait comprendre les Québécois détenant un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis (DHCEU).

## Chapitre 2

### Suivi des recommandations de la Commission des universités sur les programmes

Lors des travaux de la CUP sur les programmes de résidence en médecine, en 1999, quatre recommandations avaient été formulées par la Commission. Le présent chapitre fait le point sur ces recommandations et traite, le cas échéant, des suites qui leur ont été données depuis la publication du rapport n° 12.

#### Recommandation 1 – Création de Tables de directeurs

<p><i>« La Commission recommande la création de Tables de directeurs, en guise de structure permanente de discussion et de concertation entre les quatre facultés de médecine. Des représentants du Collège des médecins du Québec et des résidents du programme pourraient être conviés à y siéger, selon le cas.</i></p> <p><i>En conséquence, les universités impliquées dans l'offre de programmes de formation postdoctorale en médecine sont invitées à établir le mode de fonctionnement de ces Tables, à préciser le rôle original qui leur serait confié et à identifier les représentants institutionnels qui, selon le cas, seront convoqués pour y siéger de façon permanente ou ponctuelle. Les quatre établissements feront part à la Commission, d'ici septembre 1999, de la définition du mandat de ces Tables et du cadre dans lequel elles travailleront ».</i></p>	<p><b>Au lieu de la création de Tables de directeurs telle que proposée par la Commission, les vice-doyens estiment que les comités de spécialités constituent une alternative adéquate aux Tables de directeurs.</b></p> <p><b>Le Collège des médecins est favorable à la participation des vice-doyens aux comités de spécialités du Collège, qui sera effective à compter de l'automne 2002.</b></p>
---	---

De l'avis des membres du Groupe de travail, la création de telles Tables de directeurs aurait pour effet de multiplier indûment les structures, car le Collège des médecins du Québec (CMQ) compte déjà des comités de spécialités qui, comme le rapport sectoriel de la CUP l'a souligné, réunissent périodiquement les directeurs de programmes des quatre facultés, un représentant de l'association professionnelle concernée et un médecin de la Direction des études médicales du Collège.

Les vice-doyens estiment qu'il serait plus facile et plus rentable d'atteindre les objectifs visés d'échanges et de concertation en misant sur les structures déjà existantes. Pour donner suite à la demande que lui ont adressée les vice-doyens aux études médicales postdoctorales, le CMQ conviera le président de la Conférence des vice-doyens (ou son délégué) à participer, à compter de l'automne 2002, aux travaux des comités de spécialités du Collège.

Avec la participation des vice-doyens aux comités de spécialités, le mandat de ceux-ci pourra être étendu à certaines questions d'ordre pédagogique, puisque, à ce jour, les discussions qui s'y tiennent gravitent essentiellement autour des normes de formation, des critères d'agrément et des modes d'évaluation.

## Recommandation 2 – Programmes réseaux : définition des conditions de succès et des difficultés

<p><i>« La Commission invite les directeurs des programmes réseaux actuels, ceux de biochimie médicale et de gériatrie, avec leurs directeurs locaux des facultés participantes, à expliciter autant les « facilitateurs » que les difficultés et obstacles rencontrés dans la création, le fonctionnement et la gestion des programmes dont ils ont la responsabilité.</i></p> <p><i>Elle invite les directeurs à faire rapport à la Commission et à la Conférence des vice-doyens, conjointement, de leurs constats et suggestions et ce, d'ici septembre 1999 ».</i></p>	<p><b>Deux rapports ont été produits par les directeurs des programmes réseaux en place. Ces derniers indiquent que, malgré certaines difficultés, l'offre de ces programmes doit être maintenue, car ces derniers comportent maints avantages.</b></p>
---	---

À la demande du vice-doyen de l'Université Laval, le directeur du programme réseau en biochimie médicale et le directeur du programme réseau en gériatrie ont produit, en février 2000, un rapport exposant les forces et les faiblesses de ces programmes de formation<sup>2</sup>.

Il faut signaler que la gestion des deux programmes réseaux diffère : le programme de gériatrie fonctionne comme un programme réseau au plan administratif, mais il est relativement décentralisé au plan pédagogique, tandis que le programme de biochimie est centralisé à l'Université Laval.

En résumé, l'avis des directeurs est que, malgré certaines difficultés, ces programmes réseaux doivent poursuivre leurs activités, car ils présentent plusieurs avantages et ont tous deux pour visée ultime l'excellence de la formation. Cependant, il faut du temps pour qu'une collaboration interétablissement efficace s'établisse.

Par ailleurs, depuis 2001, la procédure liée à l'agrément des programmes réseaux a été allégée, de manière à accréditer le programme réseau dans son ensemble et éviter la duplication de l'agrément des différentes composantes.

---

<sup>2</sup> Voir la lettre du Directeur du programme réseau en biochimie médicale, datée du 10 février 2000 et la lettre du Directeur du programme réseau de spécialisation en gériatrie, datée du 18 février 2000 jointes en **annexe III**.

### Recommandation 3 – Accroissement des collaborations entre les programmes

<p>« La Commission invite tous les directeurs de programme à se pencher sur des modalités de collaboration accrues entre les facultés pour un même programme. Dans cette optique, elle recommande l'examen des possibilités de création de programmes conjoints, associés ou réseaux dans les domaines où cela serait avantageux pour la formation des résidentes et résidents.</p> <p>Plus particulièrement, la Commission recommande l'examen des possibilités de mise en réseau des programmes de formation dans les spécialités suivantes : neurochirurgie, microbiologie médicale et infectiologie, et médecine nucléaire.</p> <p>Elle recommande aussi qu'on examine l'opportunité que le programme associé de santé communautaire actuellement offert par les universités McGill, de Montréal et de Sherbrooke évolue vers un programme réseau qui inclurait Laval.</p> <p>Enfin, elle recommande qu'on examine des formules afin d'intensifier la collaboration, entre autres, dans les programmes suivants : anatomo-pathologie, chirurgie vasculaire, endocrinologie, hématologie, néphrologie, neuropathologie, neuroradiologie, oncologie médicale, pneumologie, radio-oncologie, rhumatologie, ainsi que les sur et sous-spécialités de la pédiatrie.</p> <p>Les directeurs de programme devront faire rapport à la Commission des conclusions de leurs délibérations, d'ici la fin de l'année 1999 ».</p>	<p><b>Même si aucune nouvelle mesure formelle n'a été prise dans le sens d'une plus grande collaboration, il faut rappeler l'étroite collaboration déjà existante entre les facultés de médecine.</b></p> <p><b>De plus, la mise en réseau de nouveaux programmes ou, s'il y a lieu, de programmes existants, et l'intensification des échanges pourraient se discuter au sein des comités de spécialités (incluant le programme réseau en santé communautaire).</b></p> <p><b>Enfin, les vice-doyens se montrent ouverts à l'étude d'une éventuelle participation de l'Université Laval au programme réseau en santé communautaire.</b></p>
---	--

Depuis la publication du rapport sectoriel en 1999, aucun suivi particulier du premier volet de cette recommandation n'a été assuré. Le Groupe de travail rappelle toutefois que la collaboration est déjà étroite entre les facultés de médecine.

Si l'idée de se pencher sur la possibilité de nouvelles mises en réseau de programmes (dont les programmes à faibles clientèles et les nouveaux programmes) au sein des comités de spécialités du CMQ est jugée intéressante, on s'interroge, par ailleurs, sur la pertinence de compléter, en 2002, la mise en réseau de programmes déjà offerts, compte tenu du fait que les collaborations sont déjà nombreuses, d'autant plus qu'il faudrait toujours tenir compte des limites à la mobilité des résidents.

En ce qui concerne le programme réseau en santé communautaire, le vice-doyen de l'Université Laval souligne que son établissement n'a pas été consulté lors de la mise sur pied du programme offert par les autres facultés de médecine. À son avis, une telle collaboration serait toujours pertinente et ce, même si le nombre de résidents qui choisissent cette spécialité augmente. Les vice-doyens aux affaires médicales postdoctorales rappellent que la proximité géographique des trois établissements qui offrent le programme a favorisé leur collaboration. Ils n'ont toutefois aucune objection à l'idée d'inclure l'Université Laval dans le programme réseau en santé communautaire.

De façon générale, on juge qu'il serait avantageux d'intensifier les échanges dans les divers programmes visés par la recommandation, ce qui sera examiné au sein des comités de spécialités auxquels participeront les vice-doyens.

**Recommandation 4 – Concertation pour les cours de base**

<p><i>« Dans une perspective d'utilisation rationnelle des ressources, la Commission recommande aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke de procéder à l'examen systématique de l'ensemble des programmes qu'elles offrent actuellement afin d'identifier des cours de base qui pourraient être dispensés conjointement ou en alternance aux résidents inscrits dans ces universités, et le cas échéant, au moyen des nouvelles technologies de l'information et de la communication.</i></p> <p><i>Elle confie aux Tables des directeurs le mandat d'étudier ce sujet et de faire rapport à la Commission à la fin de l'année 1999 ».</i></p>	<p><b>La recommandation n'a pas connu de suite, mais le Groupe de travail estime qu'elle est toujours pertinente et que le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC) pourrait favoriser la concertation pour l'offre de cours de base.</b></p>
---	---

À ce jour, aucune mesure particulière n'a été mise en œuvre pour donner suite à cette recommandation. Les membres du Groupe de travail sur les programmes de formation postdoctorale en médecine considèrent toutefois qu'elle est toujours pertinente. Une fois de plus, on s'entend pour dire que la participation des vice-doyens aux comités de spécialités contribuera sans doute à intensifier les collaborations dans l'offre des cours de base.

Par ailleurs, le déploiement d'outils de téléconférence dans le réseau universitaire québécois favorisera encore davantage le partage de l'expertise professorale.

## Chapitre 3

### Bilan de la situation depuis les travaux de la CUP

#### 3.1 Au sujet de l'offre de programmes

Il convient de signaler qu'entre 1997 et 1999, deux commandes différentes ont été initiées de façon concomitante : l'une provenait du Collège des médecins du Québec (CMQ) et prônait une diminution du nombre de programmes de spécialités médicales, tandis que l'autre, à la base de la création de la Commission des universités sur les programmes (CUP), découlait d'une exigence du MEQ et visait plutôt la concertation et la complémentarité des programmes.

Les vice-doyens aux études médicales postdoctorales estiment que la proposition formulée par le CMQ<sup>3</sup> – celle d'une réduction du nombre de programmes de spécialités – était sévère et pourrait mettre en péril la qualité de la vie académique.

C'est pourquoi les vice-doyens sont satisfaits de la relative stabilité de l'offre de programmes au cours des dernières années. En effet, depuis la parution du rapport sectoriel de la CUP, en 1999, seuls quelques programmes de résidence ont été abandonnés ou créés.

Selon l'avis des vice-doyens, la réaction défavorable du Collège des médecins du Québec<sup>4</sup> au rapport sectoriel de la CUP témoigne de la divergence de vues quant à la notion de la rationalisation. Pour le CMQ, la rationalisation signifie réduction du nombre de programmes, tandis que pour les vice-doyens, la rationalisation s'exerce par un examen continu des objectifs poursuivis et des moyens pris pour y parvenir.

Il faut savoir, par ailleurs, que les programmes de résidence sont largement interreliés, comme l'a bien montré le rapport sectoriel n° 12 de la CUP. En outre, malgré le nombre réduit de résidents dans plusieurs programmes de formation, il est difficile de concevoir qu'on puisse ne plus offrir certaines spécialités dans l'une ou l'autre des facultés de médecine sans compromettre la qualité de la formation médicale de base et de l'ensemble des programmes de formation médicale postdoctorale au Québec. Par ailleurs, les résidents font partie intégrante de la structure d'offre de soins et leur retrait d'un milieu peut engendrer des difficultés importantes pour l'accessibilité des soins offerts à la population.

Enfin, les temps ont changé depuis les travaux de la CUP : d'un contexte de restrictions, il y a quelques années, on est passé à un contexte d'expansion avec la hausse récente des admissions dans les facultés de médecine. Ainsi, il ne serait clairement pas judicieux de réduire l'offre de programmes postdoctoraux qui s'apprêtent à accueillir des clientèles en croissance considérable.

---

<sup>3</sup> *La rationalisation du nombre de programmes de formation en médecine, CMQ, 1997*

<sup>4</sup> Voir en **annexe IV** les *Commentaires de la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec concernant le rapport no 12 de la Commission des universités sur les programmes*, publiée le 7 mars 2000.

### **3.2 Au sujet de la hausse des admissions**

Entre 1995 et 1999, la décroissance continue des admissions fut ressentie difficilement au sein des facultés de médecine. Celles-ci avaient dû s'ajuster à la baisse de clientèles et, par ricochet, à la baisse concomitante de financement. Par ailleurs, l'augmentation des contingents était devenue impérative en regard de la pénurie imminente de médecins de famille et de plusieurs spécialistes et parce que la diminution des effectifs médicaux risquait de compromettre l'accessibilité aux soins<sup>5</sup>.

La majoration significative des admissions acquise depuis 1999-2000 dans les programmes de premier cycle en médecine s'avère positive, puisqu'elle devrait permettre de retrouver vers 2006 l'équilibre entre l'offre et la demande de services médicaux atteint en 1986<sup>6</sup>.

Toutefois, autant la décroissance des admissions a soulevé un nombre considérable de difficultés, autant la hausse soudaine de la clientèle au premier cycle posera de nouveaux défis. En effet, les milieux de formation pourraient éprouver de la difficulté à répondre à cette nouvelle réalité au cours des prochaines années, compte tenu des ressources professorales, cliniques, matérielles et financières limitées des facultés de médecine québécoises.

En outre, la hausse prochaine des admissions dans les programmes de résidence présentera sans doute des défis tout aussi grands, mais différents de ceux de la formation doctorale de premier cycle, puisque la formation postdoctorale se déroule principalement en milieu hospitalier. Il est à prévoir notamment que le ratio du nombre de résidents par patron augmentera et que le nombre de patients pouvant être examinés par résident diminuera.

### **3.3 Au sujet de la collaboration interfacultaire**

On remarque, depuis les travaux de la CUP, qu'aucun des nouveaux programmes de résidence instaurés n'est offert en réseau. Toutefois, une étroite concertation existe depuis longtemps entre les facultés de médecine au Québec. À cet effet, il convient de rappeler, à l'instar du rapport de la CUP, que les quatre facultés de médecine ont entretenu au cours des dernières années des relations soutenues et elles ont notamment harmonisé leurs approches à l'égard de la formation postdoctorale par l'entremise de la Conférence des vice-doyens aux études postdoctorales des facultés de médecine (CVDFMQ), où les vice-doyens se rencontrent tous les mois et de celles de la Conférence des doyens des facultés de médecine (CDFMQ), ainsi que du Groupe de travail sur les affaires médicales (MEDU), qui poursuit ses activités dans le cadre de la CREPUQ. Les deux premières instances sont également actives au sein du Collège des médecins du Québec<sup>7</sup>. Ces structures administratives servent, entre autres, à favoriser les échanges pédagogiques. On constate d'ailleurs que dans le secteur de la formation médicale, la collaboration interfacultaire s'exerce tant au plan administratif qu'au plan pédagogique.

Puis, les processus conjoints d'admissions dans les programmes postdoctoraux se poursuivent. Il en est de même des mouvements de résidents entre les facultés, qui tendent à s'accroître.

---

<sup>5</sup> Tel qu'on l'avait annoncé dans le rapport sectoriel de la CUP, p. 29.

<sup>6</sup> Rapport sectoriel n° 12 de la CUP, p. 32.

<sup>7</sup> *Idem.*, p. 58.

À cette tradition de concertation déjà bien établie, s'ajoute la participation imminente de la Conférence des vice-doyens aux comités de spécialités du Collège des médecins du Québec. Il appert que les comités de spécialités représentent un gage d'avenir pour renforcer la collaboration au niveau des études postdoctorales en médecine. En effet, comme on l'a noté dans le cadre du suivi des recommandations, ils pourraient, entre autres, faciliter de nouvelles mises en réseau de programmes et favoriser l'intensification des échanges dans divers programmes *a priori* autonomes et des collaborations dans l'offre des cours de base.

Lieux privilégiés de discussion où pourraient « émerger des solutions communes et en concertation »<sup>8</sup>, les comités de spécialités, qui feront désormais appel à la participation des vice-doyens, permettront « de consolider les ressources en place, de mettre durablement à profit les expertises et de valoriser les spécificités et les forces de chacune des quatre facultés »<sup>9</sup>, tout en répondant à une structure qui limite au minimum les dispositifs administratifs.

---

<sup>8</sup> Comme l'avait suggéré la sous-commission en regard des Tables de directeurs, Rapport sectoriel n° 12 de la CUP, p. 59.

<sup>9</sup> *Ibid.*

**Cadre de référence du Comité de suivi sur les programmes (CSP)  
et des groupes de travail sectoriels (abrégé)**

---

Dans son « Rapport final présenté au ministre d'État à l'Éducation et à la Jeunesse » et intitulé : *Pour une vision concertée de la formation universitaire : diversité et complémentarité*, la Commission des universités sur les programmes (CUP) a formulé les trois recommandations suivantes à l'intention de la CREPUQ :

- « 2. *Que la CREPUQ, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, prenne les moyens et alloue les ressources requises pour que les données colligées par la CUP soient constamment mises à jour;*
3. *Que la CREPUQ, pour assurer un suivi aux travaux de la Commission, avise des moyens de surveiller les suites données par les universités aux recommandations contenues dans les derniers (sic) rapports de la CUP, du fait de la fin de ses activités;*
4. *Que la CREPUQ, afin de poursuivre le travail de rationalisation dans l'offre de programmes et de maintenir une complémentarité dans la programmation, organise, périodiquement, une rencontre des représentants des universités par secteur disciplinaire, sur le modèle des 23 sous-commissions, pour faire le point sur l'évolution de la situation des programmes depuis la publication des rapports de la CUP; ».*

Le Conseil d'administration de la CREPUQ a résolu, en novembre 2000, d'assurer la mise en œuvre de ces recommandations en confiant au Comité des affaires académiques le soin d'y donner suite. À cette fin, des groupes de travail sont mis sur pied dans chacun des secteurs ou regroupements disciplinaires ; les établissements universitaires qui offrent des programmes de grade dans un secteur donné désignent leurs représentants au groupe de travail correspondant.

Le CA a également convenu de former un Comité de suivi sur les programmes composé de professeurs honoraires provenant de disciplines et d'établissements différents, qui connaissent bien le système universitaire et jouissent d'une bonne crédibilité auprès de la communauté. Le mandat du Comité, dont les membres assumeront à tour de rôle la présidence des groupes de travail, consiste à superviser la réalisation des travaux et à en assurer la cohérence, en liaison avec le Comité des affaires académiques.

Chaque groupe de travail tiendra deux réunions – ou trois, à titre exceptionnel – et produira, à l'intention du Comité des affaires académiques, un court rapport qui contiendra la mise à jour des données pertinentes et fera état de la situation des programmes et des activités de collaboration poursuivies depuis la publication du rapport de la CUP, lequel constituera son point de départ obligé.

[...]

Pour ce qui est de l'invitation à « poursuivre le travail de rationalisation dans l'offre de programmes et de maintenir une complémentarité dans la programmation », selon la recommandation 4, en faisant « le point sur l'évolution de la situation des programmes depuis la publication des rapports de la CUP », les groupes de travail pourraient à leur tour formuler des recommandations, étant entendu qu'il appartient au Comité des affaires académiques d'y donner suite, s'il y a lieu.

#### Programme d'activités et calendrier

On trouvera à l'annexe Ia la liste des disciplines ou groupes de disciplines classés dans l'ordre où ils seront examinés par les groupes de travail correspondants au cours des trois prochaines années.

Il est à noter que les changements ci-après ont été apportés aux regroupements disciplinaires retenus par la CUP :

- a) « travail social et animation sociale et culturelle » ont été retirés du groupe # 22 (« sciences infirmières, santé communautaire, épidémiologie », etc.) et placés dans le nouveau regroupement # 12 avec « criminologie », qui faisait partie du groupe # 5 (« science politique, sociologie et disciplines apparentées », etc.);
- b) « droit » et « philosophie et éthique » sont séparés en deux secteurs distincts;
- c) « études et production cinématographiques », qui faisaient partie du groupe # 19 (« arts visuels et médiatiques, danse, art dramatique, etc. »), ont été reclassées dans le groupe # 6 avec « communication »;
- d) « musique », qui a fait l'objet du tout premier rapport de la CUP, a été placée avec les autres disciplines artistiques dans le groupe # 19 (« arts visuels et médiatiques, danse, art dramatique, etc. »);
- e) « podiatrie » a été ajoutée au groupe # 15 (« orthophonie et audiologie, ergothérapie, physiothérapie », etc.) ;
- f) « optométrie » est passée du groupe # 15 (« orthophonie et audiologie, ergothérapie, physiothérapie », etc.) au groupe # 16 (« médecine dentaire et pharmacie »).

Enfin, considérant que l'éducation, l'éducation physique et l'enseignement des arts devraient faire l'objet de travaux concomitants, il est prévu que les groupes de travail chargés de ces secteurs puissent siéger au cours de la même période.

Adopté par le Comité des affaires académiques le 11 mai 2001

## **Regroupements disciplinaires et calendrier des travaux**

### AN 1

1. Physique, mathématiques, informatique
2. Études littéraires, langues et littératures modernes et études anciennes
3. Linguistique, traduction, français et anglais
4. Philosophie et éthique
5. Science politique, sociologie et disciplines apparentées, anthropologie, études féministes, sciences du loisir et récréologie
6. Communication, études et production cinématographiques
7. Génie
8. Théologie et sciences des religions

### AN 2

9. Biologie, chimie, biochimie, microbiologie, sciences biomédicales et sciences de l'environnement
10. Sciences de la terre, de l'eau et de l'atmosphère
11. Formation postdoctorale en médecine
12. Psychologie, psychoéducation et sexologie, travail social, animation sociale et culturelle, criminologie
13. Architecture, design, aménagement, urbanisme et études urbaines
14. Histoire, géographie, archivistique, bibliothéconomie, sciences de l'information, archéologie, démographie
15. Orthophonie et audiologie, ergothérapie, physiothérapie, sciences de la réadaptation, ergonomie, chiropratique, pratique sage-femme, podiatrie
16. Médecine dentaire, pharmacie et optométrie

### AN 3

17. Éducation
18. Éducation physique et sciences de l'activité physique
19. Arts visuels et médiatiques, danse, art dramatique, musique, enseignement des arts, histoire de l'art et muséologie
20. Études en administration, économique et relations industrielles
21. Droit
22. Sciences infirmières, santé communautaire, épidémiologie, hygiène du milieu, gérontologie et gestion des services de santé
23. Sciences de l'agriculture, médecine vétérinaire, nutrition, sciences des aliments et sciences de la consommation

\* Adopté par le Comité des affaires académiques le 2 mars 2001 et révisé le 23 septembre 2002.

### **Liste des membres du Comité de suivi sur les programmes (CSP)**

---

DEROME, Jean-Robert	Professeur honoraire du Département de physique de l'Université de Montréal
DIORIO, Mattio	Professeur honoraire de l'École des hautes études commerciales (HÉC)
DOMINGUE, Nicole	Professeure honoraire du Département linguistique de l'Université McGill
GODBOUT, Paul	Professeur honoraire du Département d'éducation physique de l'Université Laval
GOULET, Georges	Professeur honoraire du secteur de l'éducation, UQAH
LEROUX, Adrien	Professeur honoraire du Département de génie électrique et de génie informatique de l'Université de Sherbrooke
SABOURIN, Jean-Guy	Professeur honoraire du Département de théâtre de l'UQAM

### **Liste des membres du Groupe de travail de formation postdoctorale en médecine**

---

AMYOT, Robert	Faculté de médecine, Université de Montréal
BERGERON, Denis	Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
DESCHÊNES, Jean *	Faculté de médecine, Université McGill
LEBLANC, Pierre **	Faculté de médecine, Université Laval

### **Chargées de recherche au Comité du suivi sur les programmes (CSP)**

---

CARREAU, Isabelle	CREPUQ
DIORIO, Mattio	Président du Groupe de travail et membre du Comité de suivi sur les programmes (CSP)
VIGNOLA, Julie	CREPUQ

---

\* Mme Anne-Marie MacLellan a assisté à la première réunion, laquelle a été remplacée par M. Jean Deschênes de la Faculté de médecine.

\*\* M. Richard Gagné a assisté à la première réunion, lequel a été remplacé par M. Pierre Leblanc de la Faculté de médecine.

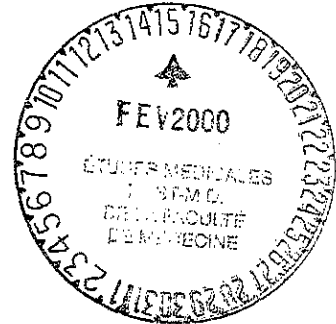


CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

Pavillon Saint-François d'Assise

Le 10 février 2000

Madame Hélène Sergerie  
Adjointe au vice-doyen aux affaires cliniques  
Faculté de médecine  
1239 - Pavillon Vandry  
Université Laval  
Cité universitaire  
Ste-Foy, QC G1K 7P4



**OBJET :** Programme réseau de biochimie médicale

---

Madame,

Pour faire suite à votre demande du 10 février 2000, voici certains commentaires qui pourraient être utiles à tout programme de résidence qui viserait à devenir programme réseau.

Les points cardinaux de réussite sont : la structure du programme, le mode de gestion, la participation équilibrée des milieux de formation aux mécanismes de gestion, le système d'évaluation et de suivi de la formation des résidents.

À cet effet, j'aimerais vous référer à notre brochure du programme réseau de biochimie médicale, aux pages 38 à 42 pour ce qui est de la gestion du programme et de ses comités, et aux pages 34 à 37 pour ce qui est de l'évaluation et du suivi de la formation des résidents.

Vous y retrouverez là le fruit de l'expérience de près de 15 ans de fonctionnement. Le programme a été révisé en son entièreté en juillet 1998.

De tous les éléments que vous pourrez lire dans ces sections, j'insisterais sur le fait que le succès d'un programme réseau comme le nôtre est basé avant tout sur un haut niveau de collaboration entre les milieux de formation et sur la qualité de la coordination, tant au niveau de la gestion que du suivi de la formation du résident. Vous noterez à cet effet que le résident a sa propre fiche de formation et qu'à chaque début d'année, en particulier pour les années reliées à l'apprentissage en laboratoire, les objectifs propres à chaque individu sont fixés en regard des objectifs du programme et du niveau de formation du résident.

Espérant ces renseignements utiles, je vous prie d'accepter, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Jean-Claude Forest, MD, PhD, FRCPC  
Directeur du programme réseau de biochimie médicale

JCF/lp  
Pièce jointe

c.c. - Dr Pierre Leclerc, Président du Comité d'admission, d'évaluation et de promotion  
- Dr Jean Talbot, Directeur du Département de biologie médicale

## ÉVALUATION ET SUIVI DE FORMATION DES RÉSIDENTS

Le meilleur moyen d'évaluer les connaissances, mais surtout les aptitudes et attitudes d'un résident en cours de formation est de créer avec lui des occasions d'échanges sur des sujets à caractère scientifique et d'observer discrètement mais de façon suivie le résultat de ses expériences professionnelles. Ceci ne peut que permettre une plus grande objectivité et une plus grande impartialité dans le processus d'évaluation.

Plus formellement, le résident est soumis aux modes d'évaluation et de suivi suivants.

### *FICHE D'ÉVALUATION*

À tous les trois (3) mois, le résident est évalué sur ses connaissances, son comportement et ses performances par celui qui a la charge immédiate de sa formation. L'exercice, *fait en présence du résident lui-même*, fait l'objet d'un rapport formel d'évaluation.

Les fiches d'évaluation utilisées sont les fiches actuellement en usage dans chacune des facultés de médecine du Québec. Ces fiches d'évaluation se trouvent en annexe (annexe A).

### **Utilité de la fiche d'évaluation:**

La fiche d'évaluation est d'autant plus utile qu'elle renseigne sur la valeur académique réelle du candidat, ses forces et ses faiblesses, comme sur sa valeur personnelle et sa valeur professionnelle. D'où l'importance pour celui ou celle qui a la responsabilité de la compléter d'être le plus factuel(le) possible. D'où l'importance également de fournir, sous la forme de commentaires écrits, des renseignements pertinents sur le candidat.

La fiche d'évaluation permet au Comité d'admission, d'évaluation et de promotion, dans l'exécution de son mandat, de suivre l'évolution du résident durant toute sa période de formation. Elle lui aide à cerner ses problèmes rapidement, s'il en est, et à découvrir avec lui les solutions appropriées.

**Procédure à suivre:**

La fiche d'évaluation est l'affaire du résident. Elle lui est personnellement adressée par le Bureau des études médicales post-doctorales de sa faculté et il lui appartient de la faire remplir par le responsable de son stage.

La fiche d'évaluation doit porter la signature du candidat, à moins qu'il soit impossible de faire autrement.

Une fois complétée, la fiche d'évaluation doit être retournée au Bureau des études médicales post-doctorales d'où elle origine. De là, elle parvient (sous forme de copie ou autrement) à la direction du programme, à Québec, pour être versée au dossier du candidat.

***EXAMENS DE CONTRÔLE***

Au cours de chaque année, des examens de type formatif, préparés par le Comité d'admission, d'évaluation et de promotion ou les préposés qu'il désigne, sont offerts au résident pour lui permettre de faire le point sur les progrès réalisés et aider le Comité dans son rôle d'évaluation et de promotion.

Plus spécifiquement, le résident est soumis annuellement à deux examens écrits et deux examens oraux administrés en milieu et fin d'année. Les sujets sur lesquels porteront les examens écrits sont connus à l'avance des résidents et sont corrigés par deux professeurs qui font rapport de leur évaluation au Comité. Les examens oraux portent sur l'objet des stages déjà effectués par le résident et sont administrés par quatre professeurs dont un est chargé de faire rapport de leur évaluation commune au Comité.

***SUIVI DE FORMATION DU RÉSIDENT***

Le Comité d'admission, d'évaluation et de promotion est responsable du suivi de la formation du résident et doit particulièrement s'assurer que le contenu des stages est conforme aux objectifs du programme. À cet effet, il a les exigences suivantes.

- Avant chaque année de stage, le résident doit soumettre au directeur la programmation de ses stages cette année-là. Le Comité étudie et approuve cette programmation. Tout changement en cours d'année doit être approuvé par le Comité.

- . Le patron responsable d'un stage relevant du programme doit élaborer un plan de stage en collaboration avec le résident et le soumettre au directeur pour approbation par le Comité avant le début du stage du résident. Ce plan de stage doit être élaboré en tenant compte des objectifs de formation retrouvés dans le programme.
- . De même, au moins trois mois avant le début de l'année de recherche, qu'elle soit de type gradué ou non gradué, le directeur de la recherche (ou le patron responsable) et le résident soumettent au directeur du programme le protocole de recherche. Le protocole est soumis aux membres du Comité pour approbation.
- . Deux fois par année, le résident soumet au Comité sa feuille de route des six mois précédents. Cette feuille de route consiste en un court rapport (une page ou deux) résumant les activités (stages effectués, cours reçus, cours donnés, cas cliniques rencontrés, activités dans le laboratoire ou de recherche, présentation ou assistance à des congrès etc.) du résident au cours de cette période.

### *LES RÉUNIONS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DE FORMATION*

Le Comité d'admission, d'évaluation et de promotion a comme rôle principal de s'assurer que le résident acquiert une formation complète et conforme au programme. C'est lors des réunions d'évaluation et de suivi de formation qu'il exerce particulièrement ce rôle.

Il y a deux réunions d'évaluation et de suivi de formation du résident à chaque année, une en décembre et l'autre en juin.

À chacune de ces réunions, il y a une évaluation complète (examen écrit et oral, étude de la feuille de route et des évaluations faites par les patrons de stage) faite par le Comité. Le candidat est informé de cette évaluation verbalement et par écrit par le président du Comité.

L'examen écrit est administré à l'endroit où le résident est en stage dans les semaines précédant la réunion et corrigé à l'avance. L'examen oral est administré la journée même de la réunion. C'est lors de cette réunion que le résident soumet au Comité sa feuille de route et ses fiches d'évaluation des mois précédents. Pour ce qui est des évaluations de stage de trois mois, une évaluation de mi-stage est demandée au patron responsable du résident. Les réponses aux examens écrits sont présentées et discutées avec les résidents en fin de réunion.

Lors de chacune de ces réunions, un suivi des stages du résident est fait. À la réunion de juin, le Comité étudie la programmation et le plan des stages prévus pour l'année suivante telle que soumise par le résident et le patron responsable du stage. Tout changement en cours d'année doit être approuvé par le Comité. La programmation et les plans de stage sont étudiés par le Comité afin de s'assurer qu'ils sont conformes aux objectifs du programme. Ils seront utilisés par le Comité pour le suivi de la formation.

À la réunion de juin, le Comité se prononce sur la promotion du résident.

Le résident qui termine sa formation et qui s'est présenté aux examens de certification est exempté de l'examen oral de juin. Cependant, il est tout de même évalué à la réunion de juin sur la base des évaluations de stage, de la feuille de route et de l'examen écrit qui a lieu à la fin avril. Pendant les mois précédant les examens de spécialité, ce résident est aussi soumis à des examens formatifs dont l'horaire est à la convenance du résident et des examinateurs.

Le président du Comité est responsable de la planification des réunions et de la tenue des dossiers des résidents en ce qui regarde l'évaluation, le suivi de formation et la promotion.

### ***PRÉSENTATION DE TRAVAUX***

Durant l'année, l'occasion est offerte au résident de présenter des travaux devant un auditoire critique, soit dans le contexte informel de *la journée du résident*, soit dans le contexte plus formel d'un congrès scientifique, de type régional, national ou international.

Les travaux présentés sont en général de deux ordres: des essais se rapportant à la biochimie médicale et des rapports de progrès à partir de l'expérimentation en laboratoire.

Lorsque jugés pertinents, les travaux présentés sont publiés avec l'aide d'un senior dans une revue avec comité de lecture et les crédits portés au compte de l'auteur.

### ***CERTIFICATION ET DROIT DE PRATIQUE***

Le programme d'entraînement en biochimie médicale prépare à l'exercice de la profession dont le droit s'acquiert après examens dispensés par le Collège des médecins du Québec pour le Québec et par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour le reste du pays.

## GESTION DU PROGRAMME

### RESSOURCES

Le programme de résidence en biochimie médicale est un programme-réseau c'est-à-dire un programme qui relève *académiquement* de chacune des quatre facultés de médecine du Québec. Sous l'égide d'un seul directeur, médecin-biochimiste, ce programme utilise comme ressources les centres hospitaliers affiliés à chacune des facultés et agréés pour la formation en biochimie médicale.

Les critères pour le choix des centres hospitaliers et des milieux ressources de formation paraissent en annexe (annexe C). Il en est de même pour la liste des centres hospitaliers, des milieux de formation et des personnes responsables dans chacun de ces milieux.

### STRUCTURE D'OPÉRATION

Par décision unanime des doyens, le programme de biochimie médicale relève *administrativement* d'une seule faculté, de la Faculté de médecine de l'Université Laval, qui en confie la gestion à son département de biologie médicale (biochimie), plus explicitement à son directeur qui a le pouvoir de déléguer sa responsabilité.

Celui à qui la gestion du programme a été déléguée est le DIRECTEUR DU PROGRAMME. Il est assisté dans ses fonctions par deux (2) comités compétents, le COMITÉ DU PROGRAMME et le COMITÉ D'ADMISSION, D'ÉVALUATION ET DE PROMOTION.

La structure d'opération est présentée en annexe (annexe E) par le moyen d'un tracé organigramme accompagné d'une description interprétative.

### *DIRECTION DU PROGRAMME*

1. Le directeur du programme assume la responsabilité de l'organisation et du fonctionnement du programme-réseau. Il répond de cette responsabilité au comité du programme et au département de biologie médicale auquel il appartient.
2. Il travaille en étroite collaboration avec le service affecté aux études médicales post-doctorales dans chacune des facultés et le vice-doyen qui en a la charge administrative.
3. Il coordonne le travail des comités selon leur mandat respectif et, avec eux, détermine les situations d'apprentissage qui favorisent l'atteinte des objectifs.
4. Il agit comme président et secrétaire exécutif auprès du comité du programme, prépare les "ordre du jour", le matériel de travail et les "compte rendu" de réunions.
5. Il conserve une copie des dossiers-étudiants dont la garde et la mise à jour relèvent de chacune des Facultés participantes.
6. Il informe tous les intervenants, personnes ressources du programme et résidents en formation dans le réseau, de toutes nouvelles d'importance ou de toutes décisions majeures, susceptibles de changer les règles du jeu dans la conduite du programme-réseau.
7. Avec les représentants de facultés et les coordonnateurs hospitaliers, il se rend responsable de la préparation des visites d'agrément et de la participation active des professeurs et résidents au programme de ces visites.
8. Il a la responsabilité de rédaction du programme et de son édition, de même que celle de préparer et d'éditer au besoin l'encart servant d'outil de promotion.
9. Il exécute toutes autres fonctions que lui confient les instances supérieures pour le mieux-être du programme-réseau.

## COMITÉS

### A. COMITÉ DU PROGRAMME

#### a) Composition

Le Comité du programme comprend sept (7) membres.

- . Quatre (4) médecins-biochimistes désignés par chacune des Facultés de médecine du Québec;
- . Un (1) représentant des résidents inscrits au programme choisi par ses pairs;
- . Le président du Comité d'admission, d'évaluation et de promotion;
- . Le directeur du programme-réseau (membre d'office).

#### b) Mandat

- . Désigner les membres du comité d'admission, d'évaluation et de promotion, pour chacun des milieux-ressources.
- . Désigner un coordonnateur hospitalier dans chacun des hôpitaux agréés.
- . Revoir les objectifs du programme et en actualiser la définition.
- . Réajuster au besoin le contenu du programme en fonction des objectifs poursuivis.
- . Pressentir les dispositions et la disponibilité des ressources professorales.
- . Déterminer les stratégies et les opportunités d'apprentissage.
- . Procéder, avec l'aide des résidents, à l'évaluation du programme à la fin de chaque année académique. Utiliser à cette fin les formules proposées en annexe (annexe D).
- . Recevoir et approuver les rapports et recommandations du Comité d'admission, d'évaluation et de promotion.
- . Recevoir et approuver les rapports et recommandations du directeur du programme.
- . Exécuter toutes autres fonctions que lui confie le comité des vice-doyens.

c) **Terme**

Le terme de chacun des membres est de trois (3) ans. Celui du résident est d'un (1) an, renouvelable.

**B. COMITÉ D'ADMISSION, D'ÉVALUATION ET DE PROMOTION**

a) **Composition**

Le Comité d'admission, d'évaluation et de promotion comprend huit (8) membres.

- Six (6) médecins-biochimistes désignés par le comité du programme, l'un d'eux agissant comme président du Comité. Chacune des facultés de médecine doit y être représentée. Les critères pour le choix des membres sont l'intérêt, l'implication et l'expérience dans l'enseignement et l'évaluation des résidents. Le président est nommé par le directeur du département après consultation auprès du comité de programme.
- Un (1) représentant des résidents inscrits au programme choisi par ses pairs;
- Le directeur du programme (membre d'office).

b) **Mandat**

- Déterminer les mécanismes d'admission, d'évaluation, de suivi de formation et de promotion des candidats et en soumettre les règles au comité du programme.
- Étudier la demande d'admission du candidat, quelle qu'en soit la faculté de provenance, et en recommander l'acceptation ou le refus.
- Définir le cadre général de son entraînement en ayant soin de préciser d'avance et pour chacune des années de résidence les divers milieux de formation qu'il lui sera nécessaire de fréquenter.
- Compte tenu de la formation antérieure du candidat, de ses aspirations et de la valeur de son dossier académique, se prononcer sur l'opportunité de recommander ou non la poursuite concomitante d'études de deuxième ou de troisième cycle.

- . Conseiller le résident d'un autre programme désireux d'acquérir une formation complémentaire en biochimie médicale.
- . Surveiller l'application de l'évaluation des résidents.
- . Administrer les examens écrits et oraux, c'est-à-dire préparer le matériel, choisir les examinateurs et voir à la tenue des sessions.
- . Réviser les dossiers des résidents à l'entraînement et recommander la promotion, la reprise ou autrement l'exclusion du programme, à la fin de chaque année académique.
- . Mettre à la disposition des résidents un service conseil pour les aider, s'il y a lieu, à préciser leur choix de carrière et à solutionner leurs problèmes professionnels, académiques ou même personnels.
- . Exécuter toutes autres fonctions que lui confie le comité du programme et le directeur du programme.

c) Terme

Le terme de chacun des membres est de trois (3) ans. Celui du résident est d'un (1) an, renouvelable.

Le vendredi 18 février 2000

Docteur Richard Gagné  
Vice-doyen aux affaires cliniques  
Faculté de Médecine  
Local 1239, Pavillon Vandry  
Université Laval

Docteur Gagné,

En réponse à votre demande des derniers mois, je vous fais parvenir un résumé des forces et faiblesses d'un programme réseau vu sous l'angle de la gériatrie.

Le programme réseau de spécialisation en gériatrie du Québec fut initialement mis sur pied afin de permettre aux étudiants d'être exposés aux milieux d'enseignement experts dans leur domaine et lors de sa création, il avait été jugé qu'aucune des facultés ne pouvaient répondre à ces exigences. Les choses ont bien évolué depuis de sorte que chaque université pourrait théoriquement répondre aux exigences des collègues et fournir la formation complète.

Toutefois, au fil des années, les gériatres membres du comité de programme ont toujours tenu à maintenir "vivant" le réseau car il permet plusieurs choses. Premièrement, la coordination du programme réseau par le directeur de programme fait en sorte que les activités, tant d'enseignement que la période des entrevues, sont "monitorées" par une personne unique de sorte que nous pouvons planifier l'utilisation de certains stages qui sont très courus, entre autres le stage de réadaptation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Deuxièmement, la gériatrie étant un petit monde, la présence du réseau nous "force" à nous rencontrer deux à quatre fois par année pour des cours communs tournant autour des problèmes éthiques, de l'évaluation de l'acte médical et des sciences de base. Ces activités permettent aux résidents de se rencontrer, aux patrons des différents milieux de connaître les résidents des autres universités; ce qui est bénéfique tant du point de vue académique que du point de vue humain.

M 000807

Troisièmement, la présence du réseau rend beaucoup plus facile pour l'étudiant les déplacements entre les universités qui, comme vous n'êtes pas sans le savoir, sont de plus en plus restreints entre les universités qui disposent des mêmes programmes. Cette mobilité a, entre autres, facilité la vie à bien des résidents qui ont vu leur conjoint déplacé d'une ville à l'autre ou qui ont eu à faire des changements dans leur plan de carrière.

Pour ce qui est de la promotion et de l'évaluation des résidents, la présence du réseau permet d'avoir une excellente homogénéité entre la façon dont les candidats sont évalués ou appréciés d'une université à l'autre.

Pour ce qui est des points plus négatifs, je dois souligner qu'il n'y en a pas de majeur. Évidemment, la présence du réseau augmente la charge du directeur du programme qui le coordonne ainsi que celle du bureau des études post-m.d. qui est associé à la gestion du réseau. Deuxièmement, le seul vrai irritant est que, quoique cela puisse sembler étonnant, la compréhension de ce qu'est le programme réseau est variable dans les différents bureaux responsables des collèges tant le Collège des médecins du Québec que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Cette situation entraîne souvent des retards dans la transmission du courrier ou de l'information ce qui a pu être préjudiciable à quelques occasions pour les étudiants.

Voilà donc en résumé les points forts et les points faibles mais il est clair pour nous que les bénéfices dépassent largement les embarras que peut nous occasionner le programme. A noter que, au fil des années, les universités ont acquis beaucoup plus d'indépendance de sorte que la direction du réseau s'implique beaucoup plus sur le plan académique et sur le plan de la promotion que sur un plan formellement administratif.

En espérant le tout à votre convenance, je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Michel Dugas, M.D.  
Directeur  
Programme réseau de spécialisation en gériatrie

MD/sg



**COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité  
au service du public*

**COMMENTAIRES  
DE LA DIRECTION DES ÉTUDES MÉDICALES  
DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC**

**CONCERNANT LE RAPPORT N° 12  
DE LA COMMISSION DES UNIVERSITÉS SUR LES PROGRAMMES**

**INTITULÉ :**

**LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉS MÉDICALES  
DANS LES UNIVERSITÉS QUÉBÉCOISES :  
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS**

**LE 7 MARS 2000**

La Direction des études médicales, au nom du Collège des médecins du Québec (CMQ), désire tout d'abord remercier le président de la Commission des universités sur les programmes d'avoir invité le CMQ à soumettre des noms de médecins pour agir à titre de membres externes au sein de la sous commission sur les spécialités médicales.

Le CMQ désire également remercier le président pour l'avoir invité à une présentation préliminaire du rapport ainsi que pour avoir reçu les premiers commentaires du CMQ au regard du projet soumis par la sous commission.

Tel qu'entendu avec le président de la sous commission sur les spécialités médicales, le CMQ désire soumettre, par l'entremise de la Direction des études médicales, ses commentaires sur le rapport final déposé en août 1999.

Nous soumettrons nos commentaires selon le format du rapport qui a été présenté par la Commission des universités sur les programmes.

Tout d'abord, il convient de mentionner le cadre général d'exercice du mandat de la Commission des universités sur les programmes, qui était d'examiner la pertinence et la complémentarité des programmes des universités et de recommander aux établissements des modalités de concertation pouvant aller jusqu'au partage de domaines ou de programmes. Ce cadre diffère considérablement de l'approche envisagée par le CMQ, laquelle visait davantage la rationalisation du nombre de programmes de formation en médecine.

C'est en ayant à l'esprit ces différences dans les mandats respectifs, qu'il faut regarder les recommandations fort différentes des deux organismes qui se sont penchés sur la question des programmes de formation en médecine. Les trois exercices antérieurs du CMQ sont amplement décrits dans le document.

Dans l'élaboration des recommandations de la Commission des universités sur les programmes, il est évident que parmi les solutions envisagées, la rationalisation ou la diminution du nombre de programmes se retrouve en fin de liste comme moyen pouvant être utilisé pour atteindre ses objectifs. C'est donc dans cet esprit qu'il faut considérer le travail de la sous commission ainsi que ses conclusions et recommandations avant de commenter chaque chapitre.

Nous désirons d'abord souligner l'excellence du travail de la sous commission, dans son analyse et qui fait un portrait à la fois historique et actuel de la formation médicale et postdoctorale au Québec.

Il faut également tenir compte du fait que toutes les recommandations et conclusions ont été faites dans un contexte de reconfiguration du système, de fermeture d'hôpitaux et de diminution importante des budgets de la santé et de l'éducation.

L'impact des diminutions des admissions en médecine se concrétise au cours de la présente année académique, alors que les modifications proposées par la ministre afin d'augmenter de nouveau, de façon très substantielle les admissions en première année de médecine, n'auront un effet concret que dans les années 2002 et 2003.

---

Le CMO apprécie également, qu'en plus des apports des membres externes qu'il a délégués, qu'ont ait su tirer des travaux de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, des idées novatrices ayant rapport avec la formation du futur médecin.

La sous commission a également reconnu, très tôt dans son document, les concepts changeants de la formation médicale, à savoir, la disparition de l'Unité d'enseignement clinique (UEC) conventionnelle, due à l'absence de pyramide de résidents jumelée à l'orientation de l'exercice médical actuel vers des activités davantage ambulatoires. Sans rendre ce concept complètement caduc, l'UEC ne donne qu'une image très partielle de la formation médicale d'aujourd'hui.

### *Chapitre 1 Organisation de la formation en médecine*

Comme déjà mentionné en guise d'introduction, ce chapitre fait un historique très juste et montre un état très réaliste de la situation actuelle de la formation médicale. Il brosse également un portrait très véridique des particularités de chaque faculté de médecine au Québec, à la fois des milieux d'enseignement affiliés et de leur expertise particulière.

### *Chapitre 2 Offre des programmes de spécialités médicales*

Dans ce chapitre on retrouve les définitions très conformes des programmes de formation, qu'il s'agisse de programmes complets associés, de programmes réseaux ou de programmes avec entente universitaire.

À la lecture des commentaires, nous nous permettons de mentionner, que le programme réseau de biochimie médicale est très fonctionnel puisque la direction du programme et la concentration sont à l'Université Laval.

Pour le programme réseau de gériatrie, l'avantage reconnu est qu'il assure une fonctionnalité administrative pour le partage des ressources entre les universités. Cependant, on reconnaît qu'en pratique, les directeurs locaux de programme en gériatrie sont les responsables réels de la formation des résidents en gériatrie, le directeur unique du programme provincial n'étant responsable que de la structure administrative.

### *Chapitre 3 Contingentement et répartition de l'effectif étudiant*

L'idée maîtresse à retenir de ce chapitre, qui fait état des modes d'allocation des postes de résidence ainsi que de l'état des effectifs médicaux, est l'incertitude qui se dégage quant à l'évaluation des besoins en services médicaux, qui devront être offerts à la population du Québec et des moyens pour y parvenir.

Le constat certain est à l'effet qu'il faudra évaluer de façon différente l'effectif médical, notamment, à cause de la diminution du nombre d'heures travaillées, due à la fois à la féminisation de la profession ainsi qu'aux valeurs différentes dont celle de la recherche de la qualité de vie qui sont prônées à la fois par les médecins de famille et les spécialistes.

#### *Chapitre 4 Instances en jeu et leur rôle*

Ce chapitre, qui fait état du rôle de chacun des organismes impliqués directement dans la formation médicale, fait également ressortir au point 4.4.3 *Autres fonctions* l'importance du rôle que devraient assumer les facultés de médecine, entre autres, celui d'être à l'avant-garde du processus de transformation, notamment en adoptant leurs systèmes d'enseignement et en prenant des initiatives pédagogiques en conséquence.

Même si la teneur du mandat du CMQ est la protection du public, celui-ci ne peut l'atteindre que par l'intermédiaire des organismes qui assurent la formation du futur médecin spécialiste ou médecin de famille.

De même, si le CMQ a mis en place un système d'évaluation spécifique de la compétence professionnelle, il est évident que certains éléments comme celui des attitudes ou de certaines aptitudes ne peuvent être évalués qu'au cours de la formation par les facultés de médecine.

#### *Chapitre 5 Personnel enseignant et activités de recherche*

La qualité du personnel enseignant dans les facultés de médecine ne fait aucun doute. Mentionnons que 70 à 85% des professeurs qui enseignent aux étudiants et aux résidents le font sans salaire fixe de la part des universités. On pourrait penser que l'absence de salaire pourrait être suppléée par les services rendus par les résidents.

Même si ceci est un état de fait, il nous apparaît que cet état comporte certains effets pervers et que le professeur enseignant devrait être davantage compensé financièrement par la faculté de médecine que par le travail ou l'aide que peuvent lui apporter les résidents ou les étudiants en médecine.

Ce chapitre fait, de plus, un constat très exact et honnête des forces et faiblesses des corps professoraux dans chacune des facultés de médecine. Il fait aussi un portrait concis du rôle de chaque faculté dans les domaines de la recherche.

#### *Chapitre 6 Tentatives passées et récentes de rationalisation des programmes*

Force est de constater que des tentatives antérieures de rationalisation des programmes ont déjà eu lieu, sans succès. Une première fois, en 1980, sous la forme d'un Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale suivi, en 1984 et 1987, des COCERAP I et COCERAP II.

Il est remarquable d'y noter que les commentaires, expliquant la non réussite des tentatives antérieures sont, à certains égards, interprétés comme un manque de consultation avec les directeurs de programme ou de département dans chacune des facultés de médecine.

---

Il ressort de façon très évidente, malgré la participation des facultés de médecine et des vice-doyens dans chacun de ces comités, que la mise en place des recommandations a fait l'objet d'un boycottage systématique de la part des acteurs plus près du terrain, qui n'a pas permis d'atteindre l'objectif de rationalisation du nombre de programmes. Est-ce une réelle obstruction ou un manque de volonté politique des dirigeants?

Il faut aussi noter que, si l'un des objectifs était de diminuer le nombre de programmes, comme le résume bien le tableau 6.1 du rapport, les nombres attendus en 1980, 1984 et 1997, se situaient autour de la centaine, plutôt que le nombre de 115 que nous retrouvons actuellement.

La position des facultés de médecine est clairement énoncée en guise d'introduction à cette section. Tout mouvement de rationalisation ne peut émaner que des universités qui sont responsables des programmes qu'elles offrent. On se doit d'admettre que la représentativité reconnue par la loi, des facultés au Bureau du CMQ, leur permet d'agir à la fois comme juge et partie dans toute décision qui pourrait être prise par le Bureau.

Au point 6.4.3 *L'achalandage des programmes*, on parle de la question de la fréquentation des programmes, ajoutant qu'elle ne peut être abordée qu'à travers la notion de qualité. Clairement, cela veut dire que même si un programme est très petit, il n'est pas nécessairement mauvais. Le CMQ ne s'est jamais prononcé sur la qualité des programmes pour faire ses propositions.

D'autre part, on reconnaît la nécessité d'une masse critique, mentionnant que certaines facultés ont concentré les activités d'enseignement dans un centre hospitalier. Il faut se demander, si cette notion de masse critique s'applique dans le centre hospitalier, pourquoi elle ne pourrait pas s'appliquer à une faculté de médecine ou à un programme.

On mentionne, enfin, le danger de la discontinuité des programmes qui peut entraîner une baisse de la qualité. Il apparaît plus évident au CMQ que, si les programmes sont en nombre moins important, la question de la discontinuité ne s'appliquera pas puisqu'il y aura toujours un ou plusieurs résidents dans ces programmes.

Au point 6.4.4, tout en reconnaissant l'interdépendance de la formation et des soins offerts, on pourrait commenter le parallélisme qu'on fait entre la dispensation des soins et la formation. On semble porter davantage d'importance aux dispensateurs de soins qu'à ceux qui reçoivent l'enseignement, à savoir, les résidents.

Tout en comprenant les besoins qui peuvent être comblés, à la fois pour le recrutement, la prestation de soins ou la recherche par la présence de résidents, on devrait insister plus sur la finalité du programme de formation du résident, lui-même, que sur les corollaires qui en découlent.

## *Chapitre 7 Recommandations*

Ce chapitre fait état de certaines prémisses et recommandations concernant les efforts de rationalisation ou de ce qu'on appelle davantage de complémentarité, le rôle de surveillance

---

des différents collèges étant en pratique surestimé compte tenu du pouvoir de ces organismes.

Cette première section du chapitre tente de souligner le travail de rationalisation qui a déjà eu lieu. De fait, on essaie surtout d'expliquer le pourquoi du statu quo, en fonction des besoins des facultés de médecine, pour des objectifs de formation prédoctorale où de d'autres professionnels qui ne sont pas ceux exclusivement reliés à la formation des médecins résidents.

Même si ces objectifs sont tout à fait compréhensibles et que la formation médicale postdoctorale n'existe pas en vase clos, ceux-ci ne correspondent pas aux objectifs qui doivent être à la base des programmes de formation spécialisés en médecine.

Pour ce qui est de l'interdépendance entre la formation médicale et la dispensation des soins en lieux donnés, on semble vouloir lier nécessairement la mutualité qui existe entre le système de santé et le système de formation des résidents. Même si le rapport de la sous commission n'a pas considéré de façon très spécifique cet aspect, il faudrait comprendre que la grande majorité des milieux dispensateurs de soins au Québec n'ont pas de résidents ni d'étudiants en médecine même si on doit reconnaître que le niveau de soins des milieux d'enseignement est fort différent.

Pour ce qui est de la troisième prémisse, concernant la symbiose entre la formation médicale et la formation à la recherche, il faudrait mesurer plus exactement l'implication réelle des résidents tout en reconnaissant les efforts qui sont faits par les facultés de médecine à cet égard en recherche.

Quant aux *recommandations* de la Commission, on retrouve *en premier lieu* la création d'une Table des directeurs de programme dont le rôle serait davantage de se pencher sur les préoccupations d'ordre pédagogique alors que les discussions du CMQ tournent plutôt autour des normes de formation, des critères d'agrément et des méthodes d'évaluation.

Cette initiative nous semble louable, puisque le CMQ en a été l'innovateur sous une forme différente; il nous semble tout de même difficile de réunir quatre directeurs de programme et de penser qu'on pourrait éventuellement en venir à une rationalisation si on regarde déjà la réaction des directeurs au projet préliminaire du rapport du CMQ de 1997, qui impliquait la fermeture ou la mise en commun de certains des programmes. Il est difficile de penser que dans un milieu aussi petit que le Québec des actions énergiques seront prises à cet égard.

*La deuxième recommandation* vise la demande faite aux directeurs de programme réseaux actuels, ceux de biochimie médicale et de gériatrie, d'explicitier autant les avantages que les difficultés et obstacles qui sont rencontrés dans la gestion des programmes dont ils ont la responsabilité. Le fait de poser la question, laisse entrevoir la réponse et on peut penser que chacun des directeurs de programme actuels voudra conserver le plus possible son autonomie, même à l'intérieur d'un programme dit «réseau».

Au regard de la *recommandation 3*, qui vise la possibilité de mettre en place des programmes réseaux dans certaines des spécialités, la crainte du CMQ a déjà été exprimée, à savoir, que ceci ne fera que concrétiser la mise en place de mini programmes pour lesquels le programme réseau assurera le maintien.

En ce qui concerne la *recommandation 4* au sujet des cours de base, celle-ci n'est pas du même niveau que les autres puisqu'il s'agit d'une situation de fait dans certains programmes qui, à notre avis, ne devraient pas nécessiter une recommandation de la part de la sous commission à cet effet.

## CONCLUSION

La Direction des études médicales désire exprimer sa déception quant à l'approche mise en place par la sous commission des universités sur les programmes de miser dès le départ sur une concertation ou une complémentarité plutôt que sur un effort réel de rationalisation.

À cet effet, il est évident que la conclusion du rapport répond bien au mandat qui avait été attribué à la sous commission et qui respecte à prime abord les structures mises en place mais qui s'éloigne de toute possibilité de diminuer le nombre de programmes.

Cette inquiétude est également concrétisée par le fait que, même à l'occasion de la reconnaissance d'une nouvelle spécialité par le CMQ, la médecine d'urgence par exemple, les universités, au lieu de prendre d'emblée une approche de concertation, se sont davantage pressées de demander l'agrément de nouveaux programmes dans cette spécialité.

Enfin, nous pensons, avec beaucoup de considération pour l'excellent travail effectué, que ce rapport subira malheureusement le même sort que les trois rapports antérieurs quant à une réelle rationalisation.

Cependant, à l'aube des années 2000 et, dans la tourmente que vit le Québec à l'intérieur de son système de santé et d'éducation, ces réflexions de la part du CMQ et des universités s'avéraient indispensables.

La Direction des études médicales,



Adrien Dandavino, MD, CSPQ, FRCSC  
Directeur  
AD/ml

U:\LETTRES\COMMISS-UNIV-PROG-COMMENT-DEM.DOC