

COMMISSION DES UNIVERSITÉS SUR LES PROGRAMMES

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

Rapport n° 12

Août 1999

Numéro de publication : 99-04
Dépôt légal – 1^{er} trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque du Canada
ISBN 2-920079-75-1

CADRE GÉNÉRAL D'EXERCICE DU MANDAT DE LA COMMISSION DES UNIVERSITÉS SUR LES PROGRAMMES

Note au lecteur

Le mandat

La Commission des universités sur les programmes a reçu le mandat 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, tout en maintenant une offre de la meilleure qualité et aussi diversifiée qu'il est possible. Ces recommandations doivent tenir compte des ressources à la disposition des universités, des besoins sociaux et culturels en général ainsi que des réalités du marché du travail, de même que du vœu de la société québécoise, par l'intermédiaire de ses gouvernements successifs, de maintenir l'accessibilité à l'université pour tous ceux et celles qui en ont les capacités intellectuelles et la motivation, quelle que soit par ailleurs leur situation financière.

C'est dans cette perspective que la Commission a adopté son **Document de référence** qui situe le cadre de ses travaux et, notamment, interprète la portée des impératifs que la ministre de l'Éducation souhaitait voir pris en compte, dans la lettre qu'elle adressait le 6 novembre 1996 au président de la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec, à l'occasion de son accord à la création de la Commission.

Son secrétariat ayant ouvert ses portes en janvier 1997, la Commission a tenu sa première réunion à la mi-février. Dès le début, elle a prouvé, par les conditions qu'elle a mises en place, qu'elle poursuit ses travaux à livre ouvert, sans réponse toute faite, y associant des professeurs, des étudiants et des personnes de l'extérieur de l'université. Elle donne accès sur son site web à diverses publications et communications.

Le fonctionnement en sous-commissions

La Commission a choisi de confier à des sous-commissions sectorielles le mandat d'effectuer l'analyse de la situation et de formuler des recommandations. En effet, compte tenu du caractère nécessairement spécialisé de l'enseignement universitaire, le redéploiement des forces et le partage des programmes entre les universités ne sont possibles que par la mise à contribution des hommes et des femmes qui enseignent dans les disciplines et champs d'études offerts dans les établissements. À part quelques exceptions récentes, aucune discussion systématique, par secteur disciplinaire ou champ d'étude, n'a été faite jusqu'à maintenant sur une base interuniversitaire en vue d'une offre conjointe de programmes, de l'adoption de créneaux respectifs de programmation ou encore de partage de cours ou de ressources et il était essentiel que l'on prenne le temps nécessaire pour réaliser cet exercice.

Aussi, même si la méthode adoptée, qui fait largement appel à la discussion et à la consultation, entraîne un certain délai, elle présente l'avantage d'associer les acteurs qui seront appelés à implanter les recommandations formulées par les diverses sous-commissions et, par là, le temps requis aujourd'hui par le processus en constitue autant de gagné lors de la mise en œuvre des recommandations que la Commission fera aux établissements. Compte tenu des fonctions qu'elles occupent ou ont occupées, ces personnes connaissent le secteur, ses forces et ses faiblesses, notamment en matière de recherche et de création qui constituent des éléments clés des programmes d'enseignement aux deuxième et troisième cycles; elles connaissent les collaborations interinstitutionnelles formelles et informelles, de même que celles qu'il faut développer.

Plusieurs facteurs expliquent le fait que les travaux peuvent aboutir rapidement à des perspectives de collaboration de toute nature à l'intérieur des sous-commissions. La réunion autour d'une table, avec un objectif explicite de concertation, des personnes déléguées par les universités qui offrent un programme de baccalauréat, de maîtrise ou de doctorat dans un secteur provoque nécessairement une dynamique de dialogue. De plus et sans aucun doute, la conscience de l'effet qu'ont sur chacune des institutions les importantes réductions budgétaires actuelles contribue au caractère productif de ce dialogue. En outre, dans la mesure où les effectifs professoraux sont en profonde mutation

en raison des nombreux départs à la retraite – 900 professeurs, soit l'équivalent du corps professoral de l'UQAM, partiront sur une période de moins de deux ans dans tout le système universitaire et très peu seront remplacés pour le moment – il est clair que le temps est révolu où tout le monde pouvait penser tout offrir. Des choix institutionnels s'imposent et les conclusions de la Commission pourront, à brève échéance, contribuer à les rendre cohérents dans une perspective systémique.

Dans ce contexte, les sous-commissions sont amenées à s'entendre sur les conditions de la consolidation des programmes actuels, sur l'abandon de certains d'entre eux ainsi que sur les possibilités de développement dans certains secteurs particulièrement cruciaux pour l'avenir de la société québécoise. Les sous-commissions sont le lieu où les unités d'une même discipline dans l'ensemble des universités se concertent sur les spécialités que chacune compte privilégier et où elle envisage de combler des postes de professeurs lorsque les conditions le permettront.

Toutes les sous-commissions sont présidées par un ou une membre de la Commission. Les membres provenant de l'enseignement universitaire sont des professeurs mandatés par leur université, occupant ou non une fonction de direction académique. Une représentation étudiante, du premier cycle ou des cycles supérieurs, est également assurée. Les sous-commissions invitent à siéger au moins une personne oeuvrant à l'extérieur du milieu universitaire et reconnue dans le domaine à l'étude. Elles peuvent, en outre, rencontrer tout interlocuteur susceptible d'éclairer leurs travaux.

Les données utilisées

La première démarche des sous-commissions, avec le soutien du secrétariat de la Commission, consiste à réaliser le portrait des enseignements dispensés dans chacun de ces secteurs dans l'ensemble du Québec, avec les données sur les caractéristiques des programmes, les corps professoraux qui y enseignent et les effectifs étudiants. Les tendances de la dernière décennie y sont également observées, incluant l'évolution des nouvelles inscriptions et de la diplomation par secteur.

Les données sont extraites des sources communes que sont les banques d'information constituées conjointement par les universités et le ministère de l'Éducation, notamment le système de recensement des clientèles étudiantes (RECU). Celles de la recherche sont traitées selon les catégories de subvention retenues par le système d'information sur la recherche universitaire (SIRU). On complète le portrait à l'aide des annuaires des établissements ainsi que de leurs données sur le corps professoral. Celles sur la durée des études et sur les taux de diplomation, de même que sur le suivi des diplômés réalisé par le ministère de l'Éducation font également partie du tableau. Toutes ces données font l'objet d'une collecte et d'une validation conjointement avec les institutions.

On s'assure que l'information suivant les spécificités des différents secteurs permette de s'en faire une idée juste : les activités de recherche, le rayonnement scientifique ou artistique et les services aux collectivités locales ou régionales ne s'évaluent pas de la même façon en droit qu'en musique, en génie, en sciences humaines ou en sciences pures.

La CUP a également recours aux résultats des travaux de concertation menés depuis près de trente ans en matière de développement des collections de bibliothèques universitaires et qui ont donné lieu à des acquisitions sélectives selon les spécialisations des établissements, notamment au niveau des études supérieures. Plus récemment, les bibliothèques ont choisi de se partager l'achat de certains périodiques coûteux. Elles se sont engagées à les acquérir pendant une période de trois ans et à transmettre par voie électronique copie de tout article requis aux usagers de tout établissement universitaire du Québec, en moins de 48 heures après réception de la demande.

Élaboration des recommandations

Les sous-commissions procèdent ensuite à la préparation et à l'examen des hypothèses de rationalisation qui paraissent souhaitables ou nécessaires, et faisables. Cela peut se traduire par des propositions de regroupement des forces d'un secteur dans une ou plusieurs universités, de retrait ou encore de réorientation en vue d'occuper un champ jusqu'à maintenant non couvert, ou toute autre solution qui paraît réalisable. Les formes de la concertation interuniversitaire sont multiples, allant de l'offre de plusieurs cours planifiée conjointement entre deux ou plusieurs départements à l'offre conjointe de tout un programme, en passant par la mobilité des étudiants d'une université à l'autre pour certains cours, ou encore par celle de professeurs pour un ou plusieurs cours, selon le cas. Dans les sous-commissions qui sont convenues de recommandations jusqu'à maintenant, presque toutes les formes possibles de concertation sont apparues.

Tous les formats ne conviennent pas également à tous les secteurs – la musique et la physique s'appréhendent de façon différente – et le fait d'avoir recours aux praticiens des diverses disciplines permet de valider les solutions envisagées en cours de travail. En outre, il faut prendre garde d'affaiblir l'offre des cours qui sont dispensés aux étudiants de plusieurs programmes à la fois. La suppression d'un programme constitué de certains cours communs à d'autres pourrait avoir comme conséquence directe de diminuer la viabilité de ces derniers et de compromettre la diversité de l'offre proposée aux étudiants.

Les sous-commissions acheminent leurs propositions à la Commission qui porte la responsabilité ultime des recommandations qu'elle fera aux établissements et qu'elle rendra publiques. La Commission espère avoir terminé les travaux sectoriels à la fin de 1999 et procéder à la vérification des suivis donnés à ses recommandations au cours de l'année suivante.

Une entreprise commune

L'entreprise est complexe et le temps pour y procéder limité. Son succès dépend, pour une large part, de la volonté explicite des différents acteurs qui, à un titre ou l'autre, apportent leur contribution. Cela comprend le personnel que les universités affectent à la préparation de dossiers ou à la participation aux travaux de la Commission et de ses sous-commissions, les étudiants ainsi que des personnes extérieures aux universités, de même que le personnel des Affaires universitaires et scientifiques du ministère de l'Éducation qui rend disponibles les données sur les activités des universités.

Il faut réitérer que les travaux de la Commission ont pour objet d'examiner l'offre de programmes qu'ensemble les universités du Québec proposent à la clientèle étudiante, en s'assurant que la couverture des disciplines et des champs professionnels de niveau universitaires continue d'être aussi exhaustive que possible en dépit de conditions adverses. Le travail de la CUP se déroule parallèlement à d'importantes opérations de planification et de réorganisation dans les établissements universitaires du Québec. Il n'en est pas un qui ne réexamine actuellement ses priorités académiques et son organisation administrative, compte tenu des compressions à intégrer dans les budgets au cours d'une période de quatre ans devant se terminer en juin 1999.

L'exercice doit également prendre en compte le contexte concurrentiel et les défis auxquels, avec la société québécoise et notamment sa main-d'oeuvre hautement qualifiée, les universités doivent pouvoir répondre dans une ère de mondialisation. Il faut en même temps aider à conserver un patrimoine académique de base dans toutes les universités, y compris les plus petites, qui desservent une clientèle de provenances diverses, régionale, nationale et internationale, selon leurs secteurs d'excellence.

Compte tenu des coupures de 370 millions déjà effectuées ou annoncées, il est clair que l'intégrité de l'offre globale des programmes universitaires est au coeur des travaux et la CUP verra à la préserver. La CUP doit s'assurer que les réorganisations à faire dans chacun des secteurs préservent une étendue de programmation que l'on attend des universités dans une société développée.

Août 1998

Il vaut mieux tomber ès mains d'un médecin heureux que d'un médecin savant.
Bonaventure des Périers, *Nouvelles Récréations et Joyeux Devis*, LIX, 1558

C'est quand le médecin meurt qu'il est hors d'apprentissage.
P.-M. Quitard, *Études sur les proverbes*, 1860

*La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,
l'expérience trompeuse, le jugement difficile.*
Hippocrate, *Aphorismes*, I, I; IV^e s. av. J.-C.

Table des matières

Note au lecteur	i
Table des matières	vii
Introduction	1
Chapitre 1 Organisation de la formation en médecine	7
1.1 Déroulement de la formation au premier cycle (pré-M.D.)	7
1.1.1 Quelques chiffres.....	8
1.1.2 Féminisation des effectifs.....	8
1.2 Organisation de la formation postdoctorale (post-M.D.).....	9
1.2.1 Liaison entre les facultés de médecine et les établissements participants.....	10
1.2.2 Organisation dans les établissements participants.....	11
1.2.3 Unité d'enseignement clinique (UEC)	13
1.2.4 Centres hospitaliers universitaires.....	14
1.2.5 Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ).....	16
1.3 Particularités de chaque faculté.....	18
Chapitre 2 Offre de programmes de spécialités médicales	21
2.1 Description	21
Chapitre 3 Contingentement et répartition de l'effectif étudiant	27
3.1 Allocation des postes de résidence par le MSSS	27
3.2 État des effectifs médicaux	29
3.3 Pénuries actuelles et anticipées	31
3.4 Répartition des spécialités médicales sur le territoire québécois.....	32
Chapitre 4 Instances en jeu et leur rôle.....	35
4.1 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	35
4.2 Ministère de l'Éducation (MEQ)	35
4.3 Conseil médical du Québec.....	35
4.4 Collège des médecins du Québec (CMQ)	36
4.4.1 Visites pour agrément.....	37
4.4.2 Respect des règles d'exercice.....	37
4.4.3 Autres fonctions.....	38
4.5 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).....	38
4.6 Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).....	39
Chapitre 5 Personnel enseignant et activités de recherche.....	41
5.1 Personnel enseignant	41
5.2 Activités de recherche	42

Chapitre 6 Tentatives passées et récentes de rationalisation des programmes	47
6.1 Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale (1980)	47
6.2 Comité conjoint d'étude de la rationalisation des programmes (1984 et 1987).....	48
6.3 Proposition de rationalisation du nombre de programmes par le CMQ (1997).....	49
6.4 Position des facultés de médecine	51
6.4.1 La spécificité de la formation postdoctorale en médecine	51
6.4.2 L'interdépendance des programmes.....	51
6.4.3 L'achalandage des programmes	52
6.4.4 L'interdépendance de la formation et des soins offerts.....	53
6.5 Et aujourd'hui... ..	54
Chapitre 7 Recommandations	55
Conclusion	65

LISTE DES ANNEXES

A	Composition de la Commission des universités sur les programmes
B	Composition de la sous-commission sur le secteur des spécialités médicales
C	Ententes interuniversitaire : statistiques sur les bordereaux de transfert et la mobilité des résidents, pour les années académiques 1996 et 1997
D	Contrat type pour une entente interuniversitaire pour les programmes d'études médicales postdoctorales
E	Relations entre les cheminements en spécialité médicale par faculté
F	Enseignements partagés entre les différents programmes de spécialités médicales
G	Contribution à l'enseignement dans d'autres spécialités et au premier cycle, en nombre de périodes (du 1 ^{er} juillet 96 au 30 juin 97)
H	Copie du Décret 685-98, tirée du journal <i>Gazette officielle du Québec</i> , 10 juin 1998, 130 ^e année, n° 24
I	Personnel enseignant dans les programmes de spécialités médicales à l'automne 1992 et 1997, et prévisions pour 2000-2001
J	Subventions et contrats de recherche pour les programmes de spécialités médicales pour l'année académique 95-96 (en K\$)
K	Production scientifique des programmes de spécialités médicales

Les résidents qui entament aujourd'hui un programme de formation seront au sommet de leur carrière en l'an 2020. Que sera alors leur nombre idéal ? Leur répartition idéale selon la spécialité et le lieu d'exercice ? Que sera alors devenue la pratique de la médecine ? Quels programmes leur offrir aujourd'hui pour leur assurer, alors, toutes les conditions voulues de compétence et répondre de façon adéquate aux besoins de la population ?

Aux compressions budgétaires qui frappent toutes les universités s'ajoutent les réductions de subventions consécutives à la diminution des clientèles étudiantes admissibles en médecine. Les facultés de médecine voient ainsi réduites les ressources mises à leur disposition et pourraient dès lors être incitées à pousser plus loin la rationalisation de leur offre de programmes, actuellement au nombre de 163.

Venues de toutes parts, des pressions énormes s'exercent sur la médecine spécialisée. Outre le défi budgétaire mentionné plus haut, des facteurs de divers ordres, scientifiques, technologiques, sociologiques et démographiques d'une ampleur sans précédent, interviennent pour redéfinir le rôle du médecin, la réalité de sa pratique quotidienne et la formation qu'il doit recevoir.

La réforme de la santé entreprise par le MSSS, depuis quelques années, réhabilite le médecin de famille – l'omnipraticien –, dans le rôle essentiel et central, pour la santé de l'individu, de la famille et de la population, qui fut de tout temps le sien sur les plans de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation. Cette approche, qu'on retrouve dans la foulée de la réforme de la santé, intègre à la fois la responsabilité du premier contact et des soins de première ligne, l'orientation au besoin vers les autres ressources ou niveaux de soins, ainsi que la continuité des soins.

Les questions de la main-d'oeuvre médicale et de l'organisation des soins en fonction des besoins des diverses clientèles se retrouvent au coeur des discussions dans le domaine de la médecine : nombre des admissions dans les facultés de médecine, répartition des médecins sur le territoire et organisation des soins et des services médicaux dans les différents milieux ou points de service.

La Commission royale sur les services de santé de 1964 – la Commission Hall – a largement contribué à l'expansion du programme public d'assurance santé au Canada en fondant ses prévisions quant aux besoins en effectifs médicaux sur des hypothèses de naissances et d'immigration qui ne se sont pas avérées exactes. En fait, la population canadienne allait croître jusqu'en 1991 d'un pourcentage de 20 % inférieur aux projections de la Commission¹. Alors qu'on visait le maintien d'un ratio d'un médecin par tranche de 857 habitants, on comptait, en 1991, 60 000 médecins pour une population de 28 millions de personnes, soit un médecin pour 467 habitants²; au Québec, ce rapport était, la même année, de un médecin pour 508,6 habitants³. Il n'en demeure pas moins qu'on utilisa ces projections du début des années 60 pour planifier l'offre de médecins, et de nouvelles écoles de médecine furent ouvertes pour assurer la disponibilité de médecins en nombre suffisant. Le Canada compte aujourd'hui 16 facultés de médecine, dont quatre au Québec⁴. Entre 1984 et 1995, le nombre de médecins spécialistes payés par la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) aura augmenté de 24 % et les médecins de famille, de 15 %⁵. De 1981 à

¹ *Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Rapport de synthèse, Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, Université d'Ottawa, 1995, 168 pages (p. 16-17).

² Statistiques tirées de Santé et Bien-être Canada, *Historical Statistics on Active Civilian Physicians, Canada, the Provinces, and the Territories 1961-1992*, Division de l'information sur la santé, Ottawa, 1993.

³ SAS, MSSS, août 1998.

⁴ Toutes les provinces canadiennes, à l'exception du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, comptent au moins une faculté de médecine. On en retrouve deux en Alberta et cinq en Ontario.

⁵ Info-Sérhum - Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois, mai 1997, no. 97-1. Par ailleurs, il faut noter que le nombre total de professionnels actifs payés par la RAMQ avait entre-temps augmenté de 22 %, les optométristes de 34 %, les dentistes de 32 % et les pharmaciens-propriétaires de 19 % (<[www://http.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)>).

1997, le ratio population par médecin est passé de 575,4 à 521,6⁶. Ce dernier chiffre représente, toutefois, une augmentation par rapport aux dix années précédentes (de 503,2 à 514,1).

Quoi qu'il en soit, il est significatif que, par le passé, les planificateurs de la santé aient utilisé ces ratios population/médecins pour déterminer les besoins en effectifs médicaux, bien que ces ratios ne puissent tenir compte des différents modes de pratique des médecins et des besoins changeants de la population en matière de soins de santé.

Les transformations à l'oeuvre aujourd'hui constituent l'aboutissement de nombreux événements qui ont marqué l'histoire de la médecine et de la formation en médecine au Québec depuis les débuts de la colonie et plus particulièrement, à compter de la moitié des années 60 (**Historique**).

En 1929, le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (CRMCC) reconnaissait la compétence dans deux sphères d'activités, la médecine générale et la chirurgie générale⁷. Huit ans plus tard, sept spécialités étaient reconnues : la dermatologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la radiologie diagnostique, la radiologie thérapeutique et l'urologie. Aujourd'hui, ce sont 53 spécialités et surspécialités et un programme spécial (programme de formation de cliniciens-chercheurs) qui font l'objet d'un agrément de sa part.

Pour les facultés de médecine, l'année 1970 allait faire date. À la demande du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec (CMCPQ)⁸ qui avait constaté certaines lacunes dans l'enseignement médical post-M.D. jusqu'alors dispensé dans les institutions hospitalières, les universités se voient confier la responsabilité de la formation postdoctorale, c'est-à-dire, l'internat – jusqu'en 1987 inclusivement – et la résidence. Pour le CMCPQ, ce transfert allait permettre « d'accroître les relations entre la formation et les conditions réelles de la pratique⁹ ».

Dorénavant, les facultés de médecine assumeront l'élaboration des programmes post-doctoraux : elles en établiront les objectifs, le contenu, les critères, les modes d'évaluation et de promotion; elles fixeront les modes et normes d'admission; elles détermineront les méthodes et les ressources, et identifieront les milieux d'apprentissage. Il s'agissait d'un précédent en Amérique du Nord puisque « jusque-là, le candidat à l'internat ou aux spécialités devait s'inscrire directement à l'hôpital agréé de son choix, qui veillait à l'organisation de l'enseignement sous la juridiction du CMCPQ¹⁰. »

Cependant, l'agrément des programmes postdoctoraux, devenus universitaires, relève toujours du Collège. Bien entendu, comme le rappelle le CMQ qui publie, le 1^{er} juillet de chaque année, une édition mise à jour des programmes agréés, « les objectifs de formation professionnelle des programmes doivent répondre aux critères d'admissibilité en vue de l'obtention des permis d'exercice et des certificats de spécialisation. » L'atteinte de ces objectifs repose, entre autres, sur « la présence en quantité suffisante de ressources cliniques, professorales et physiques, ainsi qu'une masse critique d'étudiants¹¹ ». Chaque exercice successif de rationalisation fera de ce critère de « masse critique » l'un de ses leitmotiv.

⁶ <<http://www.msss.qc.ca>> (Source : SAS, MSSH, août 1998). Le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux présente une grande variété de statistiques et de données sur le système de santé québécois et les diverses catégories de travailleurs qui y oeuvrent.

⁷ Il sera plus amplement question de ces deux organismes au chapitre 4 : Instances en jeu et leur rôle.

⁸ Aujourd'hui, le Collège des médecins du Québec

⁹ Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Collège des médecins du Québec, 1997, 263 pages (p. 187).

¹⁰ *Ibid.*, p. 188

¹¹ Collège des médecins du Québec, *Liste des agréments* (des programmes de formation postdoctorale des facultés de médecine des universités du Québec : établissements participants et postes agréés pour les stages 1) en médecine familiale ou omnipratique; 2) en spécialités, 1997-98.

Historique

1600

- 1639 Fondation du premier hôpital du Québec, l'Hôtel-Dieu de Québec, par la Duchesse d'Aiguillon
- 1642 Fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal, par Jeanne Mance

1800

- 1829 Inauguration de la Faculté de médecine de l'Université McGill
- 1843 Création de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal
- 1845 Création de l'École de médecine de Québec
- 1847 Fondation du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada
- 1854 Inauguration de la faculté de médecine de l'Université Laval
- 1891 Union de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal (École de médecine Victoria) avec la Faculté de médecine de Laval à Montréal

9800

- 1920 La filiale montréalaise de l'Université Laval obtient son autonomie et sa faculté de médecine devient la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

1960

- 1960 Mise sur pied du régime d'assurance-hospitalisation
- 1963 Création de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- 1964 Création de la Commission royale sur les services de santé (Commission Hall)
- 1965 Création de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
- 1966 Adoption de la Loi d'assistance médicale
- L'Université de Sherbrooke accueille ses premiers étudiants en médecine.
- 1969 Instauration du régime de l'assurance-maladie

1970

Séries de lois professionnelles régissant la pratique médicale et paramédicale

- 1970 La formation postdoctorale, qui relevait jusqu'alors des centres hospitaliers, est confiée aux universités.
- 1973 Promulgation du Code des professions et amendement à la Loi médicale; le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec devient la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

1980

Promulgation du Décret sur la rémunération différentielle durant les premières années d'exercice

- 1982 Publication de l'Avis du Conseil des universités, suivi du rapport du Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale
- 1984 Publication du rapport du Comité conjoint d'étude de la rationalisation des programmes (COCERAP)
- 1985 Publication du Rapport du Comité d'étude sur la formation en médecine par le Conseil des universités
- 1986 Création de la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux
- 1988 Publication du rapport de la Commission Rochon

1990

- 1994 Un amendement à la Loi médicale autorise la dénomination « Collège des médecins du Québec ».
- 1995 Mise en oeuvre de la réforme Rochon
- 1997 Publication de l'étude sur « La rationalisation du nombre de programmes en médecine », par le Collège des médecins du Québec

À la même période, d'autres programmes de formation disciplinaire migrent de la même façon : c'est le cas, notamment, de la formation des infirmières dorénavant confiée aux cégeps, alors qu'on procède à la fermeture des écoles d'infirmières abritées jusqu'alors dans les centres hospitaliers¹².

Avant 1970, la Corporation exigeait une année d'internat axée sur les principales disciplines cliniques, au terme de laquelle le médecin obtenait son droit de pratique. Avec l'instauration de programmes d'études prédoctorales orientés vers une formation pratique plus précoce – les étudiants passent la presque totalité de leurs deux dernières années d'études dans les hôpitaux d'enseignement –, l'année d'internat en rotation est rendue facultative dès 1970. Les détenteurs d'un doctorat en médecine peuvent dès lors s'inscrire directement au programme de résidence en médecine familiale ou spécialisée, quoique l'année d'internat multidisciplinaire demeure en guise de jonction entre l'enseignement prédoctoral et l'enseignement de spécialisation.

En 1987, un règlement intervient qui fait en sorte que tous les candidats amorçant leur formation à partir du 1^{er} juillet 1988 empruntent l'une des deux voies d'accès au permis d'exercice de la médecine qu'on connaît aujourd'hui, à savoir deux ans de formation postdoctorale en médecine familiale dans un programme universitaire agréé par le Collège ou une formation complète dans l'un des trente-quatre programmes de spécialité d'une durée moyenne de cinq ans. « Disparaissent ainsi toutes les formes d'internat qui ont dominé la formation médicale depuis le début du XX^e siècle¹³. » Cette même année, l'obligation de stages dans les régions « éloignées » du Québec est intégrée dans le programme de médecine familiale, un système qui présente « le double avantage de favoriser l'installation de nouveaux médecins dans les régions et de briser l'isolement des praticiens qui y résident¹⁴ ».

C'est depuis 1988 que la formation médicale au Québec comporte donc deux étapes successives et complémentaires : dans un premier temps, une formation générale, commune à tous les futurs médecins quelle que soit leur orientation professionnelle subséquente (médecin de famille, spécialiste ou chercheur) – qui correspond à un baccalauréat spécialisé et confère le diplôme de doctorat en médecine (M.D.). Dans un deuxième temps, une formation plus spécialisée, orientée soit vers la médecine de famille, soit vers une spécialité, nécessaire à l'obtention du droit de pratique. Peut s'y ajouter, dans certains cas, la poursuite d'un programme universitaire en recherche avancée.

Depuis 1966, année où la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke accueillait ses premiers étudiants, la formation pré et postdoctorale est partagée entre quatre facultés de médecine au Québec, en fonction de leur taille et de leur capacité d'accueil respectives. En 1997, les quatre facultés se répartissaient 453 admissions¹⁵.

Dans tous les pays occidentaux, le système de santé fait face à des pressions budgétaires considérables. À l'instar de ce qui s'est produit dans toutes les provinces canadiennes, la dépense totale de santé per capita au Québec a connu une progression sans relâche depuis 1975 alors qu'elle était de 532 \$ par personne, et grimpait à 1487 \$ en 1985, à 2262 \$ en 1992 et à 2383 \$ en 1997 (en comparaison de 2528 \$ en moyenne au Canada). En 1997, la dépense publique de santé estimée s'établissait à 1528 \$ per capita (comparativement à 398 \$ en 1975), devant la Nouvelle-Écosse, l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan. En ce qui concerne le pourcentage des dépenses totales de santé dans le produit intérieur brut de 1975 à 1997, toutes les provinces ont connu un sommet en 1992 avec une moyenne canadienne de 10,2 %. En 1997, cette dernière moyenne est de 9,5 %; au Québec, elle s'établit à 10 %.

S'inspirant des conclusions de la Commission Rochon, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) amorce, en 1995, la réforme du système de santé québécois. Non seulement les contraintes sur les ressources financières du gouvernement sont-elles fortes, mais les progrès technologiques, la modification des pratiques professionnelles, les caractéristiques nouvelles au sein de la population (démographie, vieillissement, modifications du profil de la santé) et l'alourdissement des clientèles hospitalisées (chronicité, intensité des soins...) réclament une nouvelle organisation des soins de santé. Il faut noter que la lourdeur croissante des cas a été

¹² Le lecteur est invité à prendre connaissance du rapport sur les sciences infirmières et le travail social, publié par la CUP au printemps 99, pour de plus amples renseignements sur ce secteur de la santé.

¹³ Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Collège des médecins du Québec, 1997, 263 pages (p. 192).

¹⁴ *Ibid.*, p. 192.

¹⁵ Système RECU, MEQ.

mentionnée comme un facteur réduisant le temps dont disposent les médecins pour l'enseignement. De même, la fragmentation des soins, amenée par la spécialisation croissante des interventions, fait en sorte que les résidents ont une exposition moins grande aux cas, avec un impact qu'on devine facilement sur la qualité de la formation qu'ils reçoivent.

Tous les observateurs en conviennent, la reconfiguration du réseau hospitalier et la réorganisation des services médicaux par l'intermédiaire des plans régionaux d'effectifs médicaux¹⁶ introduisent une incertitude quant aux besoins en effectifs médicaux dans les différentes spécialités, en termes de nombre et de répartition. Ce qu'on sait avec certitude, en revanche, c'est que certaines des modifications qui affectent présentement le régime de distribution des soins au Québec auront inévitablement des impacts sur les départements cliniques universitaires et, forcément, sur l'enseignement qui y est dispensé.

Les exigences à l'endroit du médecin du prochain siècle sont considérables et débordent largement le cadre économique. Dans son projet canadien d'éducation des médecins spécialistes pour l'an 2000 (ProMEDS 2000), publié en septembre 1996, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada établit sept rôles essentiels et compétences clés des médecins spécialistes pour le prochain siècle. Des projets pilotes sont en cours dans chacune des 16 facultés de médecine du Canada afin de concrétiser au niveau des programmes de formation l'un ou l'autre des concepts. Un comité d'implantation s'est mis au travail sous l'autorité du Bureau de l'éducation médicale postdoctorale pour que « les objectifs et les examens de chaque spécialité tiennent désormais compte de ces rôles et que le processus d'agrément des programmes en vérifie l'application¹⁷ ». Pour que la formation postdoctorale soit au diapason des nouvelles pratiques dans un système en transition, les divers programmes ont déjà amorcé une adaptation, mais, sans doute, devront-ils la poursuivre et l'intensifier.

En raison, notamment, des bouleversements importants survenus depuis quelques années dans le réseau de santé québécois, le Collège des médecins du Québec confiait lui-même à une Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, le mandat de dessiner « le devenir de la pratique médicale et de préciser le rôle des médecins de famille, des médecins spécialistes et des autres professionnels de la santé, à l'aube du III^e millénaire » : cette Commission déposait son rapport en 1997¹⁸. C'est dire qu'à travers le pays, voire dans tous les pays occidentaux, on s'interroge sur ce que réservent les prochaines années – cruciales – aux médecins qui pratiquent aujourd'hui et à ceux qui entament ou entameront leur pratique.

¹⁶ Les plans régionaux (les PREM) établissent le nombre d'omnipraticiens, ainsi que le nombre et la catégorie de spécialistes qui peuvent s'installer dans chaque région : ces plans visent à assurer la présence et la permanence de médecins selon les besoins de la population.

¹⁷ Rapport annuel, CRMCC, 1996, 34 pages (p. 3-4).

¹⁸ *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Collège des médecins du Québec, 1998, 277 pages.

Organisation de la formation en médecine

1.1 Déroulement de la formation au premier cycle (pré-M.D.)

Dans toutes les facultés de médecine québécoises, le programme de médecine proprement dit s'étend sur quatre ans et comporte 200 crédits. À l'Université McGill, une année supplémentaire vient s'ajouter pour les postulants diplômés du cégep et l'Université de Montréal offre une année préparatoire aux études médicales destinée à ces mêmes étudiants et à ceux ayant complété à l'université une formation dans des sciences non connexes à la médecine. Cette année de propédeutique comporte 39 crédits¹⁹.

D'après des statistiques compilées par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), les candidats qui parviennent aujourd'hui à entrer dans une faculté de médecine ont tendance à être plus âgés et à avoir complété un plus grand nombre d'années d'études que leurs prédécesseurs. En 1996, 67 % des nouveaux étudiants canadiens détenaient au moins un baccalauréat et une portion significative avait complété une maîtrise. Une décennie plus tôt, seulement 30 % des étudiants de première année avaient obtenu un diplôme universitaire avant d'être admis en médecine²⁰.

Un **certificat d'immatriculation**, valide pour toute la durée de la formation, est octroyé par le Collège des médecins à tout candidat admis à l'une des quatre facultés de médecine. Ce certificat permet à l'étudiant de poser sous surveillance, et en fonction de son niveau de compétence, les actes médicaux nécessaires à sa formation. En 1997-1998, le CMQ a octroyé des certificats d'immatriculation à 418 étudiants en médecine, comparativement à 454 pour l'année 1996-1997²¹.

La formation pré-M.D. se déroule en deux phases, à savoir *préclinique* pour les deux premières années et *clinique* pour les troisième et quatrième années, lesquelles constituent l'externat. Les étudiants sont alors à temps plein dans les hôpitaux affiliés de leur faculté où ils effectuent des stages (obligatoires et optionnels) par rotation dans diverses disciplines. L'encadrement de l'externat se fait essentiellement sous la forme d'un jumelage résident-étudiant, sous la supervision d'un patron, ou dans les unités d'enseignement clinique au sein desquelles les résidents participent de façon intense.

C'est au terme de ces stages, dont au moins 12 mois de stages obligatoires, que les externes se verront décerner leur premier diplôme universitaire, celui de M.D. (*Medicinae Doctor*). Ce dernier ne leur confère pas pour autant le droit de pratique qui, jusqu'en 1987, était conféré au terme d'un an d'internat, mais nécessite dorénavant un séjour de 2 ans en médecine familiale ou de 4 à 7 ans en spécialité et l'obtention, après examen, d'un certificat, soit de médecin de famille, soit de spécialiste.

La méthode d'**apprentissage par problème** (APP), mise à profit au premier cycle, est une modalité pédagogique privilégiée pour favoriser l'intégration des connaissances, l'autonomie intellectuelle, le développement de stratégies d'apprentissage personnelles et de l'aptitude au travail en équipe. C'est-à-dire qu'à l'occasion de l'étude d'un problème (une « étude de cas »), le « tuteur » enseigne, en petit groupe, des notions scientifiques relatives au problème étudié.

¹⁹ À savoir 26 crédits obligatoires en sciences biologiques, une semaine de 35 heures d'immersion clinique (1 crédit), 9 crédits obligatoires en sciences humaines et sociales, et un cours à option de 3 crédits « servant de complément à la formation antérieure ». Quarante-trois heures sont consacrées aux travaux de laboratoire.

²⁰ *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada*, Association des facultés de médecine du Canada, 1998 (<<http://www.acmc.ca>>).

²¹ Rapport annuel 1997-1998, Collège des médecins du Québec, 44 pages (p. 19).

Si cette méthode d'apprentissage est mentionnée ici, c'est pour avoir d'abord été introduite pour la médecine. C'était à l'Université McMaster à Hamilton vers la fin des années 60; depuis, la méthode s'est disséminée à travers l'Amérique du Nord – et pour d'autres disciplines que la médecine²² – et dans d'autres parties du monde²³.

Introduite à Laval en 1982, cette méthode prédomine largement à l'Université de Montréal – complétée par le monitorat clinique – et à l'Université de Sherbrooke, durant les deux premières années de la formation. Malgré sa popularité en médecine, l'APP n'est pas l'approche exclusive : à l'Université Laval, on retrouvera aussi des cours magistraux. L'Université McGill qui, en août 1994, instaurait, au niveau prédoctoral, un nouveau curriculum reconnaissant davantage l'importance d'une solide formation dans les sciences de base, n'y fait pas appel. Cette université privilégie plutôt l'**apprentissage par situation clinique**, c'est-à-dire que la formation se fait à départ des sciences de base – et non de problèmes – au sein d'unités individuelles d'enseignement interdisciplinaire en sciences de base et clinique, regroupées en modules²⁴. L'enseignement magistral, ainsi qu'en petits groupes, se poursuit tout au long du programme de médecine, y compris durant les stages cliniques.

1.1.1 Quelques chiffres

Selon les données du système RECU du ministère de l'Éducation du Québec, les nouvelles inscriptions en première année de médecine ont décliné de 561 en 1990 à 453 en 1997, une diminution de 19,3 %, qui traduit les mesures adoptées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans le même intervalle, les inscriptions totales déclinaient de 2411 à 2040 (- 15,4 %).

Au Canada, la promotion prédoctorale de 1997, qui constitue la plus petite cohorte terminale depuis 1975, est la première à refléter les réductions des inscriptions au premier cycle mises en œuvre par les gouvernements provinciaux au cours de la dernière décennie²⁵. De plus, comme certains diplômés sont des étudiants bénéficiant d'un visa, les membres de cette promotion ne s'établiront pas tous au Canada au terme de leur formation postdoctorale.

Les données indiquent aussi que le nombre de diplômes de médecine décernés a atteint son point culminant au Québec et en Ontario en 1985. Entre 1985 et 1996, la taille de la classe terminale a diminué de 14,2 % dans la première province et de 5,8 % dans la seconde. Au Québec, on comptait 509 diplômés en 1997.

1.1.2 Féminisation des effectifs

En 1997, 1582 diplômes en médecine ont été décernés au Canada²⁶. Quoique les femmes aient constitué plus de 50 % de l'effectif inscrit en première année de médecine au cours de trois des quatre dernières années, c'était la première fois, en 1997, que plus de la moitié des diplômés étaient des femmes. Les facultés de langue française ont été les premières à atteindre ce pourcentage en 1987 et plus de 60 % de leurs diplômés sont désormais des femmes. Dans les facultés de langue anglaise, le pourcentage de diplômées s'établit à 46 %. Le total global pour le Canada atteint 50,3 %²⁷.

La féminisation des effectifs étudiants se répercute sur celle des médecins résidents (**tableau 1.1**) et des médecins actifs. Au Québec, les femmes représentaient, à la fin de 1997, 36 % des omnipraticiens et 23 % des spécialistes

²² À l'UQAM, le baccalauréat en biologie a adopté la méthode APP depuis septembre 1998.

²³ Pour une revue : *Problem-based Learning: A review of Literature on its Outcomes and Implementation Issues*, Academic Medicine, volume 68, no. 1, janvier 1993.

²⁴ Ces modules sont au nombre de quatre : a) Base de la médecine; b) Introduction à la médecine clinique; c) Pratique de la médecine et d) Retour à l'essentiel.

²⁵ *Op. cit.*, Association des facultés de médecine du Canada, 1998 (<<http://www.acmc.ca>>).

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Cela est si vrai que l'Association médicale canadienne a féminisé tous ses textes, au moins depuis 1996. « [...] sept rôles, ou ensembles de compétences [...] pour les futurs spécialistes canadiens. Il s'agit des rôles d'experte médicale, de communicatrice, de collaboratrice, de gestionnaire, de promotrice de la santé, de scientifique et de professionnelle. » (Le CRMCC indique que le féminin comprend également le masculin), Rapport annuel 1996, CRMCC, 34 pages (p. 2).

(dans les deux cas, c'est 1 % de plus qu'en 1996), soit 29,2 % du total des médecins²⁸. Leur effectif aura doublé entre 1980 et 1994.

1.2 Organisation de la formation postdoctorale (post-M.D.)

Une fois franchies les quatre années du premier cycle couronnées par le diplôme M.D., l'étudiant doit obligatoirement réaliser une résidence pour obtenir le droit de pratique, soit deux ans en médecine familiale, soit de 4 à 7 ans dans l'une des 35 spécialités reconnues au Québec ou des 57 de celles reconnues par le CRMCC (**figure 1.1**). Les places rémunérées dans ces programmes, dont le nombre est fixé par décret gouvernemental, sont réservées, notamment, aux diplômés d'une faculté de médecine québécoise qui n'ont jamais été inscrits dans un programme de résidence, au Québec ou ailleurs. Des contingents sont aussi réservés aux résidents de l'extérieur du Québec.

Pour être admis en spécialité et en médecine familiale, l'étudiant présente à la direction du programme auquel il veut se joindre un dossier comprenant, entre autres, des évaluations fournies par ses professeurs, ainsi qu'un questionnaire où il décrit ses motivations, ses intérêts personnels et ses activités extra-universitaires, le tout complété par une entrevue qui permet d'établir un classement des candidatures. Environ la moitié des finissants en médecine auront accès aux spécialités. Cependant, il faut ajouter que la médecine familiale revêt des attraits indéniables pour les jeunes médecins.

En effet, l'allongement de la durée de la formation, les examens de plus en plus nombreux et coûteux, ainsi que l'augmentation des frais de scolarité font en sorte qu'un médecin ait accumulé, en moyenne, une dette de plus de 50 000 \$ lorsqu'il amorce sa pratique. Or, en optant pour la médecine de famille, il pourra en amorcer plus rapidement le remboursement. Parallèlement, le salaire des résidents en médecine n'a pas augmenté. Également, « que l'on pense aux sommes que le jeune médecin devra déboursier en frais de bureau pour exercer sa profession en cabinet privé et offrir des services à la population, soit entre 30 et 35 % du salaire, en plus d'une diminution de ses revenus bruts de l'ordre de 15 à 30 %, pour les quatre premières années de pratique²⁹. » Bref, la perspective d'une courte ou d'une longue résidence – avec la possibilité de rembourser ses dettes à brève ou à longue échéance – influence le choix des résidents, bien que, il faut le préciser, plusieurs choisissent le programme de médecine familiale par intérêt professionnel.

La médecine familiale profite aussi, en quelque sorte, du désintérêt croissant constaté pour les spécialités en raison des interventions du gouvernement pour définir l'allocation des postes en région. Il faut signaler, en outre, que la population de résidents en spécialités qui bifurque vers la médecine familiale, le plus souvent en cours de résidence, contribue de façon non négligeable à l'attrition dans les premières. Selon diverses enquêtes et entrevues, la qualité de vie et l'endettement sont des facteurs déterminants dans le choix de poursuivre ou non en spécialité. Le salaire payé aux résidents par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les services qu'ils rendent en milieu médical – de l'ordre de 30 000 \$ à 50 000 \$ – ne suffit pas à valoriser cette option.

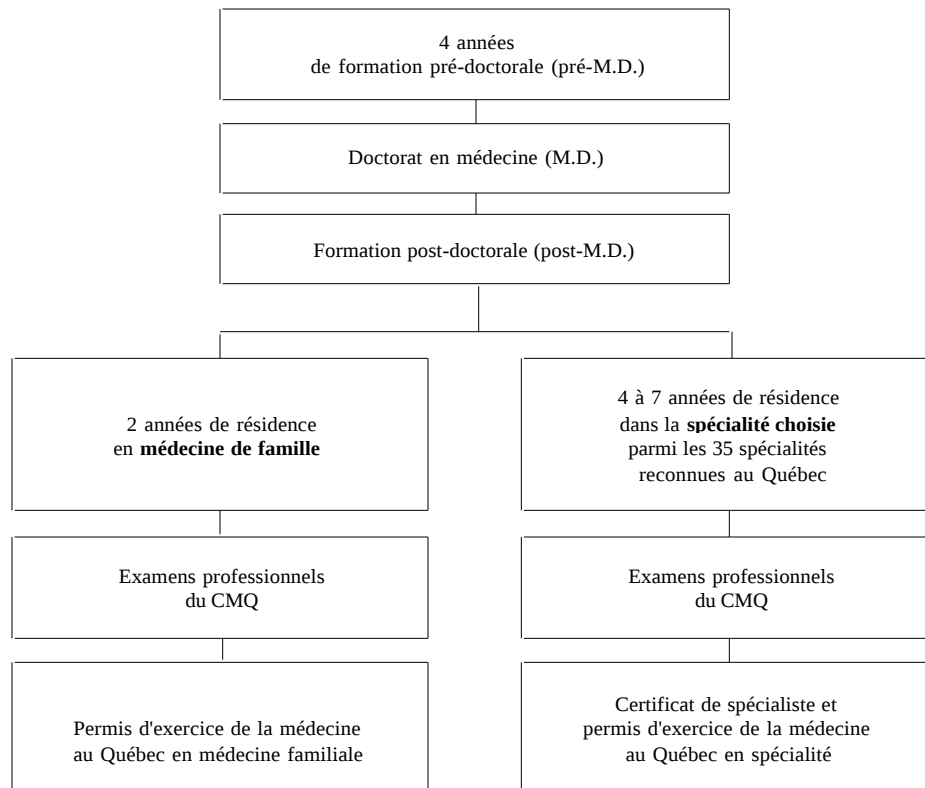
Les universités ont, en ce qui concerne les stages, les mêmes responsabilités de conception, d'élaboration et d'évaluation que pour leurs programmes de formation. Cependant, bien que sous responsabilité facultaire, l'enseignement postdoctoral est dispensé dans les établissements affiliés à chaque faculté de médecine. La **carte de stage** émise par le Collège des médecins du Québec constitue pour le résident un permis de pratique encadré : elle indique les établissements où il doit effectuer ses stages, la durée de ceux-ci et les postes qu'il est habilité à occuper.

²⁸ *Rapport annuel 1997-1998*, Collège des médecins du Québec, 44 pages. Pour comparaison, leur pourcentage était de 6,1 % en 1972, dont 7,1 % en médecine familiale et 5,2 % en spécialité, et de 11,2 % en 1978, dont 15,4 % en médecine familiale et 7,5 % en spécialité (*Les effectifs médicaux au Québec*, juin 1979, Corporation professionnelle des médecins du Québec).

²⁹ Document fourni par la FMRQ, dans le cadre des travaux de la sous-commission.

Figure 1.1

Organisation de la formation prédoctorale et postdoctorale en médecine



Le parcours du résident admis est dicté par les impératifs de la formation et de son déroulement, ainsi que par la capacité d'accueil de chaque établissement affilié. C'est sur la base de ces critères que chaque programme distribuera les résidents dans les différents milieux de formation, en utilisant à cet effet le réseau d'établissements propre à sa faculté. Rappelons que les résidents peuvent également effectuer des stages dans les réseaux d'établissements d'autres facultés.

1.2.1 Liaison entre les facultés de médecine et les établissements participants

L'organisation de la formation dans les spécialités médicales présente cette particularité que chaque programme constitue sa propre « unité académique », au sens donné à cette expression dans les autres disciplines universitaires. Chacun, supervisé par un directeur et un comité de programme, est doté de son propre comité d'admission-promotion, sélectionne ses résidents et accueille ses stagiaires. Le programme dépend d'un département facultaire qui administre les ressources, comptabilise les structures de recherche, déclare sa production scientifique et gère ses liens avec les hôpitaux.

Le directeur du département universitaire travaille en étroite collaboration avec un comité directeur composé des chefs de département hospitalier. Quant aux directeurs de programme de chacune des spécialités relevant du département, ils travaillent avec un comité de programme composé des chefs de service hospitalier de la spécialité où le programme est dispensé et de résidents. Le directeur du programme et le comité pédagogique, composé entre autres de représentants hospitaliers de la spécialité, sont responsables de l'organisation du programme, de la détermination de ses objectifs, de sa surveillance et de son évaluation.

1.2.2 Organisation dans les établissements participants

Le fait que chaque hôpital ne soit pas agréé pour enseigner l'ensemble des spécialités concourt à déterminer le lieu de formation des résidents. Car un milieu de stage doit satisfaire certaines conditions : « il doit disposer des compétences professionnelles et techniques et des équipements nécessaires aux apprentissages; il doit avoir une clientèle appropriée aux besoins de formation; il doit fournir l'occasion aux étudiants d'expérimenter diverses situations; enfin, il doit être en mesure de fournir des superviseurs reconnus par l'université et capables de guider le stagiaire dans ses apprentissages³⁰. » Il faut noter, en outre, que certains programmes exigent que le résident ne travaille pas plus de douze mois dans le même hôpital, une pratique qui, en soi, vient diversifier les lieux de stage. Si les universités peuvent établir des normes pour identifier et sélectionner les superviseurs de stage, et accréditer les milieux d'accueil, les programmes doivent ultimement solliciter et obtenir du CMQ l'agrément de nouveaux milieux de formation.

La résidence se déroule en portions de temps, appelées **périodes**, qui correspondent à quatre semaines : une année académique comprend donc 13 périodes.

Le résident, particulièrement en spécialité, a la possibilité de modifier son parcours grâce à la **carte mobile** qui lui permet, à certaines conditions, d'effectuer un séjour de douze mois et moins dans un hôpital rattaché à une faculté d'accueil. Le formulaire utilisé pour faire une telle requête est connu sous le nom de **bordereau de transfert**. La carte mobile est une autorisation que peut demander un résident déjà inscrit dans un programme de formation dans une faculté de médecine du Québec (dite d'attache) pour séjourner dans une autre faculté de médecine du Québec (dite d'accueil). Elle lui permet de compléter, au sein d'un programme complet, associé ou réseau, un stage planifié de formation clinique ou de recherche dans l'une des quatre facultés de médecine québécoises. Ces dernières souscrivent d'ailleurs fortement au principe que la formation s'enrichit en proportion de la variété de milieux de stage auxquels le résident est initié. La carte mobile, délivrable à mi-chemin de la formation, est une modalité qui, en favorisant les échanges interfacultaires, permet de mettre en valeur les ressources et les expertises en place dans chacune des quatre facultés. On retrouvera, à l'**annexe C**, le détail des stages qui ont été permis en vertu de la carte mobile pour les années académiques 1996 et 1997. Dans un résumé de la situation présenté dans le tableau suivant, le lecteur notera que l'équivalent de près de 72 résidents à temps plein s'en sont prévalus la dernière année.

Tableau 1.1 Mobilité des résidents entre les quatre facultés de médecine, en nombre de périodes de 4 semaines, 1996-1997 et 1997-1998

	1996-1997		1997-1998	
	<i>Sortie</i>	<i>Entrée</i>	<i>Sortie</i>	<i>Entrée</i>
Laval	215	41	212	66
McGill	163	195	187,5	319
UdeM	136	546	266	527,5
UdeS	290	22	265	18
Total (périodes)	804		930,5	

Exceptionnellement, des cas particuliers peuvent être reconnus pour autoriser le transfert interfacultaire (en cas de problèmes personnels, par exemple); ils doivent faire l'objet d'une entente au niveau de la Conférence des vice-doyens et nécessitent l'accord des deux facultés.

La médecine est le seul domaine de formation où l'« étudiant » reçoit un salaire du gouvernement, suivant une échelle salariale établie en fonction de l'année de résidence (RI, RII, RIII, etc.). Quoique, on le déplore, l'apport des

³⁰ Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 1988, 803 pages (p. 560)

résidents soit trop souvent oublié ou éclipsé, non seulement participent-ils à la dispensation des soins, mais aussi c'est en bonne partie de résidents seniors que les résidents juniors et les externes reçoivent leur formation au sein de l'unité d'enseignement clinique (voir [point 1.2.3](#)). Ce dernier fait participe en soi à l'interdépendance entre les formations prédoctorale et postdoctorale.

C'est donc par ces deux dimensions, la dispensation des soins et l'enseignement, que les résidents *sont* des médecins qui, même s'ils poursuivent leur apprentissage et continuent de parfaire leur compétence clinique – comme, d'ailleurs, leurs aînés –, font partie intégrante du corps médical. C'est si vrai qu'ils assurent souvent la masse critique pour le fonctionnement des CHU et des autres établissements affiliés et que ceux-ci tiennent compte de leur contribution dans l'organisation des soins. Par exemple, le programme de gériatrie de l'Université de Sherbrooke est un programme régional d'intervention gériatrique dans tous les hôpitaux de l'Estrie et du réseau interne de soins hospitaliers et ambulatoires de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS). On le voit, c'est à juste titre que les résidents sont regroupés au sein du CMQ, aux côtés des médecins omnipraticiens et spécialistes.

Le [tableau 1.2](#) présente le nombre de résidents en 1997, répartis selon la faculté, selon le sexe et les voies de la médecine familiale et des spécialités. Cette année-là, près de 2000 résidents, dont 53 % de femmes, étaient inscrits dans un programme universitaire agréé en médecine familiale ou en spécialités. L'ensemble de ces médecins sont représentés par la Fédération des médecins résidents du Québec (voir [point 1.2.4](#)).

Tableau 1.2 Répartition des résidents par faculté de médecine et en médecine de famille et en spécialités, selon le sexe, 1997-1998

Répartition femmes/hommes par faculté de médecine			
Facultés	Femmes	Hommes	Total
Laval	238	200	438
McGill	250	322	572
Université de Montréal	382	301	683
Université de Sherbrooke	182	120	302
	1 052	943	1995
Répartition femmes/hommes pour la médecine de famille et les spécialités			
	Femmes	Hommes	Total
Médecine de famille	323	190	513
Programmes de spécialités	729	753	1482
Total	1052	943	1995
Programmes de spécialités	Femmes	Hommes	Total
Spécialités cliniques	505	431	936
Spécialités de laboratoire	33	28	61
Spécialités chirurgicales	191	294	485
Total	729	753	1482

Source : Fédération des médecins résidents du Québec

Les établissements de service de santé (et de services sociaux) se voient généralement confier la mise en oeuvre des stages, le suivi des étudiants et leur évaluation en situation d'apprentissage. Dans les hôpitaux, les « patrons » assument la supervision et l'évaluation du travail des résidents, le tout consacré par un chef de service hospitalier, dont un pour représenter chaque spécialité, ou un chef de département qui dirige l'enseignement dispensé. Alors que

le résident fréquente les différents hôpitaux dispensant la formation dans sa spécialité, le chef du département hospitalier et le chef de service veillent sur place à ce que soit dispensé l'enseignement exigé par le programme.

Outre sa responsabilité clinique, le médecin a donc aussi une responsabilité en matière d'enseignement, « du fait que c'est à travers un long apprentissage qu'on devient médecin et que, pour y parvenir, on doit pouvoir compter sur la transmission par les aînés des connaissances et des habiletés cliniques qu'ils ont acquises³¹ ». Le médecin représente également un modèle de rôle auprès des étudiants.

1.2.3 Unité d'enseignement clinique (UEC)

Dans un milieu hospitalier, un programme accueille à la fois des étudiants en médecine (externes), des résidents de la spécialité (résidence d'attache) et des résidents des autres spécialités effectuant des stages dans ce programme (résidence d'accueil). Patron, résidente ou résident senior, résidentes ou résidents juniors, externes, toutes ces personnes travaillent ensemble dans une unité d'enseignement clinique (UEC). Le nombre de lits réservés à l'enseignement varie selon la spécialité.

Malgré les changements importants survenus dans le contexte socioéconomique et certaines modifications d'ordre pratique, il vaut la peine ici de citer la définition d'unité d'enseignement clinique approuvée par l'Association des facultés de médecine du Canada en septembre 1966 et révisée comme suit en avril 1970 :

« L'unité, la section ou le service d'enseignement clinique, qui peut englober tout l'hôpital ou n'occuper qu'une partie de celui-ci, est une entité qui a pour but de former des médecins au niveau universitaire aussi bien que post-universitaire, "au-delà de l'année d'internat" et ce, sous les auspices d'une faculté de médecine.

Le personnel médical de cette entité doit être nommé à la fois par l'université et l'hôpital. Le soin des malades qui y sont hospitalisés est assuré par une équipe qui groupe le médecin en titre, le résident, l'interne et le stagiaire, chacun ayant des fonctions correspondant à son degré de formation et à sa compétence. Le personnel est divisé en services dont les chefs sont également nommés à la fois par l'université et l'hôpital.

Dans une unité d'enseignement clinique, toutes les énergies du personnel doivent être canalisées vers la solution des problèmes de chaque malade pris individuellement. Le personnel a la responsabilité à la fois du soin du malade et de la formation de l'étudiant. Les traitements donnés au malade doivent toujours y être exemplaires. L'unité d'enseignement clinique constitue le meilleur stimulant pour la recherche clinique et l'évaluation de nouvelles thérapeutiques. [...]

Il appartient à l'université en cause de décider si telle unité de soins, telle section ou tel service dans un hôpital doit être considéré comme unité d'enseignement clinique. »

Les objectifs généraux de l'UEC sont de fournir aux étudiants et résidents de tous les niveaux le contexte nécessaire à la mise en application de connaissances acquises et à l'acquisition de nouvelles connaissances dans les domaines du diagnostic, du traitement et de la prévention des maladies. Il faut pouvoir assurer les clientèles, les équipements et les conditions générales de pratique nécessaires à une formation de la plus haute qualité possible. Ses objectifs plus spécifiques sont de trois ordres, à savoir l'enseignement, les soins aux malades et la recherche.

L'unité d'enseignement clinique peut réaliser ses objectifs d'enseignement grâce à des ressources cliniques suffisantes; elle doit permettre l'acquisition des connaissances scientifiques modernes, tant cliniques que fondamentales; elle doit prévoir l'organisation d'activités pédagogiques régulières et assurer la disponibilité quotidienne et régulière du personnel médical afin d'assurer une continuité dans l'enseignement donné aux étudiants et aux résidents. Enfin, cela suppose le développement et le maintien de la compétence du personnel médical et des praticiens de la santé.

³¹ Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Collège des médecins du Québec, 1998, 277 pages (p. 47).

Les objectifs relatifs aux *soins aux malades* peuvent être satisfaits, notamment, par l'adoption d'une politique d'admission des patients qui tienne compte, d'une part, des priorités médicales des patients et, d'autre part, de la nécessité d'assurer un éventail assez large et varié des types de patients admis dans l'unité, auxquels seraient exposés les résidents afin de répondre aux objectifs éducatifs.

Enfin, la contribution de l'UEC au développement de la *recherche clinique* peut passer par la préparation de protocoles cliniques, la participation des étudiants à ces travaux et la publication d'articles scientifiques. Les étudiants, surtout les résidents, sont assignés à l'étude de ces sujets de recherche suivant un protocole précis supervisé par des tuteurs, membres de l'unité ou consultants. Les activités de recherche sont par ailleurs encouragées dans certains programmes de spécialités de certaines facultés. Certains exigent une maîtrise, tel le programme associé en santé communautaire. De nombreux autres offrent, non seulement une formation en méthodologie de la recherche, mais aussi la possibilité de faire une maîtrise ou un doctorat. Par exemple, chaque année, quelques résidents de l'Université Laval s'inscrivent à l'un des programmes d'études supérieures offerts par la Faculté. Au cours des trois dernières années, quinze résidents y ont poursuivi une maîtrise ou un doctorat (en médecine expérimentale, neurobiologie, microbiologie-immunologie, épidémiologie et santé communautaire). La reconnaissance récente du programme de clinicien-chercheur par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada donnera la possibilité d'obtenir une maîtrise dite « sur mesure », ce qui entraînera très certainement une augmentation du nombre de résidents formés en recherche.

Il faut noter, toutefois, que l'importance accordée aux UEC pour la formation tend à diminuer, suivant en cela des recommandations récentes des organismes d'agrément.

De façon générale, la formation dispensée aux résidents dépend étroitement de la possibilité pour eux d'observer les gestes cliniques propres à la discipline, d'y participer et de les exécuter sous supervision : elle est donc directement tributaire de la dispensation de soins ou d'autres activités cliniques, généralement en milieu hospitalier. « Le résident participe donc étroitement à la prestation de services à la collectivité du milieu de stages où il est affecté », a-t-on souvent rappelé.

1.2.4 Centres hospitaliers universitaires

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) furent créés au milieu des années 90. Dans la région de Québec, c'est en 1994 et 1995 que le MSSS désigne les hôpitaux du réseau appelés à constituer le Centre universitaire de santé de Québec (CHUQ), créé en 1996. Les trois hôpitaux fusionnés en deviennent les « pavillons » auquel viendront se greffer des hôpitaux affiliés et des instituts pour réaliser les objectifs d'enseignement et de recherche en médecine.

Le Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE), créé le 1^{er} juillet 1995, est issu de la fusion administrative de trois centres hospitaliers – le CHU de Sherbrooke (CHUS), le Centre hospitalier Hôtel-Dieu et le Centre hospitalier Saint-Vincent-de-Paul, fermé depuis. Les activités du CUSE se répartissent en deux sites, le site Fleurimont (ex-CHUS) et le site Bowen (ex-Hôtel-Dieu). La fusion des anciens Sherbrooke Hospital et Hôpital Youville a donné naissance à l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (IUGS).

Le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) naît, le 1^{er} octobre 1996, de la fusion de l'hôpital Notre-Dame, de l'Hôpital Saint-Luc et de l'Hôtel-Dieu : l'Hôpital Sainte-Justine – le seul CHU mère-enfant au Québec –, joue un rôle homologue en pédiatrie.

Enfin, le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) résulte de la fusion de l'Hôpital Royal-Victoria, de l'Hôpital général de Montréal, de l'Hôpital de Montréal pour enfants et de l'Hôpital neurologique de McGill.

Grands centres hospitaliers urbains, affiliés à une université qui abrite une faculté de médecine, les CHU sont dédiés aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Avec le temps, ils devraient progressivement se démarquer par la concentration des soins surspécialisés qu'ils offrent et par la qualité de l'expertise qu'ils développent dans des secteurs de pointe et requérant une technologie sophistiquée : c'est, en effet, dans ces établissements que se concentre l'utilisation de la technologie de haute intensité issue du génie biomédical. Les membres du personnel

médical et paramédical y contribuent aux activités d'enseignement clinique prévues dans le cadre des programmes universitaires. Certains s'adonnent également ou prioritairement à des activités de recherche de façon conjointe avec les chercheurs universitaires. La plupart des médecins spécialistes requièrent les infrastructures dont dispose le centre hospitalier pour assurer adéquatement leurs activités cliniques, d'enseignement et de recherche. Rien d'étonnant, donc, à ce que, par exemple, au CHUM, on compte un nombre presque égal d'étudiants aux cycles supérieurs et de résidents.

Les stages représentent un moyen d'apprentissage privilégié dans toutes les disciplines de la santé et des services sociaux. En médecine, il est admis couramment que « les attitudes, comportements et habitudes professionnels se développent davantage pendant les années de formation postdoctorale qu'à tout autre moment du cycle de vie médicale³². » Or, la rationalisation du nombre de lits de courte durée, les fusions, les changements de vocation et les fermetures dans la foulée de la réforme de la santé, ont entraîné la diminution du nombre d'établissements, et par conséquent, celle du nombre de lieux hospitaliers de stages pour les résidents. En 1993, on dénombrait 862 établissements sociosanitaires au Québec : ce compte a diminué régulièrement depuis pour s'établir à 521 en juillet 1998³³. On doit être conscient que « la rationalisation des milieux d'enseignement suit la même logique que celle qui préside à la reconfiguration des établissements, des lits et des infrastructures³⁴. »

Comme s'en préoccupait la Commission sur l'exercice de la médecine, « comment allier, dans la restructuration du réseau des établissements de santé, les impératifs de soins intégrés et d'enseignement ? Quelle part joueront dans cet enseignement les CLSC, les cliniques de médecine familiale³⁵ ? » On convient généralement qu'il n'y a rien de comparable à un apprentissage contextuel. Citant des études parues en 1990, le groupe ProMEDS 2000 concluait en 1996 que « si une aptitude ou une compétence doit être éventuellement mise en pratique en milieu communautaire, elle devrait être acquise dans ce milieu³⁶. » En effet, « conformément au principe de l'apprentissage contextuel, le milieu idéal pour acquérir nombre de ces compétences sera celui qui s'approche le plus de la réalité. [...] Les résidents et résidentes devront acquérir de l'expérience de qualité en milieu communautaire et dans les centres de soins ambulatoires en plus des hôpitaux de soins tertiaires³⁷. » Aussi, en résonance avec la réforme à l'oeuvre, certains en appellent à l'ouverture accrue de lieux de stage en CLSC. Pour d'autres, une meilleure préparation des résidents à leur pratique future supposerait, pour la médecine familiale, d'accroître la diversité des milieux d'enseignement, en incluant les cliniques et les cabinets privés, entre autres, et pour les spécialités, de regrouper les milieux de formation³⁸.

Chose certaine, dans le contexte actuel, « les établissements de santé engagés dans l'enseignement traversent une période de remise en question de toute leur structure de distribution des services³⁹. » Aujourd'hui, aux CHU, spécialisés ou ultraspécialisés, qui ont constitué jusqu'à récemment le milieu d'enseignement privilégié, sont venus s'ajouter les centres hospitaliers associés (CHA), des instituts universitaires, des centres de réhabilitation, des CLSC universitaires et d'autres milieux d'intervention non spécifiquement « médicaux », par exemple, Urgence-Santé et le Laboratoire de santé publique du Québec (**tableau 1.3**). C'est dire que le réseau des établissements affiliés aux facultés de médecine s'est grandement diversifié.

Au terme de leur résidence, qui aura été ponctuée d'évaluations périodiques, les médecins doivent passer un examen d'évaluation terminale du CMQ qui leur donne accès au **permis d'exercice (figure 1.1)**. Cet examen est axé avant tout sur l'évaluation de la compétence et des connaissances cliniques, ainsi que sur celle des connaissances propres à la spécialité, bien qu'une section porte sur les lois et règlements et le Code de déontologie. La réussite à l'examen de spécialités, pour qui a choisi cette voie, permet d'accéder simultanément au **permis d'exercice** et au **certificat de spécialiste** émis par le Collège. Rappelons que, selon la formule en vigueur jusqu'en 1987, le permis de pratique de médecine générale pouvait être accordé au sortir de l'année d'internat ou après un an de résidence en spécialité. Au

³² <Ibid.>

³³ <<http://www.msss.qc.ca>> (Source : SAS, MSSS, août 1998).

³⁴ *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Collège des médecins du Québec, 1998, 277 pages (p. 151).

³⁵ *Ibid.*, p. 108

³⁶ <<http://rcpsc.medical.org>>

³⁷ <Ibid.>

³⁸ *Op. cit.*, Collège des médecins du Québec, 1998, p. 151.

³⁹ *Ibid.*, p. 108.

cours de l'année 97-98, 469 permis d'exercice auront été délivrés, comparativement à 462 l'année précédente, et à 473, deux années plus tôt⁴⁰.

En cas d'échec aux examens de spécialité qui clôturent les quatre ou sept années de résidence, le médecin est autorisé, à des conditions précises, jusqu'à trois reprises d'examens ou encore, à un allongement de sa formation : cette dernière alternative est celle dont se prévalent très majoritairement les résidents. D'aucuns opteront pour la médecine familiale et un certain nombre de périodes acquises au cours de leur résidence en spécialité leur seront créditées.

La formation d'un médecin de famille réclame donc six ans et celle d'un médecin spécialiste, de huit à onze ans⁴¹. Il s'agit d'une donnée essentielle pour éclairer la difficulté, maintes fois mentionnée, à prévoir les besoins en effectif médical selon les spécialités et à organiser le contingentement en conséquence. Le **chapitre 3** revient sur le sujet. Au Québec, les médecins résidents sont âgés de 29 ans en moyenne; un omnipraticien entame sa pratique à 30 ans et un médecin spécialiste à 32 ans⁴².

Une fois qu'il a obtenu sa certification des organismes accréditeurs, le jeune médecin pourra entreprendre immédiatement sa pratique active ou choisir de s'engager dans une formation supplémentaire (*fellowship*) s'étirant sur une, deux ou trois années, afin de parfaire ses connaissances dans un secteur de pointe et répondre aux exigences du milieu académique. Un nombre croissant de finissants des programmes de médecine familiale poursuivent ainsi leurs études dans des programmes courts (1 an) de formation complémentaire conçus pour améliorer les habiletés cliniques, par exemple, en médecine d'urgence et en soins aux personnes âgées, offerts dans les quatre facultés, et en soins mère-enfant et en soins palliatifs, offerts à McGill.

1.2.5 Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) est un organisme de regroupement et de représentation des associations de résidents en médecine⁴³. Sa mission est « l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux, moraux et scientifiques des syndicats et de leurs membres⁴⁴ ». Elle était incorporée officiellement en 1970, en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels. Baptisée Fédération des médecins résidents et internes du Québec (FMRIQ) en 1975, elle reprenait son nom d'origine en 1988, en raison du changement apporté par le Collège des médecins du Québec aux programmes de formation en résidence qui signait la disparition du statut d'interne.

⁴⁰ Qui se répartissent comme suit : Université Laval, 112; McGill : 103; Université de Montréal : 153; Université de Sherbrooke : 86.

⁴¹ Si la durée moyenne des études post-M.D. est de cinq ans, certaines spécialités requièrent une formation de 6 ans (cardiologie, neuro-chirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique), sinon de 7 ans (chirurgie cardio-vasculaire et thoracique).

⁴² Source : FMRQ

⁴³ Ces associations sont au nombre de quatre : l'Association des résidents de McGill (ARM), l'Association des médecins résidents de Montréal (AMRM), l'Association des médecins résidents de Québec (AMReQ) et l'Association des médecins résidents et résidentes de Sherbrooke (AMReS).

⁴⁴ <<http://www.fmrq.qc.ca>> (Extrait des règlements généraux de la FMRQ)

Tableau 1.3 Centres hospitaliers universitaires et établissements affiliés

Laval	McGill	U. de Montréal	U. de Sherbrooke
CHUQ	CUSM	CHUM	CUSE
Centre hospitalier universitaire de Québec	Centre universitaire de santé McGill	Centre hospitalier universitaire de Montréal	Centre universitaire de santé de l'Estrie
- Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) - Hôtel-Dieu de Québec - Saint-François-d'Assise	- Hôpital de Montréal pour enfants - Hôpital général de Montréal - Hôpital neurologique de Montréal - Hôpital Royal Victoria	- Campus Hôtel-Dieu - Campus Notre-Dame - Campus St-Luc	- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Centre hospitalier Hôtel-Dieu
		CHU-Mère-Enfant (Hôpital Sainte-Justine)	
Établissements affiliés ou partiellement affiliés			
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHAUQ) : sept pavillons - Pavillon Saint-Sacrement - Pavillon Enfant-Jésus - Pavillon Saint-Augustin - Pavillon Yvonne-Sylvain - Pavillon du Fargy - Pavillon Maizerets - Pavillon Alphonse-Bonenfant Centre hospitalier Robert-Giffard Clinique Roy-Rousseau CLSC Etchemin Hôpital de Rimouski Hôtel-Dieu de Gaspé Hôtel-Dieu de Lévis Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur Institut de cardiologie et de pneumologie Institut de réadaptation et de déficiences de Québec	CLSC Côte-des-Neiges CLSC Métro-Guy CLSC St-Louis-du-Parc CLSC Témiscamingue Centre hospitalier d'Amos Centre hospitalier Angrignon Centre hospitalier Barrie Memorial Centre hospitalier de Chisasibi Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais Centre hospitalier Lakeshore Centre hospitalier Pierre-Janet Centre hospitalier du Suroît (Valleyfield) Centre hospitalier Pontiac (Shawville) Centre hospitalier Val d'Or Centre hospitalier Wakefield Clinique Brome-Missisquoi Hôpital Douglas Hôpital Gatineau Memorial Hôpital général juif (Sir Mortimer B. Davis) Hôpital juif de réadaptation Hôpital Povungnituk Hôpital St-Mary's Hôpital Shriners pour enfants Institut de cardiologie (anesthésie) Institut de médecine légale du Québec Laboratoire de santé publique du Québec Urgence-Santé	Centre hospitalier Angrignon Cité de la santé CLSC Marigot CLSC Octave Roussin CLSC des Faubourgs CLSC Bordeaux-Cartierville CLSC St-Hubert Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine Hôpital Maisonneuve-Rosemont Hôpital Rivières-des-Prairies Hôpital Sainte-Justine Institut de cardiologie de Montréal Institut de réadaptation de Montréal Institut de recherches cliniques de Montréal Institut du cancer de Montréal Institut Philippe-Pinel de Montréal Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke CLSC (universitaire) Gaston-Lessard Centre hospitalier Charles-LeMoine Centre hospitalier Ste-Croix de Drummondville Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska Centre hospitalier régional de Trois-Rivières Centre hospitalier de la Sagamie Centre hospitalier Georges-L. Dumont de Moncton

La Fédération compte quatre comités permanents, soit deux comités des affaires pédagogiques, en médecine familiale et en spécialités, un comité des affaires syndicales et un comité des trésoriers.

C'est la FMRQ qui négocie l'entente collective régissant les conditions de travail des résidents. Elle s'assure par la suite, en collaboration avec les associations membres, du respect des conditions qui y sont stipulées et étudie les améliorations et aménagements qui doivent être apportés à l'entente.

Au chapitre des affaires pédagogiques, elle délègue de nombreux représentants à plusieurs comités formés par les organismes québécois et canadiens qui interviennent de diverses façons dans la formation en résidence. Elle offre aussi du support à ses membres aux prises, en cours de formation, avec des difficultés académiques ou de toute autre nature. La Fédération a mis sur pied des programmes d'aide contre le harcèlement sexuel et l'intimidation. Elle s'assure également que les résidents en médecine puissent bénéficier du programme d'aide au médecin du Québec (PAMQ).

L'organisme siège à la Table de concertation et au comité du suivi sur la planification des effectifs médicaux du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Il organise divers événements, dont la Journée carrière Québec, afin de faire connaître à ses membres les postes disponibles sur l'ensemble du territoire québécois.

Depuis plusieurs années, la FMRQ prend position dans les dossiers qui touchent, certes, les médecins résidents, mais aussi l'avenir professionnel des jeunes médecins au Québec. Elle s'est prononcée dans le dossier de la rémunération différenciée à la baisse, une disposition qui touche directement les jeunes médecins selon le type de région choisie pour débiter la pratique.

Au cours de la dernière année, la Fédération est intervenue dans divers cadres : celui de la consultation « Rendez-vous de la santé » auprès d'organismes nationaux, celui de la Commission parlementaire des affaires sociales, en février 1998, sur le projet de loi n° 404 (*Loi modifiant la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*) et celui, enfin, de la Commission parlementaire de l'économie et du travail, en août 98, sur le projet de loi n° 393 (*Loi modifiant le Code du travail*) relatif aux clauses orphelins. Elle a aussi déposé au Ministre de la Santé et des Services sociaux un document de travail portant sur l'impact de la réforme de la santé, ainsi que des fermetures et fusions d'hôpitaux, sur la formation des résidents en médecine.

1.3 Particularités de chaque faculté

C'est l'**Université de Sherbrooke** qui abrite la plus jeune des facultés de médecine du Québec. Celle-ci s'est rapidement démarquée par son orientation communautaire et sociale, et par ses initiatives pédagogiques. Depuis plusieurs années, son réseau d'enseignement est bien implanté dans la communauté dans plusieurs régions du Québec. Notamment, son programme de médecine de famille se répartit entre quatre grappes (Estrie, Montérégie, Saguenay, Nouveau-Brunswick), une répartition qui favorise la préparation des résidents à une pratique régionale.

La Faculté a contribué de façon importante à la distribution des médecins de famille et des spécialistes dans les diverses régions du Québec. Elle a aussi innové avec son programme de médecine interne « générale » où les résidents sont accueillis dès après la deuxième année de tronc commun et reçoivent une formation polyvalente les préparant à oeuvrer dans des conditions où ils n'ont pas un accès direct à la technologie de pointe ou à des consultants en sous-spécialité. En vertu d'une entente avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick, l'Université est responsable de la formation des médecins francophones de cette province.

En conformité avec sa mission, la Faculté de médecine de l'**Université Laval** dessert une grande partie du territoire québécois, soit tout l'Est du Québec. En 1982, elle était la première à implanter l'APP (l'apprentissage par problèmes) pour environ la moitié des cours pré-doctoraux. De la même façon en 1991, elle introduisait l'APS (appréciation par simulation) comme un élément important dans l'admission des candidats. La formation préclinique a la particularité de pouvoir s'y compléter en deux ou trois ans selon le désir des étudiantes et étudiants. Au niveau postdoctoral, la faculté se distingue par un réseau de formation s'étendant en région pour la médecine familiale et les

spécialités de base, particulièrement dans l'Est du Québec. Ce réseau permet des stages en région pour une grande partie des étudiants de tous les niveaux de formation.

La Faculté de médecine de l'**Université McGill**, la seule faculté anglophone du Québec, est reconnue mondialement pour la qualité de sa formation prédoctorale et postdoctorale, ainsi que pour ses activités de recherche.

Suite à une révision menée en 1994, la formation prédoctorale a été organisée en unités intégrées et multidisciplinaires, articulant les sciences fondamentales et les situations cliniques. Récemment, des modules d'enseignement par le biais de l'internet ont été développés. En plus d'être enrichi par sa diversité linguistique et culturelle, l'environnement de l'enseignement et de l'apprentissage s'y caractérise par l'interdépendance entre l'enseignement et la recherche : en effet, environ la moitié des étudiants en médecine participent à un projet de recherche.

Au niveau postdoctoral, la Faculté de médecine offre 57 programmes de formation spécialisée ou avancée afin de répondre aux besoins cliniques, académiques et de recherche. Conformément à son rôle international, la Faculté s'engage, par l'entremise de dispositions contractuelles avec des pays, universités et hôpitaux étrangers, à assurer la formation de médecins et de moniteurs cliniques (résidents) d'autres pays qui, une fois leur résidence terminée, retourneront dans leur pays d'origine.

La Faculté de médecine de l'**Université de Montréal** se subdivise en trois grands secteurs : celui des études médicales où l'on retrouve le programme de formation MD et les études médicales postdoctorales, ainsi que l'éducation médicale continue; le secteur des sciences de la santé, comprenant l'École d'orthophonie et d'audiologie, l'École de réadaptation (physiothérapie et ergothérapie) et le département de nutrition; enfin, le secteur de la santé publique, incluant l'administration de la santé, la médecine du travail et hygiène du milieu et la médecine sociale et préventive.

Il y a plus de cinq ans, le programme des études médicales a subi une réforme en profondeur par laquelle l'enseignement magistral a été remplacé par l'enseignement par problème dans la majorité des cas. L'exposition clinique débute maintenant dès la première année de médecine, à raison d'une journée par semaine pour les deux premières années et un suivi de deux années d'externat dans les hôpitaux. Au niveau postdoctoral, la Faculté maintient 57 programmes différents de formation en médecine familiale et en spécialités médicales. La performance des finissants aux examens nationaux, tant au niveau prédoctoral que postdoctoral, est excellente.

Par ses activités de recherche, le nombre et la qualité de ses programmes, la quantité de ses étudiants pré- et postdoctoraux, ainsi que ceux inscrits aux études supérieures, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est l'une des plus importantes au Canada.

Offre de programmes de spécialités médicales

2.1 Description

En excluant les formations complémentaires destinées aux médecins ayant déjà complété leur médecine de famille, on compte au total, en 1998, 163 programmes de spécialités et de surspécialités médicales⁴⁵ partagés entre les quatre facultés (**tableau 2.1**).

De ce nombre, deux sont des programmes réseau pour les spécialités de biochimie médicale et de gériatrie, et trois sont des programmes associés, ceux de chirurgie thoracique, d'urologie et de santé communautaire. L'Université Laval et l'Université de Sherbrooke offrent, respectivement, sept et douze formations avec entente interuniversitaire.

L'ensemble de ces programmes se répartissent dans 35 spécialités au total reconnues par le Collège des médecins du Québec (CMQ), plus le programme de médecine familiale, qu'on peut regrouper en cinq catégories : les spécialités de laboratoire, la chirurgie, la médecine, la radiologie et la santé communautaire. Il faut noter que, au mois d'août 1998, la médecine d'urgence a été reconnue par l'Office des professions comme spécialité médicale⁴⁶.

Pour sa part, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) reconnaît 53 spécialités et surspécialités en médecine, en chirurgie et en disciplines de laboratoire. Bien sûr, certains des programmes, agréés par le CRMCC, ne sont pas reconnus par le CMQ. C'est le cas du programme de cinq ans en urgentologie à McGill, des spécialités de neuropathologie, pharmacologie clinique, néonatalogie-périnatalogie, neuroradiologie et soins intensifs à McGill et l'Université de Montréal, des surspécialités chirurgicales (chirurgie thoracique, pédiatrique, vasculaire...) ou d'obstétrique-gynécologie (médecine maternelle et foetale, endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité, oncologie gynécologique), ainsi que la sixième année du programme de cardiologie. Il sera plus amplement question de ces deux organismes d'agrément au **chapitre 4**.

Les programmes de formation complémentaire, de plus en plus populaires auprès des résidents, sont consécutifs au programme de résidence en médecine familiale. Toutes les facultés sont impliquées dans l'offre des programmes en soins aux personnes âgées et en médecine d'urgence; McGill offre, en outre, les programmes en soins mère-enfant et en soins palliatifs.

On notera que seules les universités McGill et de Montréal offrent les surspécialités pédiatriques.

⁴⁵ Treize en spécialités de laboratoire, 46 en chirurgie, 90 en médecine, 10 en radiologie et 4 en santé communautaire.

⁴⁶ En août 1996, le CMQ déposait, auprès de l'Office des professions du Québec, la recommandation de reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité. Comme le soulignait le Collège, « la reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité est de nature à optimiser l'organisation des soins préhospitaliers sur tout le territoire du Québec et à faciliter la réorganisation des centres tertiaires de traumatologie dans les grandes villes⁴⁶. » Le président du CMQ ajoutait plus loin que « la création de la spécialité ne doit pas être un obstacle à l'utilisation d'une troisième année de formation en médecine d'urgence pour les médecins de famille qui désirent y consacrer une partie importante de leurs activités, comme plusieurs d'entre eux ont choisi de le faire depuis quelques années. » *Reconnaissance d'une spécialité en médecine d'urgence par le Collège des médecins du Québec* (Communiqué de presse), Collège des médecins du Québec, 23 avril 1996.

Tableau 2.1 Offre de programmes de spécialités médicales

	Laval	McGill	UdeM	UdeS	Total
1 Spécialités de laboratoire					
Anatomo-pathologie	•	•	•	•	4
Biochimie médicale	•	•	•	•	1
Génétique médicale		•	•		2
Microbiologie médicale et infectiologie	•	•• (1)	•	•• (1)	6
2 Chirurgie					
Chirurgie cardiaque		• (2)	•		2
Chirurgie générale	•	•		•	4
Chirurgie thoracique	•		•		2
Chirurgie oncologique		•			1
Chirurgie orthopédique (orthopédie)	•	•	•	•	4
Chirurgie pédiatrique		•	•		2
Chirurgie plastique		•	•		2
Chirurgie vasculaire		•	•		2
Neurochirurgie	•	•	•	•	4
Obstétrique-gynécologie	•	•	•	•	4
• Médecine maternelle et foetale	•	•	•		3
• Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité	•	•	•		3
• Oncologie gynécologique		•	•		1
Ophthalmologie	•	•	•	•	4
O.R.L.	•	•	•	•	4
Urologie		•	•	•	4
3 Médecine					
Anesthésie-réanimation	•	•	•	•	4
Cardiologie	•	•	•	•	4
Dermatologie	•	•	•		3
Endocrinologie (et métabolisme)	•	•	•	•	4
Gastroentérologie		•	•	•	3
Gériatrie	•	•	•	•	1
Hématologie	•	•	•		3
Immunologie clinique et allergie		•			1
Médecine familiale	•		•	•	4
§ Soins aux personnes âgées (3)	•	•	•	•	
§ Soins mère-enfant (3)		•			
§ Médecine d'urgence (3)	•	•	•	•	
§ Soins palliatifs (3)		•			
Médecine interne	•	•	•	•	4
Néonatalogie/périnatalogie		•	•		2
Néphrologie	•	•	•	•	4
Neurologie	•	•	•	•	4
Neuropathologie		•	•		2
Neuroradiologie		•	•		2
Oncologie médicale	• (4)	•	•		3
Pharmacologie clinique		•	•		2
Physiatrie		•	•		1
Pneumologie	•	•	•	•	4
Rhumatologie	•	•	•	•	4
Pédiatrie	•	•	•	•	4
Cardiologie pédiatrique		•	•		2
Endocrinologie pédiatrique		•	•		2
Gastroentérologie pédiatrique		•	• (5)		2
Hématologie pédiatrique		•	•		2
Immunologie pédiatrique		•			1
Maladies infectieuses pédiatriques		•			1
Néphrologie pédiatrique		•	•		2
Neurologie pédiatrique		•	• (5)		2
Pneumologie pédiatrique		•	•		2
Rhumatologie pédiatrique		•	• (5)		2
Soins intensifs pédiatriques		•	•		2
Psychiatrie	•	•	•	•	4
Soins intensifs (adulte)		•	•		2
Urgentologie		•			1
4 Radiologie					
Médecine nucléaire		•	•	•	3
Radiologie diagnostique	•	•	•	•	4
Radio-oncologie	•	•	•		3
5 Santé communautaire	•	•	•	•	4
Total	29	55	52	25	163

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

- 1 Deux programmes : microbiologie médicale et maladies infectieuses
- 2 Un seul programme de chirurgie cardiaque et chirurgie cardio-thoracique
- 3 Programme de formation complémentaire d'un an à la médecine familiale
- 4 Nouveau programme à compter du 1^{er} juillet 98
- 5 Intégré au programme adulte

Légende

-  Programme réseau
-  Programme associé
-  Programme avec entente interuniversitaire

Programme complet

Selon la définition du Comité conjoint d'étude de la rationalisation des programmes (le COCERAP)⁴⁷, est dit complet un programme « dont les objectifs, les ressources et les mécanismes d'admission, d'évaluation et de promotion permettent d'assurer la formation complète des candidats qui y sont inscrits [...] » Différents types de programmes peuvent assurer cette formation : le programme « intra muros » – le programme traditionnel –, associé ou réseau.

Programme associé

De façon générale, un programme associé pourvoit à une formation complète grâce à une association formellement conclue entre facultés. En d'autres termes, la formation complète ne saurait être acquise dans une seule faculté. Le CRMCC l'identifie comme « programme interuniversitaire conjoint ». De fait, ces programmes, qui reçoivent un agrément global, permettent aux étudiants de bénéficier des expertises propres aux universités partenaires. Cette association doit respecter certaines conditions définies comme suit par le COCERAP (1984) : la compatibilité entre les partenaires des objectifs et du contenu du programme, et celle des méthodes d'apprentissage et des ressources. En outre, les mécanismes d'admission, d'évaluation et de promotion doivent être standardisés et l'accueil des résidents est garanti « au niveau requis par leur formation conformément à l'agrément à cet effet ».

Le programme associé d'urologie qui réunit, depuis vingt ans, l'Université de Sherbrooke et McGill implique que les résidents reçoivent à Sherbrooke la formation du tronc commun de chirurgie (2 ans) et la première des trois années subséquentes d'urologie.

La création, en 1995, du programme associé de santé communautaire fut facilitée par la proximité géographique des partenaires, la réelle complémentarité de leurs expertises et la fusion opérée dans la première moitié des années 90, des Départements de santé communautaire (DSC) sur l'île de Montréal pour former une Direction de la santé publique (DSP) à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. Tout en restant autonomes, les « trois » programmes de l'Université de Montréal, de McGill et de l'Université de Sherbrooke ont constitué un comité de programme conjoint afin de mettre en commun certaines activités administratives (objectifs de formation, modalités d'évaluation, etc.) et pédagogiques (réunions scientifiques hebdomadaires conjointes pour les résidents seniors des trois programmes), et de faciliter les échanges de formation pour les résidents (partage des principaux milieux de stage des trois établissements impliqués). Ce programme pourrait suggérer certaines des conditions de réussite pour l'instauration de ce type de collaboration.

Programme réseau

La notion de réseau implique que, pour une spécialité donnée, il n'y ait qu'un seul programme au Québec pour les quatre facultés. Ce type de programmes vise « à favoriser l'utilisation des meilleurs milieux pour assurer aux étudiants une formation de plus grande qualité ». En principe, selon le COCERAP, un programme réseau, censé utiliser les ressources des centres hospitaliers affiliés aux quatre facultés, est sous l'égide d'un directeur unique. Les candidats de toutes les facultés s'inscrivent dans ce seul programme et y sont admis en fonction de critères uniformément appliqués. Les résidents peuvent effectuer librement des stages d'une durée de 12 à 24 mois dans l'une ou l'autre des quatre facultés.

Le programme de biochimie médicale, dont l'administration est confiée à la Faculté de médecine de l'Université Laval, constitue le premier programme réseau en spécialité médicale au Québec. On y retrouve

⁴⁷ Il sera plus amplement question de ce comité au chapitre 6 : « Tentatives passées et récentes de rationalisation des programmes ».

intégrées la formation clinique, la formation en laboratoire, l'introduction à la recherche et une formation générale en gestion. Il s'agit, en outre, du premier programme de spécialité médicale à intégrer dans la formation une année de recherche dans un domaine relevant de la discipline. Le programme de gériatrie aura également apporté un important partenariat entre les quatre universités, avec des échanges de résidents, de stages et des cours communs. Il faut dire que cette spécialité repose sur un réseau de recherche en gériatrie, créé en 1995 et soutenu par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

Programme avec entente interuniversitaire

Ce type de programmes permet le parachèvement de la formation. Un contrat, régi par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et signé pour chaque entente spécifique, précise l'université « promotrice », l'université d'accueil, le ou les stages demandés, la durée et la description du ou des stages, ainsi que le nombre annuel des résidents (**annexe D**). Par exemple, les résidents en anatomopathologie de Sherbrooke sont tenus d'effectuer un stage de 12 mois, dans l'une ou l'autre des facultés montréalaises. Autre exemple, le programme de pédiatrie de Laval comprend trois mois obligatoires dans le programme de l'Université de Montréal, et celui de Sherbrooke, 12 mois répartis entre l'Université de Montréal et l'Université McGill.

Ces programmes reçoivent un agrément complet dans le respect des normes du Collège royal pour lequel « dans les cas où une université possède les ressources suffisantes pour donner la majeure partie de la formation dans la spécialité ou surspécialité concernée, mais ne dispose pas d'un ou plusieurs éléments essentiels (*au parachèvement de la formation*), le programme peut quand même être agréé à la condition que des arrangements soient pris [...] pour diriger les résidentes et résidents dans un autre programme agréé de résidence pour des périodes de formation prescrite appropriée⁴⁸. » Ce programme est alors agréé comme programme interuniversitaire. Il faut noter, par ailleurs, que le Collège des médecins du Québec assimile à tort les notions de programme associé et de programme avec entente interuniversitaire, ce dernier étant même confondu avec une formation partielle.

Les différences que présentent les quatre facultés quant à l'offre de programmes découlent, en partie, de la classification des spécialités médicales en niveaux local, régional et suprarégional telle que réalisée par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (**tableau 2.2**). Cette classification traduit la diversification des missions hospitalières qui s'est établie, avec le temps, en écho aux caractéristiques du milieu où se trouve l'établissement, à l'évolution des clientèles et de leurs besoins, aux nouveaux modes de pratique et au développement technologique.

Les spécialités peuvent être :

- de niveau **local**, disponibles **dans tous les centres hospitaliers** (par exemple, la chirurgie générale et la pédiatrie);
- de niveau **régional**, disponibles **dans les centres hospitaliers de référence** si le besoin ou le volume d'activités le justifient. Ce sont les plus nombreuses. Les centres hospitaliers, qui se sont vu reconnaître une vocation régionale, ont, en ce sens, la responsabilité de desservir en matière de soins spécialisés la population d'une région ou d'une sous-région donnée;
- de niveau **suprarégional**, disponibles **dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ou dans les centres hospitaliers à vocation suprarégionale** désignés par le MSSS. Les spécialités suprarégionales sont la chirurgie thoracique, la génétique médicale, la neurochirurgie et la radio-oncologie. Les CHU doivent offrir à tous les médecins du Québec l'accès à des consultants et, à l'ensemble de la population québécoise, les soins tertiaires dans des délais raisonnables.

⁴⁸ Normes générales de l'agrément, septembre 1997 (<<http://rcpsc.medical.org>>).

Comme le souligne le Rapport de la Commission sur l'exercice de la médecine de l'an 2000⁴⁹, « souvent, ces spécialités (*de niveau suprarégional*) requièrent des plateaux techniques sophistiqués et on ne peut penser décentraliser ces effectifs au prorata de la population des régions. Bien au contraire, un regroupement fonctionnel et un rattachement aux centres hospitaliers spécialisés s'imposent pour ces spécialistes. Leur situation appelle en outre un fonctionnement en réseau, avec des spécialités d'appui ou avec le soutien de la médecine de famille en régions. De plus, ces spécialités à faibles effectifs devraient être organisées de façon à répondre aux besoins de *toutes* les régions [...] Le réseau devra être administré comme un superdépartement à l'échelle provinciale⁵⁰ ». La Commission doute que les spécialités puissent toutes, un jour, disposer d'effectifs en nombre suffisant pour couvrir l'ensemble de la province.

Tableau 2.2 **Classification des spécialités selon les niveaux local, régional et suprarégional**

De la même manière, l'Université de Sherbrooke offre un programme dans une spécialité de niveau suprarégional, celle de neurochirurgie; Laval offre, outre ce dernier programme, un programme en radio-oncologie. Encore une fois, seules les deux universités montréalaises offrent des programmes complets pour les quatre spécialités suprarégionales, McGill, depuis 1996, pour la génétique médicale. Cela ne peut mieux démontrer l'arrimage entre l'offre de programmes de formation par les universités et la présence en un lieu donné d'une spécialité et des soins reliés à cette spécialité; ainsi que son corrolaire. Et d'ajouter le CVDFM, « la disponibilité, sur place, de la formation dans une discipline donnée peut donc influencer significativement la possibilité d'y recruter des diplômés d'une faculté. »

De façon générale, il existe deux troncs communs, en médecine interne et en chirurgie, auxquels participent plusieurs programmes de la faculté (**annexes D et E**). Le premier tronc commun est d'une durée de trois ans, suivi de quelques années de formation spécialisée, alors que la formation même en médecine interne dure quatre années. Le tronc commun de chirurgie s'échelonne sur une ou deux années suivies d'années de formation spécialisée, la spécialisation en chirurgie générale requérant cinq ans.

Le concours de plusieurs médecins de diverses spécialités constitue le fondement même d'un département clinique. La participation transversale des différentes spécialités – la transdisciplinarité – est d'ailleurs une donne traditionnelle en médecine. Les figures présentées à l'**annexe E** montrent le large tronc commun entre les divers programmes dans chacune des facultés de médecine et l'importante imbrication des cheminements des étudiants, sans égard à la spécialité qu'ils ont choisie. L'**annexe F** présente des damiers permettant de mieux appréhender la collaboration réciproque des programmes de spécialités médicales.

Enfin, l'**annexe G** montre, en termes différents, que, à quelques exceptions près, la contribution des programmes de spécialités médicales à l'enseignement dans d'autres spécialités et au premier cycle est généralisée. Les valeurs présentées dans ce tableau montrent, de façon éloquent, que les programmes postdoctoraux ne font pas cavaliers seuls et que leur présence est garante d'une formation complète à l'extérieur de leur curriculum propre.

D'autres types de collaboration interfacultaire existent, au delà du champ de l'enseignement proprement dit. Par exemple, les départements d'obstétrique-gynécologie de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke (CUSE) ont mis en commun les entrevues d'admission pour 98-99 et les ECOS (examens cliniques objectifs structurés) pour les résidents.

Contingentement et répartition de l'effectif étudiant

3.1 Allocation des postes de résidence par le MSSS

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...). C'est cette Table qui décrète le contingent annuel pour les cohortes de chaque 1^{er} juillet dans les facultés de médecine : fixé pour chaque université au premier cycle, il l'est pour l'ensemble en formation postdoctorale et il revient alors aux quatre établissements de se partager les quotas. Ce contingent est publié annuellement⁵¹. Le plus récent Décret, accompagné de *La Politique de détermination des places de résidents*, est joint au présent rapport (annexe H).

De 1998 à 2000, le MSSS a autorisé 461 nouvelles inscriptions dans les programmes de premier cycle en médecine, dont 406 inscriptions dans le contingent régulier⁵², comprenant des étudiantes et étudiants provenant d'autres provinces ou territoires canadiens, ainsi que des candidats détenant un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Un certain nombre d'inscriptions en médecine sont distribuées dans des contingents dits *particuliers* dont il existe trois types : celui établi par entente du Québec avec le Nouveau-Brunswick⁵³ ou avec la Malaisie⁵⁴, et celui des personnes étrangères munies d'un visa d'étudiant. Ce sont ces recrues qui récoltent les 55 inscriptions restantes.

En maintenant le contingentement à ses niveaux des deux dernières années, le Ministère, qui avait envisagé un scénario plus draconien, semble avoir obtempéré aux exhortations du Conseil médical du Québec qui, dans son Avis de décembre 1996, demandait « un temps d'arrêt » dans la variation du nombre de nouvelles admissions, en raison de l'incertitude actuelle quant à l'organisation de la pratique médicale.

Au niveau post-M.D., le Ministère a autorisé la rémunération de 314 nouvelles recrues en spécialité et 202 en médecine familiale, des nombres qui seront revus en 1999-2000 et en 2000-2001. S'y ajoutent un total de 25 résidents diplômés d'une faculté de médecine canadienne non québécoise, ainsi qu'un total de 40 diplômés américains qui s'engagent à ne pas pratiquer au Canada après leur formation. Le choix de spécialisation de tous ces candidats doit se plier à une contrainte incontournable.

En effet, le MSSS répertorie les spécialités en quatre groupes (A, B, C et D) qui correspondent à la gravité des besoins en effectif médical qu'elles éprouvent (**tableau 3.1**). Cette classification, qui régit de façon rigoureuse le recrutement dans chacune des spécialités et la direction du transfert entre elles, a pour but de favoriser la formation dans les spécialités où les besoins sont les plus importants, sans pour cela mettre en péril les programmes de formation dans les autres. Le groupe A représente les spécialités ciblées par le Ministère comme nécessitant un plus grand nombre de spécialistes, alors que le groupe D regroupe celles où le recrutement doit être égal ou inférieur au niveau des années antérieures, le besoin en spécialistes y étant moindre.

⁵¹ *La politique de détermination des places de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale pour 1998-1999*, Gazette officielle du Québec, 10 juin 1998, 130^e année, n° 24.

⁵² Ces inscriptions sont réparties comme suit : 109 à Laval, 85 à McGill, 138 à l'Université de Montréal et 74 à l'Université de Sherbrooke.

⁵³ La Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke est partie à une entente avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour la formation des médecins francophones de cette province. Les résidents québécois peuvent eux-mêmes être appelés à faire des stages dans cette dernière province au cours du tronc commun en chirurgie.

⁵⁴ Il s'agit d'un projet-pilote d'une durée de trois ans par lequel un contingent de quatre inscriptions est réservé à des personnes en provenance de la Malaisie et admissibles dans le cadre de l'entente entre l'Université McGill et l'International Medical College.

Tableau 3.1 Groupes de spécialités répertoriées par le MSSS

Les spécialités médicales sont réparties dans quatre groupes, la priorité du recrutement en résidence allant au groupe A.

Groupe A	Spécialités ciblées par le MSSS comme nécessitant un plus grand nombre de spécialistes Anesthésie-réanimation, médecine interne et psychiatrie
Groupe B	Spécialités prioritaires où le recrutement doit être favorisé Chirurgie générale, chirurgie cardiovasculaire et thoracique (CVT), chirurgie orthopédique, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie, génétique, gériatrie, néphrologie, neurologie et EEG, oncologie médicale, gastro-entérologie, anatomopathologie, radio-oncologie
Groupe C	Spécialités où le recrutement doit être maintenu à peu près au même niveau compte tenu des besoins Urologie, chirurgie plastique, cardiologie, hématologie, immunologie et allergie, physiatrie, pneumologie, rhumatologie, sous-spécialités pédiatriques, biochimie médicale, obstétrique-gynécologie, radiologie diagnostique et santé communautaire
Groupe D	Spécialités où le recrutement doit être égal ou inférieur au niveau des années antérieures Dermatologie, endocrinologie, pédiatrie, médecine nucléaire, microbiologie médicale et infectiologie, ophtalmologie

Source : Gazette officielle du Québec, 10 juin 1998, 130^e année, n° 24; La politique de détermination des places de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale pour 1998-1999, 20 mai 1998.

Un résident pourra ainsi passer du groupe D au groupe C, de ce dernier au groupe B, et de B vers A, mais non l'inverse. Dans les trois premiers groupes, les places sont transférables entre elles, mais non à l'intérieur du groupe D. Cette façon de faire, pourvu que la direction du transfert entre spécialités soit respectée, confère au processus une certaine flexibilité.

Le Ministre, sur recommandation de la Table de concertation, revoit régulièrement l'allocation des spécialités, et donc des programmes, d'un groupe à l'autre en fonction de l'évolution des effectifs médicaux dans chaque discipline et des besoins de santé exprimés. La chirurgie générale, aujourd'hui rattachée au groupe B, était classée dans le groupe A en 1996. La pédiatrie, la microbiologie et infectiologie, ainsi que l'endocrinologie ont été, sur ces deux années, transférées de C à D. La psychiatrie classée dans le groupe C en 1996 a joint aujourd'hui les rangs du groupe A, alors que des besoins prioritaires en pédopsychiatrie et en psychogériatrie ont été observés pour l'ensemble du Québec. La chirurgie plastique et la gastro-entérologie ont été promues d'un niveau au groupe C et au groupe B, respectivement.

Avant même que cette classification ne soit officiellement publiée, la Conférence des vice-doyens aux études postdoctorales des facultés de médecine (CVDFMQ) aura entrepris, sur la base de données préliminaires, la répartition du contingent entre les quatre facultés au prorata des admissions des cinq dernières années et dans le respect des règles « ABCD ». La répartition ou l'échange de postes, ainsi que l'itinéraire des résidents d'un stage à l'autre, sont compilés à la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ) qui maintient la base de données collective des quatre facultés. La Conférence des recteurs doit répondre auprès du Gouvernement du respect du décret.

Le **tableau 3.2** présente un exemple, celui de la médecine, d'une telle répartition interfacultaire effectuée annuellement par la CVDFMQ. Comme on l'a dit précédemment, aux postes fixés par le ministère peuvent venir se greffer des étudiants rémunérés par d'autres sources, notamment des étudiants canadiens et américains venus compléter leur résidence du Québec et des moniteurs liés par une entente intergouvernementale de non-installation⁵⁵. En outre, des règles établies, visant à maintenir l'achalandage au sein des programmes, régissent le transfert des résidents entre les facultés, bien que, répétons-le, l'étudiant peut utiliser la carte mobile pour migrer, particulièrement en dernière année. McGill remporte la palme pour ce qui est de l'accueil de résidents non québécois, ce qui montre la reconnaissance internationale dont jouit l'université. Le programme de cardiologie reçoit de 40 à 65 % de résidents en provenance du Moyen-Orient ou de transferts canadiens. Soixante-quinze pour cent de ceux qui fréquentent le programme de néphrologie adulte proviennent d'autres universités canadiennes. Les programmes de neurologie, de psychiatrie et de chirurgie générale accueillent un bon pourcentage de résidents de l'extérieur de la province.

Tableau 3.2 Répartition théorique (RT) des places d'entrées dans le programme de base de médecine, sans (2) et avec sous-spécialisation (3), selon la politique triennale (PT) de 1997-1998 à 1999-2000, par faculté. Cohorte 1998-1999.

Spécialités	PT		Laval		McGill		UdeM		UdeS	
	(2)	(3)	(2)	(3)	(2)	(3)	(2)	(3)	(2)	(3)
Groupe A Médecine interne	2	6	7		6		8		5	
Groupe B Cardiologie Gériatrie Néphrologie Neurologie et EEG Oncologie médicale		3		10		9		12		7
Groupe C Endocrinologie Gastro-entérologie Hématologie Immunologie et Allergie Physiatrie Pneumologie Rhumatologie		2		7		6		9		5
Groupe D Dermatologie		3		1		1		1		
Sous-total	9	4	7	1	6	1	8	2	5	1

Source : Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec

3.2 État des effectifs médicaux

Comme s'en inquiétait le Collège des médecins du Québec, « la décroissance marquée des admissions dans les facultés de médecine au cours des dernières années, la forte popularité des programmes récents de mise à la retraite chez les cliniciens, le non-respect des plans régionaux d'organisation clinique et les enveloppes fermées sont des facteurs qui rendent à nouveau précaire la situation des effectifs médicaux au Québec⁵⁶. »

En regard de la pénurie imminente en médecine de famille et dans plusieurs spécialités et parce que la diminution des effectifs médicaux peut compromettre l'accessibilité aux soins, le Collège demande une majoration, dans des délais brefs, des admissions en faculté de médecine.

⁵⁵ Un moniteur désigne un médecin diplômé d'écoles de médecine situées hors du Québec, inscrit dans un programme de formation et rémunéré par des fonds autres que ceux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Il existe des moniteurs cliniques, des moniteurs cliniques et de recherche, des moniteurs de recherche et des moniteurs-boursiers (*fellowships*), les uns et les autres différant par le temps respectif qu'ils consacrent aux activités cliniques et aux activités de recherche. Leur formation est régie par un contrat de non-installation au Québec.

⁵⁶ Rapport annuel 1996-1997, Collège des médecins du Québec, 47 pages.

Toute réduction des admissions en formation prédoctorale a forcément, quatre ans plus tard, une incidence sur la taille des cohortes de résidents et, partant, sur l'organisation de la formation postdoctorale, mais ces effets ne sont tangibles qu'au terme de six à dix ans, voire de onze ans. De 1993 à 1997, le contingent des résidents québécois aura été réduit de 481 à 406. En incluant les candidats canadiens, ce contingent sera passé de 565 à 457 dans le même intervalle⁵⁷. On a estimé que le système de formation postdoctorale compterait quelque 300 résidents en moins en l'an 2000, par rapport à 1996. Dans les faits, l'impopularité des places de résidence en spécialité, tel que mentionné précédemment, a déjà agi spontanément en ce sens.

C'est à la lumière de cette réalité que le Conseil médical du Québec recommandait plutôt, en cas d'urgence ou de nécessité de réduire le nombre de médecins, de favoriser des mécanismes de « sortie » du système par le biais des programmes d'allocation à la retraite. De plus, toute restriction supplémentaire en amont entraînerait un vieillissement accru de la main-d'œuvre médicale. Au début de 1996, le Conseil estimait que le rythme régulier de la prise de retraite sur la vague de ces programmes ne serait connu que dans quelques années et que seulement alors, serait-il possible de présumer des besoins à l'entrée.

Déjà, en 1995, le Conseil médical estimait qu'une réduction supplémentaire de 40 admissions en faculté de médecine risquait de « conduire le Québec vers une médecine moins compétitive au plan de la pratique médicale, d'empêcher ainsi le renouvellement des effectifs médicaux et d'occasionner une surreprésentation des médecins âgés⁵⁸ ». Il s'inquiétait également « de l'impact sur l'enseignement, la recherche et les services cliniques dans les CHU et d'autres établissements, d'une diminution trop massive des admissions en faculté ». En 1992, dix spécialités comptaient plus de 25 % de médecins âgés de plus de 60 ans⁵⁹.

En 1998, seuls 270 des 308 postes offerts aux résidents dans diverses spécialités étaient comblés, une tendance à la baisse qui s'esquissait déjà en 1997 alors que seulement 310 des 330 postes avaient trouvé preneurs. Au-delà du retard technologique qu'accusent plusieurs hôpitaux en raison des compressions budgétaires, on s'inquiète de « la désertion des spécialités par les jeunes, nourrie par le cumul des compressions et la gestion bureaucratique du réseau de la santé⁶⁰ ». La situation se voit aggravée par les nombreux départs à la retraite des médecins en poste. En outre, « les difficultés qui assaillent la médecine spécialisée font en sorte que de plus en plus de médecins qui avaient amorcé une carrière dans une spécialité se replient en cours de route sur la médecine familiale. » L'an dernier, quelque 85 médecins spécialistes se sont ainsi « convertis » à la médecine de famille.

Au surplus, un sondage pancanadien, effectué à la charnière de 1997 et de 1998, révèle que sept mille médecins de famille (28 %) songeraient, soit à quitter le Canada, soit à prendre leur retraite ou à abandonner la pratique pour toute autre raison⁶¹. « En même temps, souligne-t-on, il ne sort que quelque 700 nouveaux médecins de famille des écoles canadiennes de médecine par année⁶². »

Selon des données compilées au 31 décembre 1997, 17 192 médecins pratiquent au Québec et le pourcentage respectif des spécialistes et des médecins de famille est quasi à niveau avec 51,5 % et 48,5 %⁶³. On compte 38 % de spécialistes dans la tranche d'âge de 30-44 ans et 34 % dans celle de 45-59 ans. Plus du cinquième d'entre eux ont entre 60 et 74 ans – le double du pourcentage des médecins de famille – et près de 4 % sont âgés de 75 ans et plus. Des mots mêmes du Conseil médical du Québec, le vieillissement dans certaines spécialités pourrait y provoquer rapidement des « ruptures d'effectifs ». Parallèlement, la moitié des omnipraticiens se rangent dans la classe d'âge de 30-44 ans (un an plus tôt, ils étaient 56 % dans cette tranche d'âge) et seul 13 % sont âgés de 60 ans et plus.

⁵⁷ Au cours de l'exercice 1996-1997, 462 permis ont été délivrés par le CMQ comparativement à 455, l'année précédente. Rapport annuel 1996-1997, Collège des médecins du Québec, 47 pages.

⁵⁸ Conseil médical du Québec, *Réactions et commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail « La gestion des effectifs médicaux au Québec »* du MSSS, septembre 1995.

⁵⁹ Ces spécialités sont : l'anatomo-pathologie, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie cardiovasculaire et thoracique, la chirurgie générale, la médecine interne, la neurochirurgie, l'obstétrique-gynécologie, l'oto-rhino-laryngologie, la physiothérapie et la radiologie diagnostique.

⁶⁰ Isabelle Paré, *Une coalition se porte à la défense de la médecine spécialisée*, « Le Devoir », mardi 16 juin 1998, page A3.

⁶¹ Ce même sondage, réalisé auprès de 5000 médecins de famille, révèle que la semaine de travail de ces médecins est, en moyenne, de plus de 50 heures, sans compter les heures consacrées au service de garde, en dehors des heures normales de travail. La moitié des 70 % des répondants qui participent à une forme ou l'autre des services de garde, y consacrent environ 26 heures par semaine. Plus de la moitié de tous les médecins de famille canadiens font des visites à domicile. Ce sondage a été réalisé dans le cadre du projet JANUS mis sur pied par le Conseil des médecins de famille du Canada (CMFC).

⁶² Communiqué, 8 mai 1998 (<<http://www.cfpc.ca>>).

⁶³ Rapport annuel 1996-1997, Collège des médecins du Québec, 44 pages (p. 8).

Afin d'atteindre la parité d'omnipraticiens et de spécialistes, le Conseil médical du Québec recommandait, en 1996, la réduction du nombre de places de résidence en spécialités, « au moins tant que les effets de la reconfiguration du réseau hospitalier et du système de soins ne seront pas mieux connus⁶⁴ ». Ce qui fait craindre que, bientôt, il ne devienne difficile de regrouper une masse critique de résidents dans certains programmes de spécialités médicales actuellement offerts par quatre ou trois facultés.

3.3 Pénuries actuelles et anticipées

Depuis la parution du rapport Barer-Stoddart en 1991 sur les politiques en matière de ressources médicales⁶⁵, la gestion et la planification de l'effectif des médecins ont été à l'avant-scène des préoccupations des pouvoirs publics provinciaux.

Selon tous les intéressés, les modèles disponibles à l'heure actuelle pour la prévision des besoins en effectifs médicaux sont insatisfaisants. Le Conseil médical du Québec croit que « tout modèle de planification doit reposer sur des données les plus fiables possible, être au diapason du système d'organisation des services médicaux et minimiser les variations brusques dans les programmes de formation⁶⁶. »

Le modèle de projection utilisé actuellement est en vigueur depuis l'adoption de la première politique triennale en 1989 et jusqu'à ce jour, on ne s'est pas entendu sur son ajustement ou l'établissement d'un nouveau modèle. En 1996, le Conseil pressait le ministère « d'accélérer les travaux de développement d'un nouvel outil de planification de la main-d'oeuvre médicale afin de remplacer le modèle de projection actuel dont tous les intervenants reconnaissent les limites⁶⁷. »

On ne peut douter, néanmoins, que la réforme à l'oeuvre, le modèle avancé par le Conseil médical de « hiérarchisation des services médicaux⁶⁸ » selon lequel l'omnipraticien est le médecin de première ligne, ainsi que l'ensemble des phénomènes qui les sous-tendent – des moyens diagnostiques améliorés, des procédures chirurgicales moins invasives et des médicaments plus efficaces, sans compter une pharmacopée plus riche –, auront un impact sur les besoins en effectifs médicaux, bien qu'on n'en sache encore mesurer précisément ni l'ampleur ni la nature.

C'est en raison de cette incertitude qui résiste aux modèles de prévision en vigueur dont les pronostics sont couramment démentis, en raison aussi du choix de pratique parfois très particulier du nouveau diplômé, qu'on estime que « toute évaluation de la pertinence et de la complémentarité des programmes de formation médicale postdoctorale doit prendre en compte l'impossibilité avérée d'établir des prévisions valides et fiables des besoins futurs, compte tenu de l'environnement changeant du système de santé⁶⁹. »

Alors que le modèle de projection utilisé au MSSS prévoit un surplus de médecins jusqu'en 2006 au moins, une étude réalisée à la demande du Collège des médecins du Québec par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, révèle pour l'ensemble des spécialités des données autrement inquiétantes. À partir d'une analyse statistique de la situation des effectifs médicaux de 1980 à 1994, on a estimé que « dès l'an 2000, l'offre de services médicaux sera inférieure à la demande et l'écart s'élargira par la suite jusqu'en

⁶⁴ *Avis sur le projet de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000* (Avis 96-03), Conseil médical du Québec, décembre 1996, 12 pages.

⁶⁵ Morris L. Barrer et Greg L. Stoddart, *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*, rapport préparé pour la conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la santé, Winnipeg, 1991 (cité dans *Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Rapport de synthèse, Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, Université d'Ottawa, 1995, 168 pages, p. 122).

⁶⁶ *Avis sur le projet de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000* (Avis 96-03), Conseil médical du Québec, décembre 1996, 12 pages (p. 2).

⁶⁷ *Op. cit.*, Conseil médical du Québec, décembre 1996.

⁶⁸ Concept nouveau au Québec, le principe suppose l'inscription d'une personne auprès d'un médecin généraliste par laquelle une personne s'engage, pour ses besoins médicaux, à ne s'adresser directement qu'à ce médecin ou à un collègue remplaçant. Pour sa part, le médecin s'engage à fournir à cette personne la gamme des services médicaux en première ligne et à l'assurer au besoin de référence en deuxième et troisième lignes. L'omnipraticien a donc le rôle d'orienter le patient vers le médecin spécialiste et de le faire admettre dans les hôpitaux. Il faut noter que l'accès direct des patients aux spécialistes est l'un des six facteurs identifiés comme entraînant une augmentation des coûts supérieurs à la moyenne au Canada comme aux États-Unis (*Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Rapport de synthèse, Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, Université d'Ottawa, 1995, 168 pages, p. 117).

⁶⁹ *Pertinence et complémentarité des programmes de formation médicale postdoctorale du Québec. La position des facultés de médecine*, 1998

2015, à moins d'une hausse immédiate du nombre d'admissions en médecine. » Ce n'est qu'à la condition de ce renouvellement qu'on pourrait retrouver en 2006 l'équilibre entre l'offre et la demande des services médicaux atteint en 1986.

Plusieurs facteurs concourent à cette situation annoncée de déséquilibre, qui découle « dans une certaine mesure de politiques gouvernementales appliquées depuis une quinzaine d'années et qui se sont resserrées récemment à cause du contexte budgétaire ». Les principaux sont la diminution importante du nombre d'admissions dans les facultés de médecine, soit 75 postes depuis quelques années, le vieillissement des effectifs dans plusieurs spécialités et, désormais, dans la médecine de famille, le tout assorti d'une diminution importante du nombre d'heures travaillées. Certes, l'augmentation du nombre de femmes en médecine a contribué à ce dernier phénomène, mais il est observable tant chez les hommes que chez les femmes, qu'ils ou elles soient médecins de famille ou spécialistes.

3.4 Répartition des spécialités médicales sur le territoire québécois

Que l'on considère l'ensemble des médecins ou les spécialistes, seules trois régions ont plus de médecins per capita que la moyenne québécoise : celles de Québec, de l'Estrie et de Montréal-Centre⁷⁰.

En 1995, la totalité des 18 régions sociosanitaires au Québec comptaient un plus grand nombre de médecins de famille que de spécialistes de niveau local, sauf Montréal où l'on dénombrait, par tranche de 1000 habitants, 1,39 spécialistes en comparaison de 1,22 médecins de famille⁷¹. Sept régions comptent moins d'omnipraticiens que la moyenne québécoise, celles du Saguenay-Lac-St-Jean, de la Mauricie-Bois-Francs, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie.

Au 1^{er} janvier 1997, la région de Montréal-Centre regroupe 27,7 % de l'ensemble des 599 établissements sociosanitaires du réseau. En incluant ses régions périphériques (soit Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie), le pourcentage se hisse à 53,3 %. À la même date, près de 20 % des 2118 installations du réseau sociosanitaire sont situées dans la région de Montréal-Centre et 45,6 % si l'on inclut la périphérie⁷².

Les régions désignées, au nombre de 11, sont des territoires insuffisamment pourvus en professionnels de la santé⁷³. Sachant que l'inégalité de la distribution des médecins, entre autres, peut compromettre l'accessibilité et la continuité des services, le MSSS a instauré une série de mesures incitatives et complémentaires afin d'intéresser les futurs omnipraticiens et spécialistes à travailler dans ces régions : une politique de rémunération différentielle⁷⁴, une prime d'installation et de rétention, mais aussi des possibilités de ressourcement. Pour la formation même, le Ministère offre annuellement 180 bourses d'études de 10 000 \$ aux étudiants en médecine et aux résidents I et II en médecine de famille, puisés à même la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). En retour, le boursier s'engage à fournir, dès la fin de sa formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministère pour un nombre d'années égal au nombre de bourses reçues. Une liste des régions admissibles est dressée chaque année. Aux résidents en spécialité, le Ministère offre des bourses d'une valeur de 15 000 \$ qui peuvent être accordées pour chacune des années requises par la spécialisation : encore là, l'octroi de cette bourse stipule l'obligation pour le résident de pratiquer à temps plein dans un territoire désigné pour un nombre d'années égal au nombre de bourses reçues.

D'autres mesures plus récentes permettent d'établir un « premier contact » avec une région et d'y prendre de l'expérience. Ces mesures consistent en stages d'été rémunérés pour les étudiants de 1^{re}, 2^e et 3^e années dans les régions désignées, avec remboursement des frais de transport et de logement jusqu'à concurrence d'un certain montant hebdomadaire.

⁷⁰ Info-Sérhum, mai 1997, Données provenant des Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

⁷¹ Rappelons que les spécialités de niveau local sont les suivantes : anatomo-pathologie, anesthésie-réanimation, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie diagnostique et médecine familiale.

⁷² Info-Sérhum, mai 1997, Données provenant du Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec.

⁷³ Les régions désignées par le MSSS sont : le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac Saint-Jean, la Mauricie et le centre du Québec, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, le Nord du Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les Laurentides, Nunavik et les Terres-cries-de-la-Baie-James.

⁷⁴ Le médecin pratiquant dans les régions universitaires reçoit 70 % du salaire du clinicien, celui en périphérie 100 % de ce salaire et en région éloignée, ce pourcentage grimpe à 120 %.

Alors que, récemment, les places avec engagement d'aller pratiquer en établissement désigné étaient abolies à la demande du Conseil médical du Québec, les facultés s'engageaient, en contrepartie, à mieux préparer leurs résidents à exercer dans toutes les régions du Québec pour six des dix spécialités de niveau local, à savoir médecine interne, chirurgie générale, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique-gynécologie et anesthésie-réanimation. Par exemple, la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke s'est vue confier la région Mauricie/Bois-Francs où trois centres hospitaliers ont été agréés pour assurer, ensemble, la formation dans ces six spécialités médicales de base.

Des stages d'immersion clinique, d'externat et de résidence en médecine familiale sont aussi disponibles. Par exemple, le programme de Laval comprend un stage obligatoire de deux mois en région et l'Université de Sherbrooke a accrédité les hôpitaux d'Alma, de Rouyn-Noranda, de Ville-Marie (Abitibi) et de Chibougamau pour accueillir ses résidents en médecine familiale. De même pour l'Université de Montréal qui bénéficie de la collaboration d'intervenants dans onze milieux d'enseignement en région non universitaire (Dolbeau, Amos, Sept-Îles, Baie-des-Chaleurs, Paspébiac...) pour la formation des étudiants et qui utilise leurs ressources physiques. Les résidents de McGill pourront séjourner dans le Grand Nord du Québec et dans l'Outaouais, et certains, jusqu'à 24 mois.

Ayant constaté que la formation des résidents était encore mal adaptée en termes de polyvalence et d'expertise pour la pratique en région dans certaines spécialités, notamment en chirurgie générale et en médecine interne⁷⁵, le Conseil médical du Québec préconisait, en décembre 1996, le renforcement des stages de formation en région en adaptant les cursus en conséquence « parce que cette mesure est la plus efficace parmi toutes celles mises en place⁷⁶. »

⁷⁵ Plans régionaux d'effectifs médicaux. Bilan des consultations des régies régionales, 26 novembre 1996 (cité dans l'Avis du Conseil médical du Québec, décembre 1996).

⁷⁶ *Avis sur le projet de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000* (Avis 96-03), Conseil médical du Québec, décembre 1996, 12 pages.

Instances en jeu et leur rôle

4.1 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Comme on l'a vu au chapitre précédent, c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux qui, sur avis du Conseil médical du Québec, est chargé de l'établissement des contingents. Il siège à la Table de concertation sur les effectifs médicaux et publie annuellement une Politique triennale des inscriptions dans les programmes de doctorat et de résidence en médecine.

4.2 Ministère de l'Éducation (MEQ)

Entre 1975 et 1977, le ministère des Affaires sociales (MAS)⁷⁷ et le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) convenaient d'une politique de collaboration en matière d'enseignement par laquelle le premier allait transférer au second des fonds pour le financement de la formation en milieu hospitalier. « C'est ainsi que les centres hospitaliers engagés dans la formation en médecine et en médecine dentaire se voyaient prélever un montant à même leur base budgétaire par le ministère des Affaires sociales qui le transférait au MEQ qui, à son tour, le transférait aux universités; les universités choisissaient, quant à elles, de retourner ce montant aux centres hospitaliers d'origine⁷⁸. » Le MSSS et le MEQ entretiennent, aujourd'hui encore, les mêmes relations budgétaires.

4.3 Conseil médical du Québec

Le Conseil médical du Québec a été créé en décembre 1991 et formellement constitué en avril 1993. Composé de quinze membres, dont au moins huit sont des médecins. Il a pour mandat de fournir au ministre de la santé des avis sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte de l'évolution des coûts de ces services, des besoins de la population et de sa capacité de payer, et notamment, en ce qui concerne le présent rapport, sur « les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles⁷⁹. »

Le second volet du mandat du Conseil stipule l'obligation pour le ministre de le consulter afin d'obtenir des avis, entre autres sur les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale, et notamment, la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. C'est donc lui qui, par l'entremise de son Comité sur les effectifs médicaux, conseille le ministère sur les contingents à appliquer à la fois pour l'admission au premier cycle et en résidence dans les diverses spécialités.

⁷⁷ En 1985, le MAS, après avoir transféré certaines de ses responsabilités, est devenu le ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁷⁸ *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Gouvernement du Québec, 1988, 803 pages (p. 555).

⁷⁹ Le lecteur pourra consulter le site web du Conseil (<<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmqq>>) pour des informations supplémentaires sur ses autres fonctions et champs d'intervention.

4.4 Collège des médecins du Québec (CMQ)

Fondé en 1847 – il s’agit du plus ancien ordre de médecins au Canada – sous le nom de « Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada », et successivement baptisé Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec et Corporation professionnelle des médecins du Québec, le Collège des médecins ne porte ce nom que depuis 1994⁸⁰.

Le CMQ représente l’un des 22 ordres professionnels dont la majorité des membres pratiquent dans les établissements du réseau. Sa fonction première est de veiller à la qualité des actes et des services médicaux rendus par ses membres dans l’intérêt du public en vertu « des principes de moralité, de probité et de dévouement, indispensables à l’exercice de la médecine et (de) l’observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie. »

Afin de mener à bien cette fonction, le Collège intervient, dès la formation initiale, notamment en agréant les programmes et les milieux de formation prédoctorale et postdoctorale. C’est lui qui, ultérieurement, octroiera le certificat d’immatriculation, le certificat de spécialiste et les permis d’exercice (voir **points 1.1** et **1.2**). Il définit donc ainsi les conditions d’admission à l’exercice de la médecine. Le CMQ compte d’ailleurs une Direction des études médicales qui, à la faveur d’une restructuration interne du Collège en 1997, incorpore l’agrément des programmes d’éducation médicale continue.

C’est à partir du milieu des années 70, que le CMQ (alors la Corporation professionnelle des médecins du Québec) commence à jouer un rôle consultatif dans l’élaboration des programmes de formation, notamment par l’entremise du Comité conjoint de la formation en médecine mis sur pied en 1976. Ce comité, qui a une certaine influence sur l’élaboration des programmes de formation en médecine et des stages de formation professionnelle, est composé de quatre représentants du Collège, d’un représentant de chacune des facultés de médecine, de deux étudiants et de deux représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec.

Le Collège compte également 35 comités de spécialités, soit autant que de spécialités reconnues par l’organisme, et un comité de médecine familiale composés des directeurs des programmes des quatre facultés, d’un représentant de l’association professionnelle concernée et d’un médecin de la Direction. « Ces comités étudient les principaux sujets reliés à la formation médicale dans leur discipline, particulièrement les normes de formation, les critères d’agrément et les modes d’évaluation. »

Enfin, son Comité d’admission à l’exercice (CAE) a comme mandat, notamment⁸¹:

- de s’assurer que la formation médicale et postdoctorale prépare adéquatement à l’exercice médical;
- d’étudier toute question s’y rapportant, notamment en regard de la planification des effectifs médicaux et des besoins de la population;
- d’étudier et approuver les critères d’agrément des programmes et milieux de formation postdoctorale et de formation médicale continue, étudier les rapports des visites d’agrément, proposer au Bureau les recommandations en découlant et vérifier leur respect et leur application;
- d’étudier toute demande de reconnaissance ou de modification des spécialités;
- de déterminer la durée minimale et le contenu des stages de formation postdoctorale requis en vue de l’admissibilité aux examens menant à l’obtention du permis d’exercice et du certificat de spécialiste.

Le CAE se compose de dix membres, dont quatre nommés par les facultés de médecine, les vice-doyens à la formation postdoctorale en l’occurrence; il accueille entre autres, comme observateurs, des représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec et de la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec.

⁸⁰ Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Collège des médecins du Québec, 1997, 263 pages (p. 187).

⁸¹ Le lecteur retrouvera la description complète du mandat du CAE sur le site web du Collège des médecins du Québec (<<http://www.cmq.org>>).

Le Comité d'admission à l'exercice du CMQ a confié à un sous-comité, se réunissant au besoin, la tâche de le conseiller sur la reconnaissance de nouvelles spécialités⁸² et la modification à la définition ou au contenu des spécialités existantes. Ce sous-comité est également chargé de traiter toute autre problématique découlant de l'évolution de l'exercice médical et de faire les recommandations appropriées au Comité d'admission à l'exercice.

4.4.1 Visites pour agrément

Le CMQ a la responsabilité légale de l'agrément des programmes de formation postdoctorale mis sur pied par les facultés de médecine des universités du Québec.

En plus d'élaborer et de mettre à jour les critères de cet agrément, sa Direction des études médicales effectue, à l'intérieur d'un délai de six ans, des visites dites d'agrément de tous les programmes postdoctoraux et des institutions affiliées des quatre facultés de médecine, conjointement avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les programmes de spécialités et avec le Collège des médecins de famille du Canada et le Comité d'agrément de la Fédération des Ordres des médecins du Canada pour les programmes de médecine familiale. À cette occasion, la « délégation » s'adjoint les services d'une équipe de visiteurs, choisis pour leur connaissance approfondie de l'éducation médicale postdoctorale et des secteurs à évaluer.

Entre ces visites globales, le Collège procède, le cas échéant et à la demande des facultés, à l'agrément de nouveaux milieux d'apprentissage ou à des modifications des agréments déjà en vigueur. Tous les dossiers touchant l'agrément des programmes sont étudiés par le Comité d'admission à l'exercice qui soumet ses recommandations à l'approbation du Bureau du Collège. Ces étapes franchies, les facultés de médecine sont saisies des recommandations adoptées. Soit que ces dernières préconisent le maintien d'un programme, soit qu'elles en demandent la suspension provisoire afin d'apporter les correctifs voulus aux déficiences constatées. Dans ce dernier cas, des visites de contrôle sont effectuées dans un délai prescrit, habituellement de deux ans.

D'autre part, la Direction organise des visites régionales d'agrément des unités extérieures et des milieux de formation en région. Également, l'ensemble des milieux d'une même région font l'objet d'une visite à tous les six ans, quels que soient la faculté et le programme auxquels ils sont affiliés. La Direction assure la mise à jour des normes de formation dans les divers programmes, en tenant compte de l'évolution des spécialités et de la reconnaissance de nouvelles spécialités.

Tel que mentionné auparavant, le CMQ publie, le 1^{er} juillet de chaque année, une édition mise à jour des programmes agréés, en se réservant le droit de « ajuster ou modifier le nombre de postes et la durée de l'agrément prévus initialement, s'il estime que les ressources ou les conditions pédagogiques sont modifiées depuis l'agrément ».

4.4.2 Respect des règles d'exercice

Le CMQ s'est doté d'un *Code de déontologie* auquel tout manquement peut conduire le médecin devant le **Comité de discipline**. En outre, le Collège effectue la visite régulière des hôpitaux, CLSC, centres d'accueil, polycliniques et bureaux privés des médecins afin d'évaluer l'exercice professionnel des médecins. Au besoin, le CMQ recommandera, soit au médecin, soit à l'établissement, certaines mesures pour remédier aux lacunes observées.

⁸² La médecine d'urgence en est un exemple récent.

4.4.3 Autres fonctions

Le CMQ se prononce couramment sur des sujets relatifs à la pratique de la médecine et à ses retombées sociales. Il a récemment pris position sur l'engorgement des urgences, les services médicaux essentiels et l'évolution des services obstétricaux. Il mandate également des comités et groupes de travail afin d'étudier divers phénomènes, tels l'organisation des soins en santé mentale et l'accessibilité aux soins psychiatriques au Québec⁸³. En 1997, il confiait à un groupe de travail sur la réforme de la santé le soin de dégager des pistes concrètes « qui permettront au Collège et aux médecins en exercice de contribuer à atténuer les difficultés vécues au cours de cette période de transition, à maintenir et à améliorer la qualité des services médicaux. » Le rapport de ce Groupe, rendu public à la mi-septembre 98, demande notamment aux facultés de médecine « d'être à l'avant-garde du processus de transformation, notamment en adaptant leurs systèmes d'enseignement et en prenant des initiatives pédagogiques en conséquence⁸⁴ ». Le Collège pilote également des dossiers de longue haleine, dont la délégation des actes médicaux, la répartition des effectifs médicaux en région, l'étude et l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes en milieu hospitalier.

Depuis 1985, le CMQ tient le Registre des acupuncteurs du Québec, c'est-à-dire des acupuncteurs non-médecins ayant satisfait aux exigences établies par décret ministériel et réussi les examens pour y être inscrits. Le Collège contribue également au développement et à l'aménagement d'activités éducatives appropriées aux médecins en exercice, et ce faisant, il participe à la formation médicale continue. Enfin, il remplit sa fonction de protection du public par la répression de l'exercice illégal de la médecine ou de l'usurpation du titre de docteur en médecine.

4.5 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)

Association privée nationale fondée en 1929, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada vise « à faire progresser les normes de l'éducation médicale postdoctorale et de l'exercice des spécialités de la médecine, de la chirurgie et de laboratoire (à l'exception de la médecine familiale), afin de garantir aux médecins et au grand public la formation et la compétence de ceux et celles qui s'affichent comme spécialistes dans un domaine particulier⁸⁵ ».

Le certificat de spécialiste décerné par le CRMCC, après la réussite à ses examens, permet au médecin de pratiquer dans toutes les provinces canadiennes⁸⁶, sauf au Québec, et confère à sa formation une reconnaissance internationale. Le médecin peut devenir Associé(e) du Collège et utiliser les sigles FRCP (en français, Associé(e) du Collège royal des médecins du Canada) ou FRCS (Associé(e) du Collège royal des chirurgiens du Canada).

Vingt-quatre membres y siègent, répartis également entre la division de la médecine et celle de la chirurgie. Ces dix dernières années, le Collège a décerné plus de 13 000 certificats de spécialiste. Les spécialistes diplômés du Collège comptent pour environ la moitié des médecins actifs au Canada.

Le Collège royal est à l'origine du Projet canadien d'éducation des médecins spécialistes (ProMEDS 2000), une commission d'étude dont le mandat évoquait la nécessité de mieux délimiter le champ des spécialités, de justifier en détail leurs exigences de formation et d'étudier les avantages et la possibilité de faire partager certaines activités d'enseignement par plusieurs spécialités. Un exercice de consultation pancanadien, dont les résultats ont paru en septembre 1996, a permis de définir sept rôles essentiels décrits par quelque vingt compétences clés que devront démontrer les médecins spécialistes du prochain siècle. « Au moment où des tendances centrifuges visent à accentuer l'écart qui sépare les spécialités, le rapport du groupe de travail insiste sur les habiletés génériques des spécialistes et sur l'apprentissage continu à longueur de carrière⁸⁷. » Le Collège publie également le Bulletin de l'éducation médicale postdoctorale.

⁸³ Le rapport de ce dernier groupe a été adopté en octobre 1997.

⁸⁴ *Rapport du groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*, Collège des médecins du Québec, septembre 1998, 19 pages (p. 13).

⁸⁵ <<http://rcpsc.medical.org>>

⁸⁶ Le certificat du CRMCC est en effet reconnu par les Ordres des médecins des provinces, à l'exception du Québec où le CMQ attribue son propre certificat.

⁸⁷ Rapport annuel, CRMCC, 1996, 34 pages (p. 3).

4.6 Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

Fondé en 1954 sous le nom de *College of General Practice of Canada*, le Collège des médecins de famille du Canada regroupe aujourd'hui, à travers le pays, 13 000 médecins de famille à titre de membres « volontaires »⁸⁸. C'est cet organisme qui procède à l'évaluation et à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale dans les facultés de médecine canadiennes.

Des comités, groupes de travail et groupes de réflexion se penchent sur divers sujets allant de l'éthique médicale à la rentabilité des services dispensés par les médecins de famille et à leur rôle dans un système en voie de restructuration. Afin de remplir son mandat de promotion de la plus haute qualité des soins de santé, le Collège a développé une gamme variée de programmes et de services d'éducation médicale continue. Au chapitre de l'éducation médicale continue, le programme MAINPRO (*Maintenance of Proficiency*/Maintien de la compétence professionnelle) permet aux membres d'actualiser leurs compétences et habiletés.

Depuis 1982, le CMFC tient un examen menant à un certificat de compétence spéciale en médecine d'urgence obtenu par 700 membres du Collège, « soit par la voie de la pratique, soit par la voie d'un programme de résidence ».

Avec le soutien de l'Association médicale canadienne et du CRMCC, notamment, le CMFC a mis sur pied le projet JANUS afin de constituer des banques de données sur les profils de pratique, les activités professionnelles, les futurs plans de carrière, les profils démographiques et les environnements où exercent les médecins. Des résultats issus de ce projet ont été mentionnés au **chapitre 3**.

⁸⁸ <<http://www.cfpc.ca>>

Personnel enseignant et activités de recherche

5.1 Personnel enseignant

Au total, les quatre facultés québécoises comptent, en 1997, 5488 enseignants dans les programmes de médecine familiale et de spécialité, les deux universités montréalaises regroupant 65 % de l'effectif total (**tableaux 5.1 et annexe I**).

Tableau 5.1 Personnel enseignant dans les quatre facultés de médecine, en 1992, en 1997 et prévisions pour l'an 2000 (résumé)

	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Réguliers 97	PEC 97
Laval	1127	1370	1135	176	1194
McGill	1909	1788	1744	185	1603
UdeM	1781	1814	1456	322	1492 *
UdeS	529	516	556	188	274
Total	5346	5488	4891	871	3071

PEC = professeurs d'enseignement clinique
 * : dont 299 à demi-temps

Certes, ce nombre est à première vue spectaculaire. Toutefois, il faut poser tout de suite que près de 85 % des personnes recensées sont des professeurs d'enseignement clinique (PEC), c'est-à-dire des praticiens en institutions affiliées qui, pour la plupart, ne reçoivent aucune rémunération, sinon à la vacation, pour l'enseignement qu'ils dispensent et qui est intégré dans leur pratique clinique. Le cas échéant, la rémunération correspond à leur participation auprès des étudiants ou résidents et leur est versée par le centre hospitalier ou la clinique où ils travaillent. Ils peuvent aussi être payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour les gestes médicaux posés par les résidents qu'ils supervisent. L'Université leur accorde un titre universitaire correspondant à leur expérience et à leur formation (titulaires, agrégés, adjoints, chargés d'enseignement de clinique, chargés de formation de clinique), mais ne leur verse pas de salaire additionnel. À cet égard, McGill présente une situation quelque peu particulière puisque 16 % de ses PEC sont rémunérés, pour un montant variable, par l'université.

Les quelque 900 professeurs réguliers, c'est-à-dire qui ont un titre et un lien d'emploi à temps plein avec l'université, se répartissent dans les 70 départements des quatre facultés.

D'un point de vue « historique », les professeurs dits réguliers et les PEC n'ont pas les mêmes responsabilités. Les premiers conceptualisent les programmes, préparent les dossiers d'agrément et se chargent des relations avec les organismes d'agrément. Ils sont responsables de la sélection des candidats, ils suivent et orientent les étudiants, ils choisissent et maintiennent les lieux de stage, et enfin, ils élaborent les objectifs des stages cliniques et les activités nécessaires pour les atteindre. Pour leur part, les professeurs d'enseignement clinique participent au Comité du programme et veillent à l'encadrement et à l'évaluation des résidents, une évaluation relayée aux professeurs à plein temps. Or, avec la contraction du corps professoral régulier, on assiste à l'intervention croissante des PEC dans les tâches traditionnellement dévolues aux professeurs réguliers et la distinction de leurs responsabilités respectives se brouille.

Les prévisions pour l'an 2000 laissent entrevoir une mince augmentation à Sherbrooke (+ 7,8 %), un maintien relatif pour McGill et une diminution d'environ 17% pour les universités Laval et de Montréal qui, toutes deux, reviendront aux niveaux de 1992.

Il est important de prendre en considération la nature du personnel enseignant lorsqu'on aborde le sujet de la rationalisation dans les spécialités médicales. Non seulement, les facultés de médecine ont, au même titre que les autres facultés universitaires, contribué à l'« effort de guerre » exigé de toutes en ce qui concerne leur corps professoral régulier, mais l'apprentissage de la pratique médicale se faisant traditionnellement au sein d'une équipe sur place et « au chevet du patient », elle fait très largement appel à du personnel des établissements affiliés.

D'autant plus que la présence d'un programme de formation dans les CHU est, pour les médecins, une motivation supplémentaire pour venir y exercer et, comme on l'a vu au [chapitre 2](#), ce personnel, autant que les professeurs réguliers, enseigne à des résidents d'autres spécialités et à des étudiants du premier cycle, y compris les externes. En fait, l'engagement et la bonne volonté des PEC sont garants de la poursuite de l'enseignement par les facultés de médecine. Celles-ci disposent actuellement d'un maigre budget dédié à ce personnel dont l'augmentation de la charge clinique vient aujourd'hui compromettre la participation à l'enseignement. En outre, les mesures contraignantes dont font l'objet les programmes de la part du gouvernement et du CMQ, notamment les politiques de rémunération, nuisent au recrutement.

En terminant ce chapitre, certains problèmes signalés à la sous-commission ont été recensés au [tableau 5.2](#). Les remarques qu'on y retrouve ont l'avantage de montrer que, excepté l'expression de certaines inquiétudes quant à la pérennité académique, les préoccupations principales concernent les médecins dans les établissements, puisque ce sont eux qui assument en grande partie la formation des résidents.

5.2 Activités de recherche

La recherche à la Faculté de médecine de l'**Université de Sherbrooke** compte plusieurs secteurs d'excellence et d'importants pôles en émergence.

Trois groupes du Conseil de la recherche médicale (CRM) du Canada, regroupant des fundamentalistes et des cliniciens, sont reconnus dans les secteurs de pointe : 1) le Groupe CRM sur les sciences des radiations; 2) le Groupe CRM sur les interactions immuno-cardio-vasculaires; et 3) le Groupe CRM sur le développement et la physiopathologie du tube digestif.

Quatre secteurs de recherche sont très bien développés dans les départements et services cliniques de la faculté : la rhumatologie, la pneumologie, l'immunologie et l'endocrinologie. Les équipes sont composées de chercheurs cliniciens et fundamentalistes, et toutes sont supportées par le Conseil de recherche médicale du Canada et par diverses fondations.

L'Institut de pharmacologie de Sherbrooke, nouvellement créé et rattaché à la Faculté de médecine, regroupe les chercheurs du département de pharmacologie et ceux du secteur de chimie médicinale. Cet institut a pour mission de développer de nouveaux agents thérapeutiques et de collaborer de façon étroite avec le Centre de recherche clinique du Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE), offrant ainsi un milieu de formation exceptionnel.

Le Centre de recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (IUGS), un centre FRSQ, est reconnu pour ses travaux sur le vieillissement, tant en recherche fondamentale qu'en recherche appliquée.

Deux secteurs importants, l'imagerie médicale et la thérapie génique, sont en émergence au nouveau Centre de recherche clinique (CRC) du CUSE. Le premier a bénéficié d'investissements majeurs (cyclotron, TEP, accélérateurs linéaires, tomographes pour animaux et patients) et constitue un centre de formation et de recherche unique. Le recrutement de deux chercheurs (clinicien et fundamentaliste) spécialisés en thérapie génique ouvre la voie au développement de cette thématique extrêmement prometteuse. L'ensemble de ces activités de recherche

gènère environ 20 millions de dollars par année⁸⁹. Leur développement accru au nouveau CRC permettra un transfert accéléré des connaissances acquises en recherche de base vers la recherche appliquée.

Tableau 5.2 Remarques concernant le corps professoral dans diverses spécialités, par établissement

Laval

- ✦ **Médecine interne.** Le recrutement de jeunes professeurs s'impose dans toutes les spécialités impliquées dans le programme. Bien qu'il soit difficile de prévoir le nombre de retraites d'ici l'an 2000, le pourcentage sur le total pourrait avoisiner 15 %. En 1997, la moyenne d'âge du personnel enseignant est de 53,8 ans.
- ✦ **Formation complémentaire en soins aux personnes âgées.** Le programme tente d'augmenter le nombre de professeurs cliniciens, mais le plan d'effectif régional est fermé.
- ✦ **Oto-rhino-laryngologie.** Le corps enseignant est passé de 23 en 1992 à 13 en 1997; sa moyenne d'âge est de 53 ans.
- ✦ **Rhumatologie.** Le programme a dû être abandonné en 1998 en raison du départ de trois professeurs cette même année. En l'absence d'individus formés, aucun recrutement n'est possible.
- ✦ **Médecine familiale.** Des besoins urgents de recrutement – de 10 à 15 personnes – pour la formation dans les unités de médecine familiale se manifestent. Le plan d'effectif est fermé.
- ✦ **Médecine d'urgence.** Les besoins de recrutement, pour le service clinique et la formation, se situent aux alentours de 10, mais le plan d'effectif est fermé et le recrutement difficile.
- ✦ **Anatomo-pathologie.** L'organisation des services cliniques et le vieillissement du corps professoral mettent en péril la formation dans ce domaine qui, de plus, ne parvient pas à attirer les étudiants.
- ✦ **Chirurgie générale.** Malgré la disponibilité de postes au niveau des effectifs médicaux, le contexte fait en sorte que le recrutement de candidats est rendu pratiquement impossible.

McGill

- ✦ **Chirurgie générale.** On prévoit que le personnel enseignant atteindra, en l'an 2000, des niveaux inférieurs à ceux de 1992 (59 en 1997 et 48 en l'an 2000). Trente pour cent de ses membres ont 60 ans et plus.
- ✦ **Obstétrique-gynécologie.** Le département a atteint, en 1997, un plancher historique en termes d'effectif enseignant (67 membres) et on y espère recruter activement dans les prochaines années (jusqu'à 73 au moins). Le plus fort du contingent, soit 70 %, se retrouve dans le groupe d'âge de 45 à 59 ans.
- ✦ **Ophthalmologie.** Le nombre d'enseignants est en décroissance progressive : au nombre de 64 en 1992, ils sont actuellement 52 et on prévoit qu'ils ne seront plus que 47 en l'an 2000. Les neuf-dixièmes d'entre eux se rangent dans le groupe d'âge de 45 ans et moins.
- ✦ **Anesthésie-réanimation.** On signale une pénurie de médecins qui s'engagent dans une carrière académique.
- ✦ **Médecine familiale.** Le corps professoral a décliné dans ce programme (de 224 en 1992 à 192 en 1997, soit une diminution de plus de 14 %) qui espère avoir recruté 4 professeurs à temps plein d'ici les deux prochaines années. Or, en raison de la faible rémunération et des autres restrictions appliquées à la pratique, cela pourrait s'avérer extrêmement difficile. Entre-temps, les départs, qui se poursuivent, génèrent une situation problématique pour le programme. Soixante-dix pour cent des enseignants sont dans le groupe d'âge de 45 ans et moins, et 29 % dans celui de 45 à 59 ans.
- ✦ **Neurologie.** Le département entend poursuivre ses efforts pour recruter des chercheurs-cliniciens en neuro-oncologie et d'autres, qui possèdent une expertise dans les troubles de la motricité. Un peu plus de 40 % des professeurs actuels sont dans le groupe d'âge de 45 ans et moins, et autant dans celui de 45 à 59 ans : 15 % sont âgés de 60 ans et plus.
- ✦ **Pédiatrie.** Le programme nécessite 42 nouveaux enseignants (20 postes vacants actuellement, 12 postes additionnels prévus par la planification, 10 retraites).
- ✦ **Pneumologie pédiatrique.** Le programme est à la recherche de deux nouveaux membres, mais aucune embauche n'est possible en raison des politiques gouvernementales en vigueur qui, on le déplore, font obstacle à la constitution d'équipes mixtes de chercheurs et de cliniciens. Le programme bénéficie actuellement de la participation de 6 enseignants.
- ✦ **Médecine nucléaire.** D'ici l'an 2000, le corps enseignant sera en déficit net de 3 membres, une donnée qui compte pour ce programme faisant actuellement appel à 8 personnes.

⁸⁹ Le tableau présenté à l'annexe I ne présente, pour l'Université de Sherbrooke, que les budgets universitaires consacrés à la recherche effectuée par les *professeurs réguliers*, en 1995-1996.

Université de Montréal

- ✦ **Anatomopathologie.** Le recrutement est insuffisant, l'intérêt des résidents en anatomopathologie pour une carrière académique étant pour ainsi dire nul, « vu le climat actuel ». En outre, la discipline n'est à peu près pas enseignée dans le cours de médecine, entraînant une méconnaissance de la part des étudiants. Le programme prévoit être amputé de la moitié de ses enseignants d'ici l'an 2000 (de 26 à 13).
- ✦ **Génétique médicale.** Dans cette spécialité où les connaissances s'accroissent rapidement, il y aura, au cours des prochaines années, d'importants besoins de formation pour des médecins spécialistes. Le tiers des médecins dans cette spécialité sont âgés actuellement de 60 ans et plus, la moyenne d'âge étant de 52 ans. Le Comité consultatif en médecine humaine évaluait, dans un rapport publié en 1994, à 30 au moins le nombre requis de médecins-généralistes consacrant la majeure partie de leurs activités aux services cliniques.
- ✦ **Chirurgie générale.** Le nombre de professeurs est en décroissance constante depuis 1992 : jusqu'en 1997, il sera passé de 50 à 42 et on prévoit une diminution supplémentaire à 38, d'ici l'an 2000. En 1997, la moyenne d'âge est de 57 ans.
- ✦ **Obstétrique-gynécologie.** On signale la sous-budgétisation pour le support aux professeurs de clinique dans les deux CHU, la désuétude du parc d'équipement pour l'enseignement, ainsi que la précarisation de la lignée académique entraînée par les retraites universitaires. Le nombre de professeurs, de 60 en 1992, est descendu à 44 en 1997. On prévoit qu'il baissera encore à 35 ou 38 en l'an 2000. Le salaire à 70 % et le plan triennal du gouvernement seraient des obstacles majeurs au recrutement. En 1997, la moyenne d'âge des professeurs réguliers est de 56 ans.
- ✦ **Oto-rhino-laryngologie.** On signale la difficulté, sans doute commune aux autres programmes, que constitue le mode de rémunération à l'acte des professeurs. Ce dernier ne favorise pas l'épanouissement des programmes académiques sur les plans de la recherche et de l'enseignement.
- ✦ **Anesthésie-réanimation.** On s'active à combler le déficit, en dépit des engagements de résidents actuellement en formation à revenir pratiquer dans un hôpital affilié à l'université. Un Fonds de développement en anesthésie, créé en 1994, conjointement par le département, la faculté, les centres hospitaliers affiliés, et pour lequel l'entreprise privée est sollicitée (notamment les compagnies pharmaceutiques), vise à favoriser l'établissement de nouveaux professeurs, de nouveaux chercheurs ou de nouveaux programmes.
- ✦ **Médecine familiale.** Le personnel d'enseignement clinique est soit non rémunéré, soit rémunéré à même un budget « temps partiel ». Les conditions de travail de ces professeurs ne sont pas des plus susceptibles de favoriser une stabilité et une consolidation du corps professoral. Il s'agirait d'une autre conséquence néfaste, des mots mêmes du programme, des restrictions budgétaires et d'une incompréhension certaine, tant de la place de la formation professionnelle à l'intérieur des universités que de la qualité des intervenants impliqués. Le programme est actuellement en profonde révision, laquelle pourrait mener à prolonger sa durée d'un an ou plus. Si tel était le cas, le recrutement de nouveaux professeurs serait nécessaire pour assurer la formation d'une cohorte de résidents qu'on prévoit accrue de 65 par année.
- ✦ **Pneumologie pédiatrique.** Le programme cherche à recruter deux professeurs qualifiés.
- ✦ **Soins intensifs pédiatriques.** Le programme, qui comptait, en 1997, 5 enseignants dont 4 PEC, est mis en péril par différents facteurs : la difficulté à recruter des professeurs, la diminution continue du nombre de résidents et l'augmentation constante de la charge de travail clinique (on évoque la « détérioration rapide des conditions de travail »). Il devient de plus en plus difficile de maintenir conjointement des activités cliniques, académiques et scientifiques. Pour ces raisons, ce programme serait en danger « à moins que les milieux gouvernementaux ou universitaires ne décident d'y investir de façon importante ».

Université de Sherbrooke

- ✦ **Ophthalmologie.** Le programme a enregistré une attrition de 4 professeurs (25 %) depuis 1992 et on prévoit reconstituer le corps professoral à presque-parité d'ici l'an 2000.
- ✦ **Médecine familiale.** On espère recruter 8 professeurs d'ici l'an 2000 pour atteindre 188, un niveau encore bien inférieur à celui de 1992, alors de 215. La moyenne d'âge des professeurs réguliers est particulièrement jeune (40 ans).
- ✦ **Santé communautaire.** Il s'agit du seul programme de santé communautaire ayant vu son personnel enseignant décroître (- 25 %) de 1992 à 1997. Une ou deux embauches sont prévues d'ici l'an 2000.

La faculté de médecine de l'**Université McGill** compte dix départements en sciences fondamentales et douze départements cliniques, ces derniers étant sous-divisés à leur tour par spécialité et par sous-spécialité. De plus, la faculté compte dix centres de recherche, qui ont pour vocation l'exploration et le développement de nouvelles sphères d'étude en recherche fondamentale et en recherche clinique. Grâce à l'étroite collaboration avec les instituts de recherche des centres hospitaliers affiliés à son réseau universitaire, elle couvre un large éventail d'études scientifiques biomédicales. Ses chercheurs et ses scientifiques possèdent les méthodologies, les techniques et une expertise à la fine pointe dans plusieurs domaines de recherche (dont la molécule et la cellule, le génome, les essais cliniques, la santé au travail, l'épidémiologie des populations, les soins de santé), ainsi que dans les développements techniques les plus récents. Le spectre de la recherche effectuée par les membres du corps professoral couvre une grande variété de domaines comme les techniques de la reproduction et les soins mère-enfant, la gériatrie et les soins palliatifs. La faculté de médecine a l'avantage de pouvoir utiliser les étages et les centres de soins ambulatoires des hôpitaux affiliés comme « laboratoires cliniques ». Les chercheurs des disciplines connexes, telles que les soins infirmiers, la physiothérapie et l'ergothérapie et les sciences de la communication, sont aussi impliqués dans des études et des projets de recherche avancés.

Les domaines dans lesquels McGill s'est taillé une réputation internationale sont les sciences neurologiques et la santé mentale, la génétique et les études sur le génome, l'oncologie et le vieillissement, la santé des femmes et la reproduction, l'endocrinologie, les infections et l'immunité, ainsi que la santé des populations et la médecine préventive. Ses programmes d'études postdoctorales accueillent près de 600 étudiants au niveau de la maîtrise et du doctorat, et les subventions allouées à McGill pour la recherche s'élèvent à près de 100 millions de dollars.

Environ 50% de la recherche subventionnée à l'**Université de Montréal** provient de la Faculté de médecine et les deux-tiers au moins de cette recherche est effectuée dans les centres de recherche des hôpitaux affiliés à l'Université. La recherche biomédicale est donc une composante importante des programmes de formation en spécialités et en médecine familiale et y est intimement liée. Tous les programmes ont des activités de recherche, à des degrés divers. Parmi les secteurs les plus performants, il faut mentionner les spécialités médicales et chirurgicales oeuvrant dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, la gastro-entérologie et hépatologie, l'endocrinologie et la nutrition. Aussi, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est également une faculté de médecine dite de recherche.

La recherche à la Faculté de médecine de l'**Université Laval** a connu un essor considérable au cours des dix à quinze dernières années. Pour l'ensemble de la faculté (campus et centres de recherche affiliés), le montant total des bourses, contrats et subventions est passé de 11 M\$ en 1982-83 à 66 546 869 \$ en 1997-1998. Parmi les universités canadiennes comptant une Faculté de médecine, celle de Laval est passée du 8^e rang en 1990-1991 au 6^e rang, aujourd'hui, en ce qui concerne les dépenses affectées à la recherche biomédicale et sanitaire.

Environ 70 % des professeurs des départements cliniques recevaient des fonds de recherche de source externe en 1996-97. Les professeurs des départements d'anatomie-physiologie, biologie médicale, médecine, médecine sociale et préventive, obstétrique-gynécologie et chirurgie sont, par ordre décroissant, les plus fortement subventionnés. Selon les données diffusées par l'*Institute for Scientific Information*, le nombre d'articles provenant de l'Université Laval et publiés dans les journaux de sciences cliniques s'élève à plus de 300 annuellement. Il s'agit, cependant, d'une sous-estimation, l'Université n'étant pas toujours bien identifiée sur les publications.

La principale caractéristique de l'organisation de la recherche y est le regroupement des différentes approches de recherches fondamentale, clinique, épidémiologique et évaluative au sein de quelque 35 unités de recherche, dûment constituées, s'intéressant à des thématiques bien définies. Ces unités sont pour la majorité situées hors campus et regroupées au sein de centres de recherche dans des centres hospitaliers ayant un contrat d'affiliation avec l'Université Laval. Les interfaces entre la recherche clinique et la recherche fondamentale sont ainsi favorisées, de même que les liens entre les axes de recherche prioritaires du centre et la vocation de l'établissement. C'est ainsi que le centre de recherche du pavillon CHUL compte à lui seul environ 70 chercheurs et une quinzaine d'unités dont celles d'endocrinologie moléculaire, infectiologie, rhumatologie et immunologie, neurosciences, ontogénie et reproduction, génétique, maladies lipidiques, santé publique, médecine familiale, santé et environnement. Le pavillon Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ héberge un centre de recherche en cancérologie et comporte un volet de recherche en néphrologie-pharmacologie. L'Hôpital Laval (Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie) a

des activités de recherche dans les secteurs de cardiologie et pneumologie. Le centre de recherche Université Laval-Robert Giffard est dédié à la recherche sur les maladies psychiatriques, du cerveau et du comportement. Les activités de recherche du pavillon Saint-François d'Assise sont principalement concentrées dans les secteurs de la reproduction humaine (périnatalogie, endocrinologie de la reproduction, génétique) et des biomatériaux. Le centre hospitalier affilié universitaire accueille des groupes de recherche en génie tissulaire et en épidémiologie et soutient la recherche dans les domaines correspondant à ses activités cliniques (traumatologie, neurologie et neurochirurgie, anesthésie, gériatrie, maladies du sein). La recherche à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec vise l'adaptation-réadaptation fonctionnelle et l'intégration sociale des personnes ayant une déficience physique. Enfin, les laboratoires du campus accueillent, entre autres, les chercheurs du Centre de recherche sur le métabolisme énergétique et ceux du Laboratoire des sciences de l'activité physique.

Il faut noter que, dans sa norme relative aux aspects pédagogiques et scientifiques des programmes de spécialité, le CRMCC spécifie qu'un niveau satisfaisant de recherche et d'activité scientifique au sein des membres du corps professoral identifiés aux programmes doit être maintenu, comme en témoigneraient des activités telles que des subventions de recherche au personnel et autres dépenses reliées à la recherche; la publication d'articles soumis à la révision par les pairs; la participation du corps professoral, des résidents et résidents dans des projets de recherche en cours. Tous ces critères sont pris en compte par le Collège royal pour l'agrément des programmes.

Comme le montre le **tableau 5.3**, les programmes de spécialités médicales ont récolté, pour l'année académique 95-96, près de 230 millions de dollars en soutien à la recherche, dont 70 % provenant d'organismes subventionnaires reconnus et 18 % de contrats. L'**annexe J** présente le détail pour chacun des programmes et l'**annexe K** leur production scientifique.

Tableau 5.3 Subventions (d'organismes reconnus par SIRU et autres) et contrats pour les programmes de spécialités médicales, 1995-1996 (en K\$) (résumé)

	SIRU	%	Autres	%	Contrats	%	Total
Laval	38 915,3	77	4 074,4	8	7 787,4	15	50 777,1
McGill	83 181,5	88	3 980,1	4	7 967,1	8	95 128,7
UdeM	31 322,7	45	14 851,2	21	23 720,2	34	69 894,1
UdeS	5 895,1	50	3 548,7	30	2 334,3	20	11 778,1
Total	159 314,6	70	26 454,4	12	41 809,0	18	227 578,0

Tentatives passées et récentes de rationalisation des programmes

À deux reprises par le passé, en 1980 et en 1984, le Collège des médecins du Québec (CMQ) s'est livré à un exercice de réflexion sur la rationalisation du nombre de programmes de résidence. Plus récemment, au regard du nouveau contexte de la pratique médicale résultant de la réforme entreprise par le MSSS, les transformations du réseau hospitalier et les changements dans la situation des spécialités⁹⁰, le Collège des médecins procédait à un nouvel examen et déposait, en mars 1997, ses conclusions et recommandations.

6.1 Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale (1980)

En 1979, on comptait 115 programmes de formation dans 32 spécialités, dont 4 offerts dans deux facultés de médecine, 5 dans trois et 23 dans les quatre⁹¹ (**tableau 6.1**). On avait estimé alors qu'« une telle duplication des programmes entraîne une dispersion des effectifs et des ressources, occasionne des coûts importants et est symptomatique d'un manque de concertation entre les universités⁹². »

Vu la situation qui prévalait alors dans la formation médicale et la politique de contingentement du gouvernement adoptée, en 1976, à la lumière de certains constats des organismes d'agrément, le Conseil des universités créait un comité chargé d'examiner les moyens pour rationaliser la formation des médecins spécialistes. Le *Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale* réunit alors, notamment, des membres des universités, du CMQ et du ministère des Affaires sociales.

Six critères guident ses travaux : les besoins en santé de la population, la situation actuelle et projetée des effectifs médicaux, ainsi que leur répartition, l'émergence de nouveaux programmes, les besoins de la clientèle étudiante, les critères de formation et la valeur pédagogique des programmes. Outre des recommandations générales relatives, par exemple, aux objectifs et au contenu des stages, à la complémentarité provinciale des programmes, aux conditions d'étude, de même qu'à l'évaluation interne et externe des programmes, le rapport avançait des recommandations spécifiques à la rationalisation du nombre des programmes de spécialisation médicale.

Dans son rapport déposé au mois de septembre 1980, le Comité en préconise la diminution de 115 à 98, laquelle serait opérée par la réduction à un seul programme dans certaines spécialités dont hérite une faculté ou une autre : les programmes visés sont la biochimie médicale, l'immunologie clinique et allergie, la médecine nucléaire, la microbiologie médicale et infectiologie, la neurochirurgie et la physiatrie (**tableau 6.1**). D'autres spécialités, jusqu'alors offertes par trois ou quatre facultés ne devaient plus être dispensées que dans deux ou trois facultés. En vertu de cette hypothèse où l'offre de programmes est concentrée, chacune des quatre universités doit abandonner deux ou trois programmes. On voit aussi apparaître, particulièrement pour Laval et l'Université de Sherbrooke, des programmes associés, c'est-à-dire qu'ils ne seraient agréés qu'à la condition de s'associer pour dispenser une formation complète.

Les recommandations du Comité reçurent un accueil plutôt tiède qui tenait autant à l'opposition de certains directeurs de département et de programme à la radiation d'un programme, qu'à la contestation des critères utilisés pour la justifier. On a déploré aussi le manque de consultation des intéressés (facultés, directeurs de programme et associations professionnelles), l'absence d'étude approfondie des milieux d'apprentissage, les inconvénients que cela pourrait signifier pour le résident (difficultés familiales et coûts). Controversées, ces recommandations devaient demeurer lettre morte.

⁹⁰ Par exemple, l'encombrement dans certaines, le comblement presque complet des besoins régionaux en effectifs médicaux pour l'ensemble, bien qu'on ait observé quelques lacunes dans l'organisation des services médicaux spécialisés.

⁹¹ *La rationalisation du nombre de programmes de formation en médecine*, Collège des médecins du Québec, mars 1997, 30 pages.

⁹² *Ibid.*, p. 6.

6.2 Comité conjoint d'étude de la rationalisation des programmes (1984 et 1987)

Devant cet insuccès, le Comité conjoint d'étude de la rationalisation des programmes (le COCERAP) était mis sur pied, en 1983, à l'initiative des facultés de médecine et du CMQ. Quatre paramètres principaux avaient été retenus pour ce nouvel examen des programmes de formation postdoctorale, dans une perspective de rationalisation : les besoins de la population en effectifs médicaux, la qualité, l'achalandage et l'interdépendance des programmes à des fins éducatives.

Déposé en 1984, le rapport du COCERAP table sur les programmes associés et réseau. On y recommande, d'abord, qu'un programme insuffisamment doté de ressources se limite à la dispensation d'une formation partielle, laquelle serait alors complétée dans une autre université dans le cadre d'un programme associé. Huit programmes de ce type sont recommandés pour l'Université de Sherbrooke et deux pour Laval, l'endocrinologie échappant de ce fait aux deux établissements⁹³.

Cette fois, la résistance la plus farouche devait être suscitée par la recommandation d'une organisation en réseau pour sept spécialités, soit biochimie médicale, immunologie clinique et allergie, néphrologie, physiothérapie, urologie, neurochirurgie et radiothérapie. En vertu de cette recommandation, le nombre de programmes serait réduit à 97 (**tableau 6.1**).

Fondée notamment sur le critère de l'achalandage des programmes, la proposition de l'hypothèse « réseau » découlait d'intentions louables et reposait sur des mesures incitatives, dont l'accès aux meilleurs milieux et aux meilleures ressources. On soulignait « l'avantage de la présence de collègues dans la même discipline et d'échanges éducatifs réciproques », « l'engagement professoral pour la formation spécialisée [...] moins soutenu lorsque le programme manque de résidents périodiquement ou pendant plusieurs années ». Le Comité conclut qu'il existe « un nombre critique de résidents dans un milieu de formation en deça duquel la formation est moins rentable » et ajoute, du même souffle, la contrepartie que « un trop grand nombre de résidents, d'internes ou d'étudiants par rapport aux ressources cliniques entraîne une concurrence pour l'accès aux patients défavorable à l'enseignement ».

De façon générale, les directions des programmes, par crainte d'y perdre leur autonomie, leur clientèle et l'agrément du Collège royal, lui-même tiède à l'idée, n'ont jamais envisagé la mise en réseau des programmes d'un oeil très favorable. Les vice-doyens estimaient, pour leur part, que les objectifs pédagogiques de complémentarité de la formation et de l'achalandage nécessaire qui sous-tendent cette recommandation seraient, pour certaines spécialités, aussi bien satisfaits par des programmes associés dont ils suggèrent alors la création⁹⁴. Par ailleurs, les facultés ne connaissent que trop bien l'impact des programmes de formation sur le budget, le corps professoral, la recherche et le rayonnement. Les programmes de résidence permettent d'attirer les professeurs et de ce fait, ils représentent un élément important pour le maintien des facultés de médecine.

De façon générale, l'opération COCERAP fut interprétée par les universités comme un *rationnement* plus que comme la *rationalisation* qu'elle entendait être. Mises ensemble, ces réticences, incluant, encore une fois, un manque de consultation, allaient contrecarrer les recommandations du Comité.

Ranimé en 1987 par le Collège, le COCERAP (« COCERAP II ») aboutit aux mêmes constats et recommandations que la première opération : on y réitère la préconisation du concept « réseau », notamment pour la nouvelle spécialité qu'est alors la gériatrie. Certaines spécialités désignées pour se constituer en réseau se montreront réfractaires à la suggestion qui leur est faite, estimant difficile l'application d'une telle formule. Pas plus qu'auparavant, les recommandations du Comité ne seraient concrétisées ou alors, elles ne devaient l'être que de façon partielle, en l'occurrence par la création du programme réseau de gériatrie.

Ainsi, de 1979 à 1996, le nombre de programmes sera passé de 115 à 116, malgré les exhortations successives à le réduire. Cette augmentation, plus que mince par ailleurs, résulte, d'une part, de la reconnaissance de nouvelles

⁹³ L'idée devait progressivement faire son chemin, puisqu'en 1998, on compte trois programmes associés dans les spécialités de chirurgie thoracique, urologie et santé communautaire.

⁹⁴ Il faut préciser que, lors des premières opérations COCERAP, les vice-doyens ont jugé que l'implantation de programmes réseau pour certaines spécialités (par exemple, l'urologie, la neurochirurgie, la néphrologie) était irréalisable.

spécialités médicales, telles que la gériatrie, l'oncologie médicale et la génétique médicale, et d'autre part, de la disparition de certaines autres dans des facultés, dont l'immunologie clinique et allergie à l'Université de Montréal et la physiothérapie à Laval.

En 1997, le Collège des médecins du Québec déplorait le maintien de quatre programmes de formation dans 22 disciplines dont certains (18), peu achalandés à certains endroits⁹⁵, possèdent une masse critique jugée insuffisante : il s'agit de la rhumatologie, l'hématologie, la pneumologie, la neurochirurgie, la médecine nucléaire, la dermatologie, la cardiologie, l'endocrinologie et la gastroentérologie. Les facultés de l'Université de Sherbrooke et de Laval sont celles qui comptent le plus grand nombre de programmes peu fréquentés et ce sont aussi celles qui offrent le plus de formations « partielles » ou pour l'Université Laval, une formation complète sauf pour deux à trois périodes de stage. Pour le CMQ, il faut « concentrer les résidents dans certains milieux de formation, à des fins pédagogiques et de partage du travail clinique⁹⁶. »

6.3 Proposition de rationalisation du nombre de programmes par le CMQ (1997)

En 1997, au terme d'un nouvel examen rendu nécessaire « à cause des restrictions budgétaires importantes touchant le milieu de l'éducation, de la santé et des transformations significatives qu'elles imposent », le Collège avance trois propositions de sévérité progressive. Dans toutes, il recommande l'élimination des programmes qui offrent des formations partielles, une mesure qui toucherait donc particulièrement l'Université de Sherbrooke et, à un moindre degré, l'Université Laval.

Le CMQ, qui espère l'émergence d'« une approche nouvelle de partage des responsabilités et de collaboration entre les facultés de médecine⁹⁷ », se dit attentif au fait que « les résidents puissent bénéficier de milieux de formation dans lesquels leur nombre ainsi que celui des professeurs et leurs conditions de travail optimisent leur formation⁹⁸ ». Dans cette perspective, il préconise une nouvelle répartition des programmes. Tous ceux dans les spécialités de niveau local, présentes, rappelons-le, dans tous les centres hospitaliers, sont maintenus. Le Collège, qui assume d'abord la mise sur pied de neuf programmes de type réseau, craint, en dernière analyse, « qu'ils ne deviennent en fait 36 mini programmes, ce qui va à l'encontre d'un objectif de rationalisation ».

Afin de parer à cette difficulté de mise en application et d'administration, l'hypothèse favorite du CMQ suggérera que certains des neuf programmes envisagés initialement comme réseaux soient plutôt dispensés par deux facultés : il s'agit des programmes de neurochirurgie, de radio-oncologie et de rhumatologie. La biochimie médicale et la gériatrie, actuellement offertes en réseau, ne seraient plus desservies, respectivement, que par un et deux programmes, alors que l'oncologie médicale et la génétique médicale conserveraient les deux programmes dont elles disposent à l'heure actuelle. En vertu de cette dernière hypothèse de rationalisation, le nombre total de programmes passerait de 116 à 101. Cette alternative ferait en sorte que l'Université de Sherbrooke ne participerait plus à l'enseignement des spécialités de niveau suprarégional où elle est actuellement représentée par un programme en neurochirurgie régi par entente interuniversitaire et il ne lui resterait que 19 programmes des 25 qu'elle offre présentement, dont 9 dans les spécialités de niveau régional comparativement à 16 aujourd'hui (**tableau 6.2**).

⁹⁵ Selon la définition du CMQ, un programme est peu achalandé lorsqu'il compte moins de cinq résidents. Pour le Collège, le nombre idéal de résidents dans un programme de cinq ans est de 10.

⁹⁶ La rationalisation du nombre de programmes de formation en médecine, Collège des médecins du Québec, 1997, 30 pages (p. 21).

⁹⁷ Rapport annuel 1996-1997, Collège des médecins du Québec, 47 pages.

⁹⁸ *Op. cit.*, Collège des médecins du Québec, 1997, p. 22.

Tableau 6.1

**Résumé des changements survenus dans le nombre des programmes
de spécialités médicales de 1979 à 1996**

	Laval	McGill	UdeM	UdeS	Total	Nb disc.	FC	PA- PEI	PR
Nombre de programmes en 1979	26	31	31	27	115	32			
Nombre de programmes recommandé par le Comité de 1980	21	27	28	22	98	32	81	17	0
Nombre de programmes recommandé par le Comité de 1984 *	19	25	25	21	97	32	80	10	7
Nombre de programmes en 1996 *	25	32	32	25	116	35	91	22	3
Nombre de programmes recommandé par le CMQ en 1997 (plan C)	23	29	30	19	101	35	101	0	0

* Les programmes réseaux n'apparaissent que dans le décompte total des programmes.

FC = formation complète

PA = programme associé

PEI = programme avec entente interuniversitaire

PR = programme réseau

Tableau 6.2

**Répartition des programmes par faculté selon le niveau de la spécialité,
en 1996 et en vertu de la proposition C du CMQ**

Programmes	Laval		McGill		UdeM		UdeS	
	1996	Plan C	1996	Plan C	1996	Plan C	1996	Plan C
De niveau local (10)	10	10	10	10	10	10	10	10
De niveau régional (21)	13	10	18	16	18	18	14	9
De niveau supra régional (4)	2	3	4	3	4	2	1	0
TOTAL (35)	25	23	32	29	32	30	25	19

Le programme associé en santé communautaire disparaîtrait au profit de deux formations complètes dispensées par les universités de Montréal et de Sherbrooke, avec désistement de Laval et de McGill dans son offre. En revanche, selon cette proposition qui abolit toute formation partielle, la totalité des programmes consisteraient en formation complète, pour laquelle chaque faculté est parfaitement autonome.

En résumé, les faits saillants du plan progressif du CMQ sont la disparition de tout programme requérant un complément dans une autre faculté (soit programme avec entente interuniversitaire ou programme associé) et celle des programmes réseau, en raison de la difficulté, dans les faits, à en administrer le fonctionnement dans une perspective de rationalisation. Ce, « tout en maintenant une participation significative de chacune des facultés de médecine existantes à la formation postdoctorale; chacune d'entre elles contribuant à sa façon propre à l'enseignement, à la recherche et à la qualité de soins ». Le CMQ entrevoyait l'amorce de l'implantation du plan privilégié, dès juillet 1998.

Un groupe de travail, composé des quatre vice-doyens à la formation postdoctorale, ainsi que du directeur et du directeur adjoint de la Direction des études médicales du Collège, a étudié le projet après sa publication. Ultérieurement, ce groupe de travail devait rencontrer les comités facultaires responsables de la formation postdoctorale afin d'en approfondir le scénario et d'en expliciter certains aspects et, le cas échéant, de le bonifier.

Les facultés de médecine ont, depuis, fait connaître leur position sur les modalités de la rationalisation de l'offre de programme de spécialités médicales, telle qu'envisagée par le Collège.

6.4 Position des facultés de médecine

En avril 1997, le Groupe de travail sur les spécialités médicales (MEDU) de la CREPUQ confiait l'examen de la pertinence et de la complémentarité des programmes de spécialités médicales à la Conférence des doyens des facultés de médecine. Cette démarche s'inscrivait dans l'opération entreprise par la Commission des universités sur les programmes et devait se faire dans le respect des objectifs et principes généraux énoncés par cette dernière. À la demande des doyens, la Conférence des vice-doyens (CVDFMQ) prit le relais de cet examen auquel, convenait-on, le Collège des médecins devait être associé. Toutefois, la CVDFMQ l'a réaffirmé, la mise en opération des conséquences de cet examen, et de façon générale, le mouvement de rationalisation ne peut émaner que des universités, qui demeurent les responsables des programmes qu'elles offrent.

6.4.1 La spécificité de la formation postdoctorale en médecine

D'entrée de jeu, il faut rappeler la spécificité de l'organisation de la formation postdoctorale par rapport aux autres champs de l'activité universitaire « en raison, notamment, de la participation de médecins cliniciens qui intègrent leurs activités pédagogiques à leurs activités cliniques au quotidien⁹⁹ » (voir à ce sujet le [chapitre 5](#)). Ainsi, 83 % des personnes enseignant aux résidents – pour certaines universités, ce pourcentage atteint 90 % – sont des professeurs d'enseignement clinique, c'est-à-dire pour lesquels l'activité d'enseignement, souvent non rémunérée, se conjugue à leur activité clinique et est même l'un des arguments qui les fait opter pour la pratique en centre hospitalier universitaire.

6.4.2 L'interdépendance des programmes

Le COCERAP faisait remarquer, en 1984, que « [...] un milieu de formation qui participe aux programmes de médecine ou de chirurgie devrait également être agréé, par exemple, pour la formation en anatomopathologie et en radiologie diagnostique¹⁰⁰. » Cette remarque vient souligner l'interdépendance des programmes de spécialités médicales sous les angles de la complémentarité disciplinaire et du continuum de la formation d'un cycle à l'autre.

⁹⁹ Pertinence et complémentarité des programmes de formation médicale postdoctorale du Québec. La position des facultés de médecine, CVDFMQ, 1998.

¹⁰⁰ Référence du rapport COCERAP.

Ainsi, les programmes de neurologie, de neurochirurgie, de psychiatrie, de radiologie et de pathologie ont des liens indissociables et la formation dans l'un serait compromise par la disparition d'un autre.

Enfin, on ne peut ignorer l'impact des programmes de spécialités médicales sur les autres disciplines des sciences de la santé (pharmacie, sciences infirmières...), sur les sciences fondamentales, ainsi que sur les études avancées et la recherche (voir [tableau 5.1](#)).

6.4.3 L'achalandage des programmes

Dès lors, des programmes seraient peu fréquentés – l'un des critères majeurs mis de l'avant lors de tous les exercices de rationalisation – que leur existence se verrait justifiée par leur impact sur d'autres niveaux d'enseignement ou la contribution qu'ils y font. « L'existence d'un programme de formation postdoctorale dans une faculté a des retombées inestimables sur la formation prédoctorale, notamment en ce qui a trait à l'encadrement des externes¹⁰¹. » Tel que mentionné au chapitre 1, les externes évoluent pendant une période de 18 à 24 mois dans une structure où l'enseignement leur est prodigué pour une part non négligeable par des résidents. De plus, le programme de néphrologie pédiatrique de l'Université de Montréal n'aurait accueilli que cinq résidents en plus de 10 ans qu'il est surtout utile pour offrir un complément « pédiatrique » aux candidats de néphrologie adulte au nombre de 3 à 5 par an. On peut dire de même pour la neurologie pédiatrique où le nombre de résidents est restreint; du fait même de la nature de ce programme, les médecins formés s'orientent quasi obligatoirement vers une pratique en milieu académique.

En outre, selon la Conférence des vice-doyens, la question de la fréquentation des programmes ne peut être abordée qu'à travers la notion de qualité. « Tel petit programme tient justement sa force de son faible achalandage et de la qualité de l'exposition et de l'encadrement dont y bénéficient les résidents. L'intérêt et l'investissement des professeurs, la disponibilité de ressources sont ici primordiaux. » L'achalandage n'est qu'un indicateur parmi de multiples et, de surcroît, il n'est pas garant de la qualité.

Enfin, la perception qu'on peut avoir de l'isolement possible de ces résidents doit être nuancée : « un résident solitaire dans un milieu de formation [...] privé de l'enseignement par ses collègues et de l'émulation qu'ils suscitent », décrivait le COCERAP en 1984. Or, le résident d'un petit programme de sous-spécialité côtoie des collègues du tronc commun de la discipline, d'autres encore qui y viennent en stage électif, ainsi que des externes, « ce qui, en soi, contribue à façonner le modèle du rôle professionnel qui sera le sien ultérieurement¹⁰² ».

Toutefois, des programmes ont reconnu l'importance d'acquérir une certaine masse critique. Ainsi, à l'Université de Sherbrooke, la formation en ophtalmologie qui, en 1995, comptait 6 résidents, est maintenant concentrée en un seul site, permettant le regroupement des professeurs, de l'équipement et des résidents. Dans ce petit programme où résidents et professeurs ont des contacts quotidiens, il devient plus facile de suivre leur évolution et de corriger rapidement les problèmes organisationnels ou personnels. Le programme d'hématologie de Laval comporte des stages pour la formation en hématologie clinique et de laboratoire regroupés en majeure partie dans un seul milieu; le programme de neurologie s'y distingue par sa grande concentration, puisqu'il ne s'effectue pratiquement que dans un seul milieu (avec neurologues et neurochirurgiens) qui regroupe toute la gamme des pathologies neurologiques et des services affiliés aux sciences neurologiques.

Deux types de programmes faiblement fréquentés, ceux à *débit régulier* et ceux à *débit irrégulier*, peuvent être distingués. Ce sont les conditions de ce dernier type qui peuvent faire en sorte de décourager l'investissement personnel du corps professoral, sachant qu'un ou deux ans, sinon davantage, peuvent s'écouler avant qu'un résident ne s'inscrive. D'ailleurs, dans sa politique de changement de programme et transfert de faculté (adoptée en mars 1994 et modifiée le 7 février 1996), la Conférence des vice-doyens admettait que « la qualité et la viabilité des programmes dépendent pour une large part d'un achalandage *régulier* et suffisant ». La discontinuité de l'enseignement peut ici entraîner une baisse de qualité.

¹⁰¹ *Pertinence et complémentarité des programmes de formation médicale postdoctorale du Québec. La position des facultés de médecine, CVDFMQ, 1998.*

¹⁰² *Ibid.*

6.4.4 L'interdépendance de la formation et des soins offerts

Des facteurs additionnels doivent être pris en compte : les liens entre l'existence d'un programme de formation et la qualité des soins offerts dans une spécialité donnée, et les liens entre l'organisation d'un programme et l'organisation des soins. Par conséquent, on ne saurait ignorer, dans l'évaluation de la pertinence et de la complémentarité des programmes, l'impact de l'existence d'un programme de formation dans une région donnée sur l'organisation, l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population, ainsi que sur la planification des effectifs médicaux. « Par exemple, la neurochirurgie propose un réseau pour l'organisation des soins, la formation devrait en toute logique suivre le même mode d'organisation¹⁰³. »

Enfin, la disponibilité, sur place, de la formation dans une discipline donnée peut influencer, de façon significative, la possibilité d'y recruter des diplômés d'une faculté, soit qu'ils sont attachés à une région, soit qu'ils souhaitent poursuivre leur formation sous la supervision des professeurs mêmes qui ont fait naître leur intérêt pour telle discipline ou qui les y ont initiés. Par exemple, la formation des résidents en médecine familiale de McGill dans la région de Gatineau a eu un impact positif sur le recrutement de médecins de famille en Outaouais. La majorité des finissants de Sherbrooke en chirurgie orthopédique travaillent en région et ceux de médecine interne se répartissent dans plusieurs endroits du Québec (Drummondville, Arthabaska, Thetford Mines, Jonquière, Roberval, Rouyn-Noranda, Cowansville, Sept-Îles...). En corollaire, la formation en un lieu donné est tributaire de la prestation régulière de services cliniques. Il y a dix ans, on concluait que « trois critères semblent déterminants dans le choix d'un lieu d'exercice par les professionnels en général et par les médecins en particulier : les raisons familiales et sociales, les conditions de travail et les ressources disponibles dans les établissements¹⁰⁴. »

Tel que déjà mentionné, les résidents participent de façon intensive à la dispensation de l'enseignement et sont une composante incontournable de la structure de dispensation des soins. Aussi, est-il légitime de dire que le programme de spécialité dessert à la fois les objectifs de la formation et des soins à la population. D'une certaine manière, les résidents assurent la stabilité des deux systèmes correspondants et agissent tels un trait d'union entre eux.

Avec la création récente des CHU, les facultés de médecine se sont vues investies de nouvelles responsabilités, puisque ce sont elles qui en assurent la vie académique : leurs programmes de formation médicale postdoctorale revêtent ici une importance primordiale. Il faut souligner tout particulièrement « les liens entre l'existence d'un programme et la capacité d'une faculté ou d'un CHU de recruter et de garder en poste du personnel médical spécialisé ou surspécialisé, avec les retombées qu'on conçoit aisément sur le plan des soins et de la recherche¹⁰⁵. »

Enfin, pour la Conférence des vice-doyens, « il est probable que, dans bien des cas, l'élimination d'un programme dans une faculté n'entraînera aucune réduction des besoins en personnel médical, dont la présence restera indispensable pour la dispensation des soins, la formation à d'autres niveaux et la recherche. » Voilà, justement, une des particularités des programmes de spécialités médicales, tel qu'explicitée au **chapitre 5**, qu'environ les quatre cinquièmes du personnel veillant à la formation des résidents au Québec soit constitué de médecins hospitaliers non rémunérés par les universités.

¹⁰³ *Op. cit.*, CVDFMQ, 1998.

¹⁰⁴ *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Gouvernement du Québec, 1988, 803 pages

¹⁰⁵ Pertinence et complémentarité des programmes de formation médicale postdoctorale du Québec. La position des facultés de médecine, 1998.

6.5 Et aujourd'hui...

Les universités sont on ne peut plus conscientes des problématiques exposées dans le présent rapport. Elles ne sont pas opposées a priori à une forme de rationalisation de l'éventail de programmes qu'elles offrent aujourd'hui, mais, ont-elles tenu à rappeler, dans la mesure où tous les indicateurs, multiples et complexes, soient pris en compte et soigneusement soupesés. Dans ce domaine, où la formation peut réclamer jusqu'à onze ans, il est facile de regretter les décisions hâtives et les « mauvais calculs ».

La CVDFM, sensibilisée depuis quelques années à l'inévitable réflexion sur la rationalisation de l'offre de programmes de spécialités médicales, avait déjà envisagé de concentrer certains programmes dans une ou deux facultés tout en s'assurant que toutes puissent continuer d'y contribuer, notamment, en formalisant sous forme de politiques les mécanismes d'échanges et de transferts de résidents qui ont été élaborés au fil des années.

Tout séduisant soit-il, le principe du réseau peut s'avérer difficile d'application à des programmes accueillant un faible nombre d'étudiants, ceux-là mêmes précisément auxquels on serait tenté de le destiner. À ce jour, l'expérience de tels programmes s'est révélée plutôt décevante : à dire vrai, les deux programmes réseau actuels, ceux de gériatrie et de biochimie médicale, comptent, en dépit d'une administration plus centralisée, un directeur dans chaque faculté alors que, par définition, ce type de programme relève d'une direction unique. Il n'est pas interdit de penser, par ailleurs, qu'une meilleure organisation administrative puisse en réhabiliter les atouts. Malgré ce qui précède, les directeurs du programme de génétique médicale se sont dits en accord pour en examiner l'application dans cette spécialité où, au chapitre de la recherche, un haut degré de complémentarité s'est instauré entre les groupes de recherche dans les universités québécoises, notamment par l'entremise du réseau québécois en génétique médicale.

Également, on a signalé que des échanges réciproques pouvaient être envisagés entre des programmes qui, bien qu'a priori autonomes, peuvent présenter une complémentarité en termes d'organisation et d'objectifs.

C'est à la lumière des données contenues dans le présent rapport, en considérant le fort pourcentage du personnel enseignant pour lequel la formation aux étudiants et résidents s'intègre aux activités cliniques – environ 85 % – en considérant aussi les limitations intrinsèques de toute projection sur les besoins futurs en effectifs médicaux, et enfin, en posant que toute décision sur l'offre de programmes ne serait acceptable que dans la mesure où la qualité actuelle de la formation est maintenue ou améliorée, que la sous-commission sur les spécialités médicales formule les recommandations qui suivent. On insiste, en terminant, sur le fait que « au-delà de l'argument économique, seule la qualité des programmes doit être prise en compte. »

Recommandations

Les quelque 2000 médecins en résidence à l'heure actuelle se répartissent dans 57 programmes de spécialités et surspécialités, offerts dans quatre facultés et dans le cadre d'une formation postdoctorale pouvant s'étirer sur sept, voire sur neuf ans si l'on inclut les formations supplémentaires. Cela éclaire différemment la notion de masse critique que la Commission a eu coutume d'envisager à une toute autre échelle et dans un contexte bien différent. En effet, en spécialités médicales, on ne peut être plus loin de la salle de classe traditionnelle et de l'enseignement magistral puisque, tout en relevant de la responsabilité facultaire, la formation s'effectue sous forme de stages dans les établissements affiliés, les centres hospitaliers ayant été, jusqu'à récemment, les milieux de prédilection à ce chapitre.

Cette formation est aussi singularisée par les directives strictes émanant de la Table de concertation sur les effectifs médicaux sous forme de politique triennale révisée annuellement, qui établit le nombre de résidents qui pourront adhérer à telle ou telle autre spécialité. Il faut aussi compter avec l'intervention vigilante des organismes d'agrément, notamment le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les programmes et le Collège des médecins du Québec, dont l'agrément s'applique tant aux programmes qu'aux milieux de formation postdoctorale. Voilà donc un secteur où, comme on l'aura vu en génie, des instances extra-universitaires veillent régulièrement au respect des standards de qualité et d'adéquation de la formation dans les facultés mêmes et dans les établissements de santé qui leur sont affiliés.

Dans les circonstances, on comprendra sans peine que si une rationalisation s'opère dans le système de la santé et se traduit par la disparition, la mise en valeur ou le regroupement de certains établissements, les milieux de formation s'en trouvent naturellement rationalisés par un effet de décalque. La Commission est consciente des efforts antérieurs qui furent accomplis pour rationaliser les programmes : elle a souhaité, pour sa part, aborder cet examen dans une perspective de qualité et de développement concerté.

Un travail de rationalisation a déjà eu lieu

Ces dernières années, les facultés de médecine, à l'instar des autres facultés universitaires, se sont vues contraintes par les restrictions budgétaires à rationaliser leurs activités. La « rationalisation » a de plus fait naturellement son oeuvre par l'entrée successive des facultés dans l'offre de programmes de 1829 à 1966. L'Université de Sherbrooke, la cadette à cet égard, offre d'ailleurs plusieurs programmes en concertation, principalement sous forme de programmes par entente interuniversitaire, suivie en cette matière par la faculté de l'Université Laval.

La nature de la formation postdoctorale joue un rôle fondamental dans son organisation. En premier lieu, le mouvement des résidents d'un lieu de formation à l'autre est important. Cette migration, déjà implicite pour certains programmes, est encouragée par ailleurs par la modalité que constitue la carte mobile. Les facultés de médecine souscrivent d'ailleurs fortement au principe que la formation s'enrichit à raison des lieux et des types de pratiques auxquels les résidents auront été initiés. Qui plus est, la participation transversale des spécialités médicales, qui constitue le fondement même d'un département clinique, préside à des échanges naturels, nombreux et divers, entre les différentes spécialités.

La formation postdoctorale se voit aussi étroitement liée à la formation prédoctorale du fait que durant leur externat de 18 à 24 mois, les étudiants pré-M.D. sont eux-mêmes accueillis en institution affiliée au sein d'une structure pyramidale où médecins et résidents seniors veillent à l'enseignement. C'est dire qu'une même structure pourvoit à l'encadrement pré- et postdoctoral.

Globalement, 85 % des personnes qui enseignent à des résidents sont des médecins praticiens et 80 % n'ont avec les universités de liens qu'académiques et n'en reçoivent aucune rémunération, sinon, pour certaines, à la vacation. Plusieurs de ces médecins voient précisément dans la conjugaison de leurs activités cliniques et de la formation aux jeunes médecins, un attrait supplémentaire pour pratiquer dans les établissements de santé où cette alliance est possible. Les professeurs universitaires proprement dits sont engagés dans la formation au premier cycle en médecine même, mais également dans les autres disciplines de la santé.

Car, s'il faut le rappeler, une faculté de médecine ne se résume pas, loin de là, à la formation des médecins. Elle abrite souvent de nombreuses autres disciplines de la santé (ergothérapie, physiothérapie, sciences infirmières, administration de la santé) et des sciences fondamentales (biochimie, microbiologie, pharmacologie, anatomie...), fréquentées par des non-médecins au premier cycle et aux études supérieures et avec lesquelles des échanges en matière de formation sont naturellement établis.

Prémisse 1

Un travail de rationalisation a déjà eu lieu, ce dont témoigne la mise sur pied au cours des vingt dernières années de programmes réseau, associés ou fonctionnant en vertu d'une entente interuniversitaire. À la faveur de la carte mobile, une modalité propre à la formation post-M.D., on assiste, entre les facultés, à une ouverture sans précédent des milieux de formation qui leur sont respectivement affiliés.

La concertation existe aussi à l'intérieur d'un même établissement, telle que démontrée par les tronc communs importants et les relations entre spécialités qui, traditionnellement, sous-tendent les départements cliniques.

Les facultés de médecine ne peuvent que gagner à faire connaître davantage les nombreuses collaborations existantes, ce travail d'information leur revenant en propre.

Interdépendance entre la formation postdoctorale et la dispensation des soins en un lieu donné

La formation dispensée aux résidents et leur apprentissage des compétences et attitudes voulues dépendent étroitement de la possibilité pour eux d'observer, de participer et d'exécuter sous supervision les gestes cliniques propres à la discipline. Comme l'a montré d'abondance le rapport, la formation postdoctorale est directement tributaire de la dispensation des soins en un lieu donné et de la participation volontaire de médecins dans les établissements affiliés à une faculté de médecine.

En contrepartie, les médecins résidents assurent souvent la masse critique pour le fonctionnement des CHU et les résidents seniors assument une partie essentielle de l'enseignement aux résidents juniors et aux étudiants externes au sein de l'unité d'enseignement clinique. Leur contribution aux soins est telle que les établissements de santé en tiennent compte pour la planification et l'organisation des soins.

La mutualité qui préside aux relations entre le système de santé et le système de formation pose un problème « en spirale ». En effet, le retrait de programmes de formation postdoctoraux dans une faculté donnée priverait, à court terme, les hôpitaux affiliés de cette contribution que font les résidents aux soins à la population et à l'enseignement aux pairs et, à plus long terme, nuirait au recrutement et à la rétention de médecins dans la région où est sise la faculté. Le geste s'avérerait pour le moins hasardeux alors que les facultés ont d'ores et déjà convenu de mécanismes de collaboration pour assurer à l'ensemble des résidents du Québec une formation complète et de la plus haute qualité.

Si la création du programme associé en santé communautaire fut entourée de conditions si favorables, cela tient à plusieurs raisons concomitantes, mais surtout au fait que l'association des programmes préexistants a bénéficié de la

fusion antérieure des départements de santé communautaire sur l'île de Montréal. Cet exemple vient témoigner de la symbiose entre les systèmes de soins et de formation.

Prémisse 2

En raison de la nature même de la formation des résidents, la dispensation de l'enseignement en spécialités médicales est étroitement liée à l'organisation des soins de santé en un lieu donné, et réciproquement. Par conséquent, la sous-commission estime que les programmes de spécialités de niveau local doivent être dispensés par les quatre facultés.

Par ailleurs, elle est consciente du fait que la disparition, en un lieu donné, d'un programme de formation pourrait résulter, à terme, en la fragilisation des soins dans la spécialité correspondante.

Formation et recherche sont indissociables

Dès l'heure où la médecine est entrée résolument dans l'ère scientifique, soit vers la fin du XIX^e siècle, les activités de recherche font partie intégrante du corpus de connaissances de l'enseignement médical. Mais en outre, elles sont devenues avec le temps une activité que le médecin en formation cumule de plus en plus souvent avec son apprentissage clinique.

Les valeurs de subventions présentées dans le rapport sont révélatrices de l'intensité de la recherche médicale, clinique ou fondamentale. Forts de près d'un quart de milliard de dollars, provenant annuellement de sources aussi bien privées que publiques, ces deux volets sont typiquement bien représentés dans les facultés de médecine. Et si on présume que les résidents sont davantage enclins à s'adonner à la recherche clinique, ils sont nombreux à s'intéresser, à l'instar des chercheurs provenant des autres disciplines de la santé, à la recherche fondamentale. Le médecin-chercheur, qui allie la pratique clinique et le laboratoire, est un type de praticien couramment rencontré dans les centres hospitaliers universitaires. Ce mariage crée un environnement stimulant non seulement pour ces médecins, mais aussi pour leurs collègues plus jeunes.

Ce n'est pas tout. Une faculté de médecine entraîne dans sa périphérie, par un effet de tropisme bien connu, une constellation d'entreprises de haute technologie et de service créatrices d'emploi. Elle a donc des incidences incalculables, non seulement sur le fonctionnement même de la formation médicale et sur la capacité du système de soins à assurer sa mission de qualité et d'accessibilité, mais aussi sur la vigueur économique de la région où elle se trouve.

Prémisse 3

Compte tenu de l'intense activité de recherche biomédicale et clinique dans ce secteur d'enseignement, compte tenu aussi du fait que les résidents, dans le cadre de plusieurs des programmes de formation, sont appelés à s'initier à la recherche pour des durées allant jusqu'à deux années, il faut poser la symbiose croissante entre la formation médicale et la formation à la recherche. D'autant qu'une double appartenance, à la dispensation des soins et à la poursuite d'activités de recherche, est non seulement fort prisée, mais de plus en plus encouragée, surtout quant au recrutement universitaire.

Compte tenu de ce qui précède, la Commission soutient que la dispensation de l'enseignement en spécialités médicales est étroitement liée aux activités et réseaux de recherche, lesquels devraient favoriser, sinon sous-tendre la concertation ultérieure des programmes correspondants.

Ce préambule s'imposait pour rappeler l'équilibre complexe et délicat qui régit les relations entre les systèmes de la santé et de la formation, entre les niveaux de formation pré et postdoctoraux, entre les différents programmes postdoctoraux au sein d'une même faculté et enfin, entre ceux-ci et les autres programmes des sciences de la santé. Cet équilibre, qu'il fut permis d'atteindre avec le temps, procède de ce qu'on peut appeler une approche rationnelle et pragmatique, parente dans sa perspective de la conception de rationalisation durable que la Commission a adoptée depuis le début de ses travaux. Il importe ici de rappeler que les universités n'ont hérité, que depuis 30 ans à peine, de la responsabilité de la formation postdoctorale, jusqu'alors prise en charge par les institutions hospitalières. Il faut être conscient du chemin parcouru ces dernières décennies durant lesquelles les quatre facultés ont entretenu des relations soutenues et harmonisé leurs actions de formation, notamment par la triple entremise de la Conférence des doyens, de celle des vice-doyens des facultés de médecine et du Groupe de travail sur les affaires médicales (MEDU) qui poursuit ses activités dans le cadre de la CREPUQ, ainsi que par la présence conjointe des deux premiers au sein d'autres instances, dont le Collège des médecins du Québec.

Lorsqu'on aborde les véritables enjeux de la rationalisation dans le secteur des spécialités médicales, il ressort que la prime attention doit être portée à l'adaptation courante aux besoins et aux connaissances dans une perspective globale, ce que vise le réseautage et un meilleur équilibre pour desservir les régions. Les facultés doivent donc mettre en place des structures qui leur permettront d'y procéder efficacement.

Structuration dans une perspective d'avenir : les « Tables des directeurs »

La formation médicale est inscrite dans l'évolution aussi bien des pratiques que des technologies médicales. Jamais, comme dans les dix dernières années, n'a-t-on vu apparaître et s'implanter avec une telle rapidité de nouveaux moyens préventifs, diagnostiques, thérapeutiques, palliatifs et de support. On ne peut prévoir exactement comment les pratiques et les technologies évolueront conjointement ni l'équilibre de leurs influences réciproques et leur impact sur le système organisationnel et de soutien à l'intérieur duquel les soins sont dispensés.

Chose certaine, toutefois, l'environnement de la formation médicale se verra sensiblement modifié, à la fois par des forces internes et externes. Déjà, les médecins résidents ont déploré publiquement la difficulté actuelle des programmes de formation postdoctorale à s'adapter aux changements qui surviennent dans le réseau de la santé et le retard scientifique qu'eux-mêmes accusent sur la scène internationale.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) marque une forte présence tout au long du rapport, et pour cause, puisque cet organisme intervient dans tous les dossiers ayant trait à l'exercice de la médecine. En amont, par l'agrément des programmes post-M.D. et des milieux de formation, ainsi que par l'émission du certificat d'immatriculation aux étudiants prédoctoraux, de la carte de stage aux résidents et des permis d'exercice et certificats après leur réussite aux examens du Collège. En aval, par les nombreux autres comités mentionnés au chapitre 4 qui pilotent divers dossiers relatifs à la pratique médicale, à ses retombées sociales et au respect du Code de déontologie.

Le Collège comporte, notamment, des comités de spécialités et un comité de médecine familiale qui, chacun, réunissent annuellement les directeurs de programmes des quatre facultés, un représentant de l'association professionnelle concernée et un médecin de la Direction des études médicales de l'organisme. Or, malgré l'intérêt de ces comités par ailleurs, leur initiative revient entièrement au CMQ et les discussions, qui gravitent autour des normes de formation, des critères d'agrément et des modes d'évaluation, ne s'attachent pas étroitement aux préoccupations quotidiennes, surtout d'ordre pédagogique, des directeurs de programme.

Pourtant, ce ne sont pas les matières qui manquent : les questions académiques, celles relatives aux programmes – leur administration, leur évaluation, leur développement, leur adaptation à l'évolution des connaissances et des besoins de formation –, les besoins d'interdisciplinarité pour asseoir les programmes, les nouvelles initiatives pédagogiques, les problématiques particulières du corps enseignant, ainsi que les enjeux départementaux et facultaires. Par exemple, on devrait voir une suggestion d'actions concertées dans les pénuries actuelles et anticipées de personnel enseignant dans certains programmes de spécialités, et à plus forte raison lorsque cette pénurie affecte ou menace plus d'une faculté pour le même programme. Des tables qui réuniraient les directeurs de programmes à

leur propre initiative présenteraient l'atout majeur de déplacer le centre de gravité des discussions et de situer au premier plan les préoccupations qui sont celles des programmes de formation. Les tables envisagées seraient redevables auprès de la Conférence des doyens des facultés de médecine, alors que les comités actuels le sont au Collège et y acheminent directement leurs recommandations.

Il est difficile de statuer sur la nature souhaitable des relations entre les programmes d'une même spécialité ou de différentes spécialités, non seulement parce que les variables sont innombrables et étroitement solidaires, mais aussi parce que ces variables se modifient – le présent contexte de configuration du réseau de santé vient nous le rappeler – et sont appelées à se modifier encore. Également, parce que, à l'intérieur d'une même faculté, les programmes entretiennent des liens nombreux et indissociables pour la formation, de sorte que la disparition de certains d'entre eux laisserait inmanquablement des claires-voies dans le curriculum des autres.

Ce sont donc, au premier chef, les directeurs de programmes avec les professeurs, qui sont appelés à juger de l'arrangement qui convient le mieux à la formation postdoctorale dans leur spécialité, en considération de la situation particulière qui est celle de la spécialité en question et de l'évolution des conjonctures, globales et individuelles : croissance de la demande ou sa discontinuité dans certaines facultés, problématique générale et particulière de la fréquentation des étudiants, diminution momentanée ou durable des contingents autorisés, contraction ou accroissement du corps professoral, émergence ou déclin de spécialités ou de surspécialités, nouvelle dynamique des professions, etc.

Quelle que soit la nature, l'ampleur et la rapidité des changements à survenir dans le champ des spécialités médicales, changements dont on sait qu'ils surviendront inmanquablement, ces tables seraient des lieux de discussion privilégiés où pourraient être couramment mis au jour des problèmes communs, mais surtout où pourraient émerger des solutions communes et en concertation, qui permettraient 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. Par exemple, des programmes offerts également par les quatre facultés peuvent présenter une complémentarité en termes d'objectifs et d'organisation. C'est le cas, par exemple, en médecine interne ou dans d'autres programmes de base, où des échanges réciproques entre les quatre facultés, a priori autonomes, pourraient s'avérer bénéfiques pour toutes.

Une structure permanente de discussion, de concertation et en quelque sorte, de « veille académique et pédagogique » serait à même d'amener et de concrétiser des mesures de concertation au diapason des transformations présentes et futures des disciplines médicales et du système de dispensation des soins aux personnes. La sous-commission est encline à imaginer une structure au fonctionnement tel qu'il limiterait au minimum les dispositifs administratifs tout en lui permettant de s'installer dans la durée par une transmission efficace des informations entre les générations successives de directeurs. Par contre, il faut veiller à ce que la forme d'organisation suggérée ici, qui partage des intersections avec le mécanisme de consultation déjà instauré par le Collège des médecins, ne vienne s'y superposer inutilement.

La participation des résidents, qui distinguerait ces tables des comités du Collège, sera laissée à la discrétion de chacune, quoique la sous-commission estime qu'elle serait, à bien des égards, pertinente et profitable.

Recommandation 1

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.

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.

Les programmes réseaux : définir les conditions de succès

Selon la définition qui fut consacrée en 1984 par le COCERAP, un programme réseau réunit les quatre facultés québécoises; il utilise les ressources des centres hospitaliers qui leur sont affiliés et relève d'un directeur unique. Les candidats de toutes les facultés s'inscrivent dans ce seul programme et y sont admis en vertu de critères uniformément appliqués.

Jusqu'à ce jour, deux programmes réseaux ont été implantés avec un succès mitigé, ceux de biochimie médicale et de gériatrie. La première est une spécialité dite de laboratoire, au même titre que la pathologie et la microbiologie médicale. La jeune discipline qu'est la gériatrie devait adopter ce mode d'organisation dans la foulée des travaux du Comité COCERAP de 1987.

À plusieurs reprises, les membres de la sous-commission ont souligné l'écart qui existait entre la lettre du principe réseau et son application, alors que chaque programme censé être régi d'un seul endroit et relever d'un directeur unique, se voit en fait couronné par autant de directeurs qu'il y a de facultés impliquées. Mais on reconnaît que la formule réseau aura permis d'instaurer la discussion entre les directeurs, d'accroître les échanges entre les programmes et de sensibiliser les résidents à la possibilité de stages dans d'autres facultés, ce qui en soi encourage la mobilité.

Les programmes de biochimie médicale et de gériatrie peuvent à juste titre être considérés comme les prototypes du réseau dans les spécialités médicales et certainement, leurs difficultés et leurs succès gagneraient à être connues. En effet, souhaiterait-on appliquer le principe qu'il faut éviter que les programmes qui en sont issus n'aient de réseau que le nom. L'explicitation des conditions de réussite d'un tel fonctionnement poserait de précieuses balises pour toute initiative ultérieure en ce sens. Quels sont les impedimenta à une application rationnelle et efficace du principe ? Quelles sont les raisons matérielles, structurelles ou prosaïquement administratives qui en minent l'efficacité ? Quelles sont celles qui en assurent l'efficience ? C'est ce que les directeurs des programmes concernés sont invités à faire connaître à la Commission et à la Conférence des vice-doyens. Sachant qu'une gestion fautive peut annihiler tous les efforts de mise en réseau, ces défis d'organisation qui attendent les prochains programmes réseau doivent être connus avant que d'être relevés.

Recommandation 2

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.

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.

Accroissement des collaborations entre les programmes

L'examen de différentes formes de collaboration, souples ou plus formelles, semble s'imposer d'autant plus que le contingentement québécois des postes de résidence, parfois très serré, dans certaines spécialités, comme c'est le cas, par exemple, en dermatologie, en endocrinologie ou en santé communautaire, fait en sorte que leur répartition entre les facultés impliquées peut se traduire par l'entrée annuelle d'un seul résident par programme. Ne serait-il pas opportun, dans ces conditions, d'optimiser l'utilisation des ressources professorales et de favoriser l'interaction entre les résidents en formation en les concentrant en un nombre plus restreint de sites de formation ? Déjà, certains programmes, tels la neurologie à Laval ou l'endocrinologie à l'Université de Montréal, ont fait des efforts importants, ces dernières années, pour regrouper leur corps professoral afin d'assurer, de leurs propres mots, les conditions nécessaires à un enseignement dynamique, structuré et stimulant, bref, à un enseignement optimal.

La génétique médicale, spécialité de niveau suprarégional, repose au Québec sur un solide réseau de recherche au sein duquel les quatre facultés font une contribution complémentaire et qui, en soi, trace certaines lignes de force. Une des caractéristiques du programme est l'association étroite entre le secteur clinique, les laboratoires de service génétique et les laboratoires de recherche. Les directeurs des deux programmes actuels, ceux de l'Université de Montréal et de McGill où le programme est offert depuis 1996 seulement, se sont dits en accord pour explorer l'hypothèse d'une mise en commun plus étroite de la formation dans cette spécialité, qui, le cas échéant, pourrait adopter la forme réseau et introduire ainsi Laval et l'Université de Sherbrooke dans l'offre de formation.

La microbiologie médicale est une spécialité dite de laboratoire, et partant, profondément ancrée dans la pratique de recherche, cela dit sans nier sa forte composante clinique, amenée par le volet infectiologie. Les quatre facultés sont déjà inscrites dans l'offre du programme de formation, l'Université de Sherbrooke par une entente interuniversitaire avec McGill pour deux mois de formation dans certains domaines cliniques de la spécialité.

La médecine nucléaire, pour sa part, est offerte par les deux facultés montréalaises et par celle de Sherbrooke, et repose sur une plate-forme technique imposante. En 1980, le scénario envisagé par le Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialités médicales prévoyait que les programmes de médecine nucléaire et de microbiologie et infectiologie, entre autres, ne seraient plus desservis que par un seul programme complet rapatrié, respectivement, à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal. Il faut rappeler aussi que la médecine nucléaire est l'une des neuf spécialités dont le Collège des médecins déplorait, en 1997, le maintien dans toutes les facultés.

Enfin, la neurochirurgie, spécialité de niveau suprarégional, est offerte par les quatre facultés de médecine québécoises, sous la forme de programmes complets pour les deux universités montréalaises et de programmes par entente interuniversitaire pour les facultés de Québec et de Sherbrooke. Les neurochirurgiens ont déjà soulevé l'hypothèse d'un mode provincial de dispensation des soins et sa transposition sur le plan de la formation apparaît naturelle. Il est vrai que les précédentes suggestions de réseautage pour cette spécialité ont été accueillies pour le moins tièdement, mais il faut compter avec la reconfiguration du réseau de la santé, qui devrait ici servir de promoteur et catalyser la transposition du réseau des soins en neurochirurgie dans le domaine de la formation, comme ce fut le cas pour la santé communautaire.

De façon générale, la Commission est d'avis que le principe du réseau vaut d'être expérimenté à la lumière des avantages scientifiques et humains qu'il est à même de procurer. Mais elle ajoute que ce projet ne saurait être justifié sur ces mêmes plans qu'à la condition expresse que la formule fonctionne dans le respect de son principe, à savoir un directeur unique, une utilisation optimale des ressources des centres hospitaliers affiliés aux facultés et des autres milieux d'apprentissage, une centralisation au besoin de certaines activités et, sans doute aussi, un guichet unique pour les admissions. Cette prescription vient répondre aux craintes du CMQ de voir ces programmes réseau, dont il avait lui-même envisagé la création dans l'un de ses scénarios de 1997, évoluer en fait vers des « mini-programmes », annulant du coup les efforts de rationalisation qui les inspirent. En tout état de cause, il appert qu'une mise en réseau de la formation présente plus de chances de réussite si elle coïncide avec un réseau de soins ou de recherche.

D'autres formes de collaboration sont à envisager selon les besoins et les possibilités, et au meilleur avantage de la formation, tels les programmes conjoints ou associés. Les bénéfices, les possibilités et la nature de la collaboration tiendront compte de divers paramètres, dont les ressources à la disposition des programmes actuels, leur fréquentation par les résidents et la concentration géographique. Cette dernière est le fait de tous les programmes offerts simultanément par les deux universités montréalaises, et parfois exclusivement par elles, dont les surspécialités pédiatriques et certaines surspécialités chirurgicales : le tableau 2.1 est éloquent sur ce point. En vertu des critères avancés plus haut, un examen plus approfondi dans certaines spécialités, dont anatomo-pathologie, chirurgie vasculaire, endocrinologie, hématologie, néphrologie, neuropathologie, neuroradiologie, oncologie médicale, pneumologie, radiooncologie et rhumatologie, pourrait s'avérer particulièrement profitable. Il appartient aux directeurs des programmes actuels, en tirant parti de la synergie amenée par les tables des directeurs, de faire la lecture la plus objective et la plus éclairée possible de la situation de la formation dans leur spécialité respective. Sans doute, aussi, leur faudra-t-il prendre en considération, dans leur réflexion et la définition des modalités de ces nouveaux formats de programmes, certains aspects pratiques (transport, logement, etc.) avec lesquels devront composer les résidents.

Sans nier les difficultés pour amener la réalisation de nouvelles formes de concertation et de collaboration, on est confiant que l'importante responsabilité confiée ici aux directeurs de programme sera fructueuse et porteuse de résultats rapides et concluants pour toutes les raisons mentionnées dans le préambule de la recommandation 1.

Recommandation 3

La Commission invite tous les directeurs de programme à se pencher sur des modalités de collaborations 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.

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. 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.

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, radiooncologie, rhumatologie, ainsi que les sur et sous-spécialités de la pédiatrie.

Les directeurs de programme devront faire rapport à la Commission des conclusions de leurs délibérations, d'ici la fin de l'année 1999.

Concertation pour les cours de base

Il est certain que l'examen demandé plus haut aux directeurs de programmes devrait permettre de tisser des relations encore plus nourries entre les quatre facultés de médecine québécoises. Or, à une autre échelle, à l'intérieur du même programme et entre les programmes, des cours de base pourraient faire l'objet d'un partage et réunir des résidents de différentes spécialités, venant de différentes universités.

Ici, la donne géographique joue assez fortement, les sous-commissions antérieures l'ont montré, pour qu'une concertation soit plus spontanément envisagée entre les deux universités montréalaises. Cela dit, McGill et l'Université de Montréal, favorisées par leur proximité, poursuivent déjà entre elles plusieurs échanges. La sous-commission a estimé qu'il pourrait être opportun que les deux universités examinent d'une façon systématique les possibilités de concentrer en un seul lieu l'enseignement de cours précis, soit qu'une université soit explicitement désignée pour l'offre d'un cours, soit que des cours soient identifiés pour être dispensés en alternance. Mais cette collaboration ne doit pas s'arrêter là.

La médecine a su mettre à profit, de façon remarquable, les moyens de la télématique. Les programmes de cardiologie et d'endocrinologie de l'Université de Montréal font appel au télé-enseignement; de même à McGill où les télé-conférences forment une partie du programme de cytopathologie. C'est dire que le télé-enseignement est un moyen d'ores et déjà utilisé pour rapprocher les milieux de formation et que, éventuellement, Laval et Sherbrooke pourraient, par ce média et dans un deuxième temps, s'arrimer à l'offre conjointe de cours des deux universités montréalaises.

En même temps, on assiste à une implantation progressive de la technologie dans le secteur de la santé. En effet, d'importants chantiers sont en cours pour tester la transmission de données entre des médecins en clinique privée et le centre hospitalier régional. Dans la région montréalaise, le projet CHARL (Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval), un centre de soins virtuel, a été préparé ces quelques dernières années par une centaine de professionnels de la santé. Dans la sous-région de Beauce-Etchemin, il est question de ERRIIC (Expérimentation de requêtes et résultats intégrés des informations cliniques). C'est sans compter les télé-conférences qui relient les équipes médicales. Ne parle-t-on pas également de la carte santé à puce que le MSSS entend déployer dans toute la province dès l'an 2000. Ce début de familiarité avec la technologie devrait en faciliter l'implantation à des fins de partage entre les facultés. Il serait opportun ici que les programmes de formation qui ont expérimenté ou entendent expérimenter le télé-enseignement fassent part aux autres de leur « examen des lieux ».

Depuis le début de ses travaux, la Commission n'a pas caché son intérêt pour les promesses que recèlent les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et s'est montrée ouverte à leur expérimentation dans un contexte de formation. On peut espérer que, dans le secteur de la médecine où ces technologies sont déjà utilisées à des fins d'enseignement et de réseautage, les programmes n'hésiteront pas, si le besoin s'en manifeste, à y faire appel de façon judicieuse.

Recommandation 4

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.

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.

En terminant, il convient de signaler que cette rationalisation des programmes de formation doit pouvoir se faire dans un climat favorable et compter sur le support des établissements affiliés.

L'avancement de la recherche dans les sciences biomédicales, biocliniques, en épidémiologie et le développement technologique fulgurant de la dernière décennie sont des facteurs qui ont influencé la pratique médicale. Les exigences à l'endroit du médecin praticien s'en trouvent accrues et la réforme de l'organisation du système de santé québécois, amorcée depuis 1995, constituent autant d'éléments marquant la pratique professionnelle médicale que la formation en médecine générale et dans les spécialités.

Depuis 1988, les quatre facultés de médecine, celles de Laval, de McGill, de Montréal et de Sherbrooke ont restructuré la formation au premier cycle, en l'articulant entre une étape dite préclinique de deux ans et une autre dite clinique pour la troisième et la quatrième année. Cette réarticulation des programmes a entraîné le développement de méthodes pédagogiques afin d'équilibrer la formation entre l'acquisition des connaissances scientifiques de base et l'apprentissage d'aptitudes professionnelles à transférer dès la troisième année de la scolarité dans le cadre de l'internat. La méthode d'apprentissage, appelée par problème (APP), est mise en application dans trois des quatre facultés et celle par situation clinique a été adoptée depuis par l'Université McGill.

Ainsi, la formation prédoctorale et postdoctorale est indissociable du milieu clinique, où s'exerce l'externat, et de l'apport d'un corps médical clinicien sans qui la formation universitaire des résidents risquerait d'être lacunaire. En raison de l'évolution scientifique et de la transformation du milieu de la santé au Québec, suite à la publication du rapport Rochon en 1988, le milieu médical et, en corollaire, la formation universitaire prédoctorale et postdoctorale ont été de manière régulière soumis à des exercices de réflexion et de rationalisation sur la profession et sur la formation.

Entre 1980 et 1987, le Collège des médecins du Québec a formé deux comités d'étude et de rationalisation des programmes (le Cocerap et le Cocerap II) afin de faire l'examen des programmes de formation postdoctorale. Et, plus récemment en 1997, en raison de la situation récente du système de la santé et des restrictions budgétaires importantes dans le milieu de l'éducation, le CMQ jugeait nécessaire de faire un nouvel examen de la programmation en formation prédoctorale et postdoctorale.

Le présent rapport fut donc élaboré dans la continuité de ces étapes importantes de réflexion sur la formation prédoctorale et postdoctorale en tenant compte, bien sûr, de la complexité de l'organisation de cette formation et de l'implication du milieu hospitalier.

Dans la formulation des recommandations, la Commission a aussi pris en compte le fait que les programmes pré et postdoctoraux sont soumis à deux organismes d'agrément, le CMQ et le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada qui veillent au respect des standards de qualité de la formation et à leur adéquation dans les facultés mêmes et dans les établissements de santé affiliés. Aussi, la Commission a retenu que le nombre de résidents est régulé par des directives strictes qui émanent de la Table de concertation sur les effectifs médicaux sur une base annuelle et, d'autre part, de la Conférence des vice-doyens aux études postdoctorales des facultés de médecine qui établit la migration des résidents entre les programmes de spécialités des universités.

La Commission avait donc conscience que la formation postdoctorale dans les différentes spécialités médicales est intriquée à la trame de l'infrastructure du système de la santé au Québec et que ses recommandations ne devaient pas engendrer de conséquences néfastes sur la dispensation de soins ou de services de santé à une collectivité donnée. Et fidèle à son mandat, la Commission a cherché à consolider l'offre de programmes existante dans sa mise en rapport avec des effectifs étudiants dans chacun des programmes de même qu'en considérant le nombre de professeurs qui assurent les enseignements dans ces programmes. L'offre de programmes est révélatrice à ce sujet car elle fait état des efforts de concertation des établissements universitaires, plusieurs programmes ont fait l'objet d'entente interuniversitaire. Cependant, nous constatons que seules deux spécialités ont été mises en réseau. La recommandation 1 vise à faciliter la concertation entre les facultés afin d'assurer la circulation des informations sur les expériences de collaboration antérieures. Les représentants facultaires ont fait valoir le besoin de réunir les

directeurs des programmes qui sont, au premier chef, à même de juger des arrangements des plus adéquats pour leur discipline aussi bien de la situation particulière d'une discipline que de son évolution. C'est pourquoi la Commission invite les facultés, après évaluation des expériences antérieures, à étendre ce type de programmes à d'autres spécialités postdoctorales. Nous croyons qu'ainsi nous arriverons à consolider les programmes dans les spécialités et à développer des concertations pour regrouper des compétences entre les établissements universitaires afin d'enrichir la formation de base dans la spécialité et de répondre au problème du faible nombre d'étudiants dans certains cours. La Commission invite, d'ailleurs, tous les directeurs de programmes à se pencher sur l'évaluation de formes de collaborations accrues entre les facultés pour un même programme. Sans nier les difficultés pour arriver à la réalisation de nouvelles formes de concertation et de collaboration, la Commission est consciente de l'importance de la responsabilité confiée aux directeurs de programme et est confiante qu'ils arrivent à des résultats concluants.

La Commission espère intervenir par son rapport en ajoutant un jalon de plus dans la voie de l'accroissement de la qualité de la formation dans les spécialités médicales à une période où dans un système de santé en mutation, il faut concevoir une formation qui augure des pratiques de l'avenir.

**Membres de la
Commission des universités sur les programmes**

Président

Michel Gervais

Membres

Jacques Bachand	Directeur des études de 1 ^{er} cycle, Université du Québec
Diane Brousseau	Agente de secrétariat, Université Laval
Alain Cournoyer	Étudiant, doctorat en génie physique, École Polytechnique
Nick de Takacsy	Vice-recteur adjoint à l'enseignement, Université McGill
Roger Devault	Adjoint au directeur des études de 1 ^{er} cycle, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke
Louis Gendreau	Directeur des programmes d'enseignement et de recherche, Ministère de l'Éducation du Québec
Claude Godbout	Vice-recteur aux affaires académiques et étudiantes, Université Laval
Henri Habib	Professeur, Département des sciences politiques, Université Concordia
Michel Harvey	Ingénieur conseil et président, ISOCO Construction inc., Chicoutimi
Sam Johnston	Étudiante, baccalauréat en études russes et slaves, Université McGill
Mario Laforest	Doyen, Faculté d'Éducation, Université de Sherbrooke
André Lamoureux	Chargé de cours, Département des relations industrielles et Faculté d'éducation permanente, Université de Montréal
Serge Montplaisir	Professeur, Département de microbiologie et d'immunologie, Université de Montréal
Louise Poissant	Professeure, Département des arts plastiques, Université du Québec à Montréal
Louis Raymond	Professeur, Département des sciences de la gestion et de l'économie, Université du Québec à Trois-Rivières
René Séguin	Étudiant, certificat en gestion du commerce de détail et distribution, École des Hautes Études Commerciales

Secrétariat permanent

Louise Dusseault-Letocha	Secrétaire générale
Isabelle Carreau	Chargée de recherche
Réjean Drolet	Chargé de recherche
Edmond-Louis Dussault	Chargé de recherche
Alain Lacombe	Chargé de recherche
Nicolas Marchand	Chargé de recherche
Pascale Ouellette	Chargée de recherche

Annexe B

Membres de la sous-commission sur les spécialités médicales

Président

Richard Gagné	Vice-doyen aux affaires cliniques, Faculté de médecine, Université Laval
---------------	---

Membres

Robert Amyot	Vice-doyen aux études médicales postdoctorales et affaires hospitalières, Université de Montréal
--------------	---

Michel Bérard	Membre externe
---------------	----------------

Ronald Bourgeois	Résident en médecine interne, Université de Sherbrooke
------------------	--

Sophie Collins	Externe junior, Université Laval
----------------	----------------------------------

Louise Dusseault-Letocha	Secrétaire générale, Commission des universités sur les programmes
--------------------------	---

Michel Gervais	Président, Commission des universités sur les programmes
----------------	--

Marc Lalonde	Membre externe
--------------	----------------

Denis Lepage	Vice-doyen aux études médicales postdoctorales, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
--------------	--

Anne-Marie MacLellan	Vice-doyenne à la formation postdoctorale et affaires professionnelles, Faculté de médecine, Université McGill
----------------------	---

Pascale Ouellet	Chargée de recherche, Commission des universités sur les programmes, et secrétaire de la sous-commission
-----------------	---

Annexe C Ententes interuniversitaires : statistiques sur les bordereaux de transfert et la mobilité des résidents, pour les années académiques 1996 et 1997

1996					1997															
	Laval		McGill		UdeM		UdeS		Laval		McGill		UdeM		UdeS					
Programmes	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Nb pér.	Univ. accueil	Total (96 et 97)			
Anatomo-pathologie	2	UdeM	2	UdeM	4	McGill	13	McGill	11	UdeM	6	UdeM	4	McGill	13	McGill	78			
Anesthésie	6	UdeM	21	UdeM	2	McGill	15	UdeM	23	UdeM	13	UdeM	2	McGill	8	UdeM	91			
Biochimie médicale			10	UdeM							2	UdeM	13	Laval	9	UdeM	36			
											11	Laval								
Cardiologie			38	UdeM							10	UdeM	26	McGill			88			
			1	Laval									13	Laval						
• pédiatrique			1	UdeM							1	UdeM	1	UdeS			3			
Chirurgie cardiaque			3	UdeM	2	McGill					3	UdeM					8			
Chirurgie thoracique													7	Laval			7			
Chirurgie vasculaire					2	McGill											2			
Chirurgie générale	36	UdeM	5	UdeM			2	McGill	24	UdeM					29	UdeM	96			
Chirurgie plastique			3	UdeM			22	UdeM			6	UdeM					31			
Chirurgie orthopédique			2	UdeM	3	McGill	2	UdeM	3	UdeM			24	McGill	24	UdeM	64			
											6	Laval								
Dermatologie	1	McGill			2	McGill			3	UdeM	2,5	UdeM					9,5			
Endocrinologie			4	UdeM			7	UdeM			10	UdeM	1	McGill			21			
• pédiatrique					1	McGill											1			
Gastroentérologie			6	UdeM	3	McGill	3	UdeM			3	UdeM			10	UdeM	25			
• pédiatrique			11	UdeM													11			
Génétique médicale													4	McGill			4			
Gériatrie	22	UdeM	2	UdeM	10	McGill							6	McGill			58			
	2	McGill							16	McGill										
Hématologie	6	UdeM	4	UdeM					10	UdeM	13	UdeM					34			
	1	McGill									3	UdeM					3			
• pédiatrique																				
Médecine familiale	13	UdeS	4	UdeM	11	McGill	6	UdeM	2	UdeS			24	McGill	5	McGill	93,5			
	7	UdeM	1	UdeS	3	UdeS			4	UdeM	2,5	UdeM	4	Laval	7	UdeM				
Médecine d'urgence	1	UdeM			2	Laval	12	McGill	5	UdeM			13	UdeS	5	McGill	72			
							2	UdeM					26	McGill	6	UdeM				
Médecine interne	11	UdeM	1	UdeM			6	Laval	5	UdeM	4	UdeM	5	McGill	2	McGill	40			
	4	McGill					1	UdeM							1	UdeM				
Médecine nucléaire			3	UdeS			1	McGill							3	Laval	26			
							13	UdeM							1	McGill				
															5	UdeM				
Microbiologie-infectiologie	1	UdeM			4	McGill	5	UdeM	1	UdeM			2	McGill			13			
• pédiatrique			3	UdeM							3	UdeM					6			
Neurochirurgie	3	UdeM			3	McGill	4	Laval	13	UdeM	3	UdeM					37			
							9	McGill												
							2	UdeM												
Néphrologie									2	UdeM			5	Laval			7			
Neurologie					7	McGill	4	Laval					1	McGill	6	McGill	21			
															3	UdeM				
Obstétrique-gynécologie			3	UdeM	3	McGill	1	Laval	1	UdeM	5	UdeM			3	McGill	27			
							1	McGill							6	UdeM				
							4	UdeM												
Oncologie médicale	10	UdeM			2	McGill			3	UdeM			1	McGill			16			
Ophtalmologie	5	UdeM	12	UdeM	5	McGill	8	UdeM	6	UdeM	29	UdeM			12	UdeM	77			
ORL					6	Laval	2	UdeM			1	UdeM			2	McGill	14			
									1	McGill					2	UdeM				
Pédiatrie	38	UdeM			13	McGill	17	McGill	29	UdeM			23	McGill	9	McGill	212			
					1	Laval	36	UdeM	1	UdeS			4	Laval	38	UdeM				
					2	UdeS							1	UdeS						
Physiatrie					13	Laval											13			
Pneumologie													16	McGill			16			
• pédiatrique					3	McGill											3			
Psychiatrie	13	UdeM	13	UdeM	20	McGill	21	McGill	16	UdeM	15	UdeM	7	McGill	31	McGill	165			
							20	UdeM	3	McGill					6	UdeM				
Radiologie diagnostique	31	UdeM	7	UdeM			3	Laval	15	UdeM	41,5	UdeM			2	McGill	152,5			
							31	UdeM	13	McGill					9	UdeM				
									2	UdeM							11			
Radiooncologie			2	UdeM	7	McGill							14	McGill			15			
Rhumatologie			1	UdeM									3	McGill			7			
Santé communautaire	2	UdeM			2	McGill											10			
Urologie							2	McGill							8	McGill				
	8	McGill	1	Laval	22	Laval	18	Laval	33	McGill	11	Laval	52	Laval	3	Laval				
	194	UdeM	158	UdeM	109	McGill	78	McGill	176	UdeM	176,5	UdeM	199	McGill	87	McGill				
	13	UdeS	4	UdeS	5	UdeS	194	UdeM	3	UdeS	0	UdeS	15	UdeS	175	UdeM				
Total	215		163		136		290		212		187,5		266		265					

Source : Données fournies par les établissements

**Contrat type pour une entente interuniversitaire
pour les programmes d'études médicales postdoctorales**

COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

**ENTENTE INTERUNIVERSITAIRE POUR LE
PARACHÈVEMENT DE LA FORMATION**

Nom du programme : _____

Université promotrice : _____

Université d'accueil : _____

Stage(s) demandé(s) : _____

Nombre de mois : _____

Nombre de résidents par année (approximatif) : _____

Description du stage (incluant les buts et les objectifs majeurs du stage)
(À remplir par l'Université promotrice)

AUTORISATIONS

UNIVERSITÉ PROMOTRICE

Directeur de programme (*signature*)

Date

Vice-doyen aux études postdoctorales (*signature*)

Date

.....

UNIVERSITÉ D'ACCUEIL

Directeur de programme (*signature*)

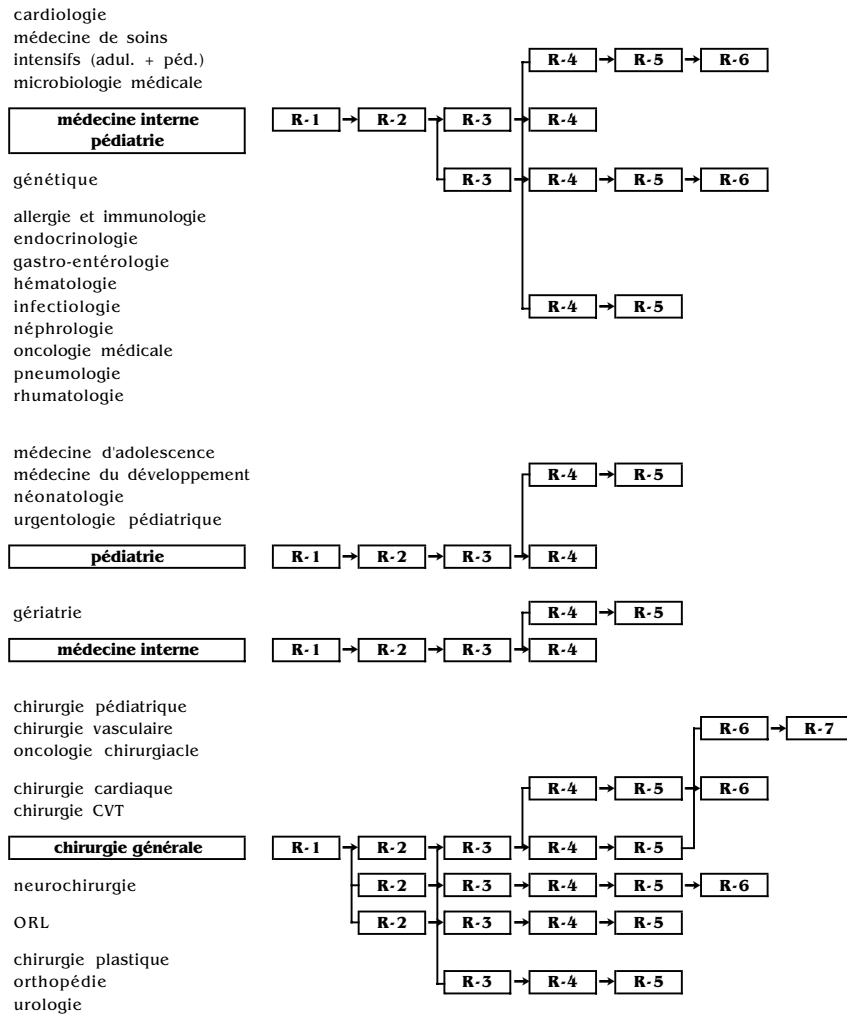
Date

Vice-doyen aux études postdoctorales (*signature*)

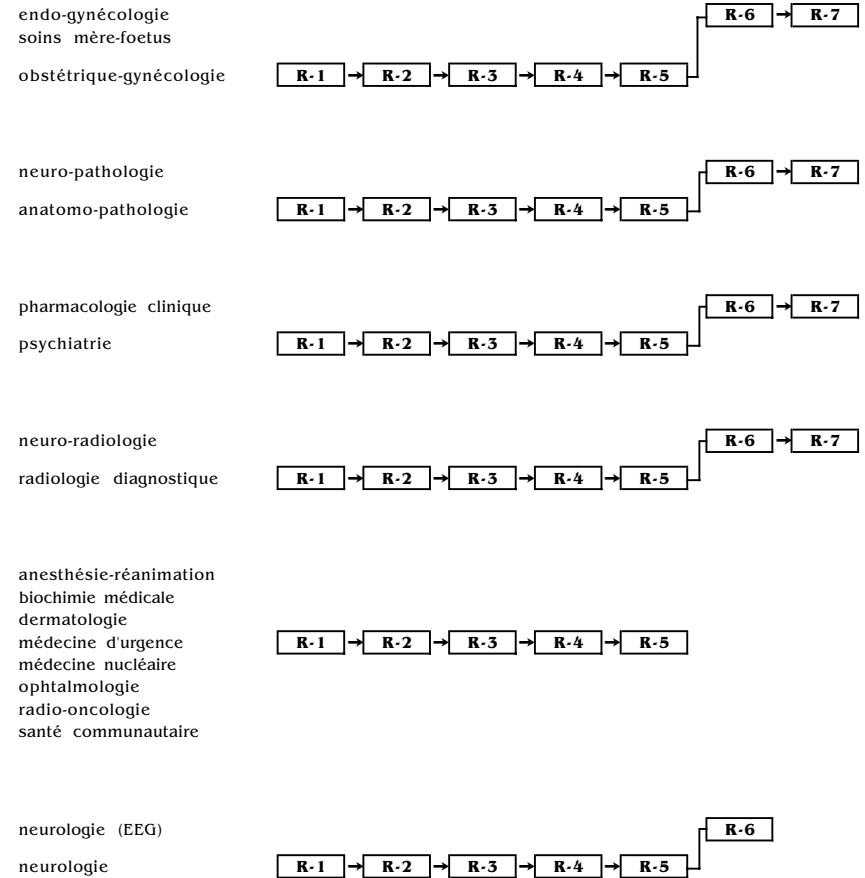
Date

Relations entre les cheminements en spécialité médicale par faculté

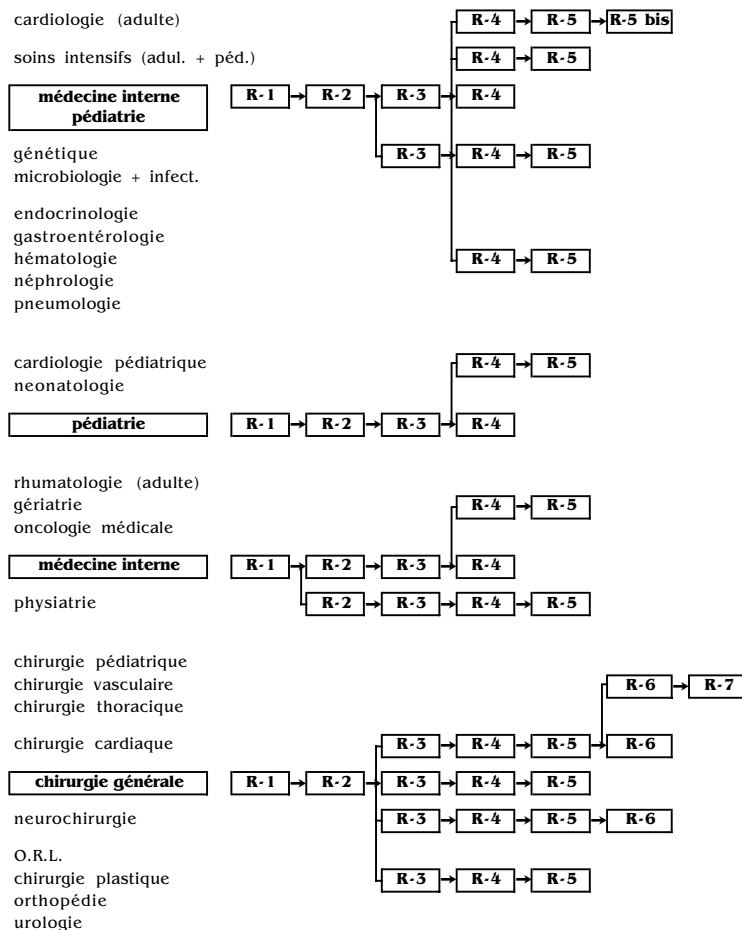
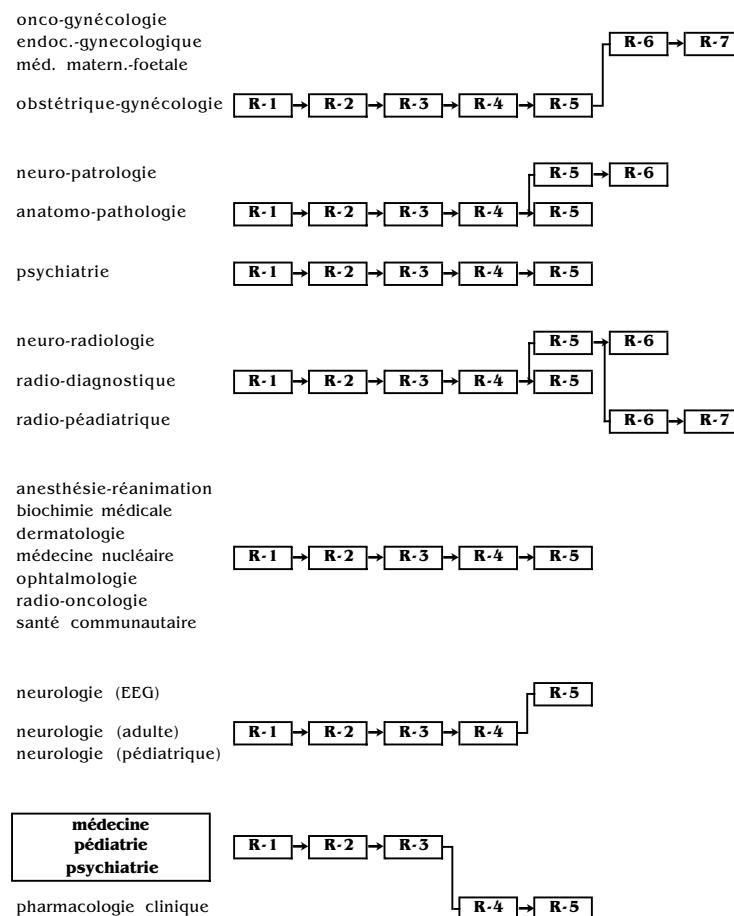
CHEMINEMENTS DANS LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ
Faculté de médecine, Université McGill



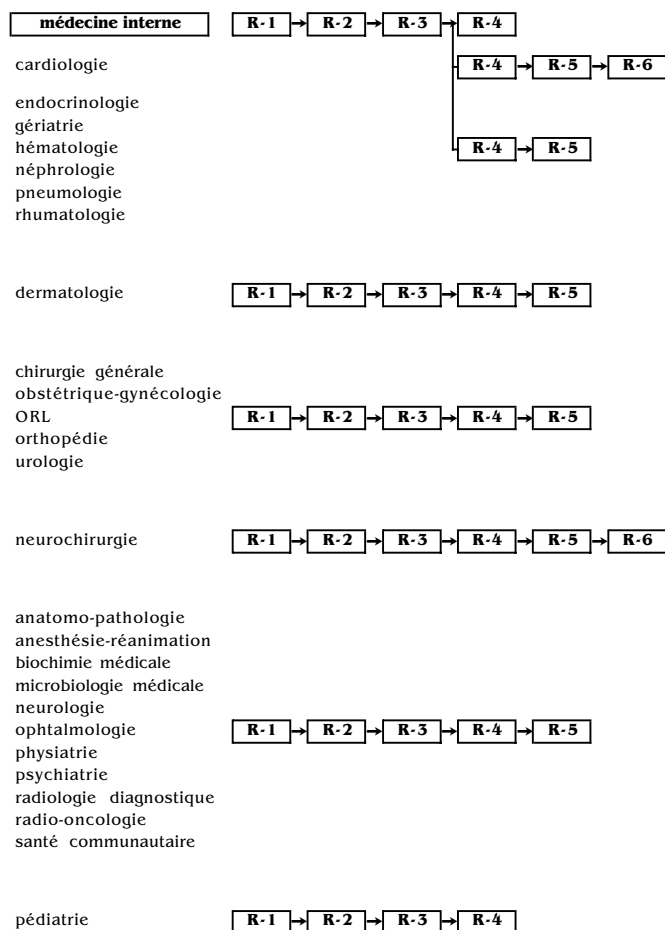
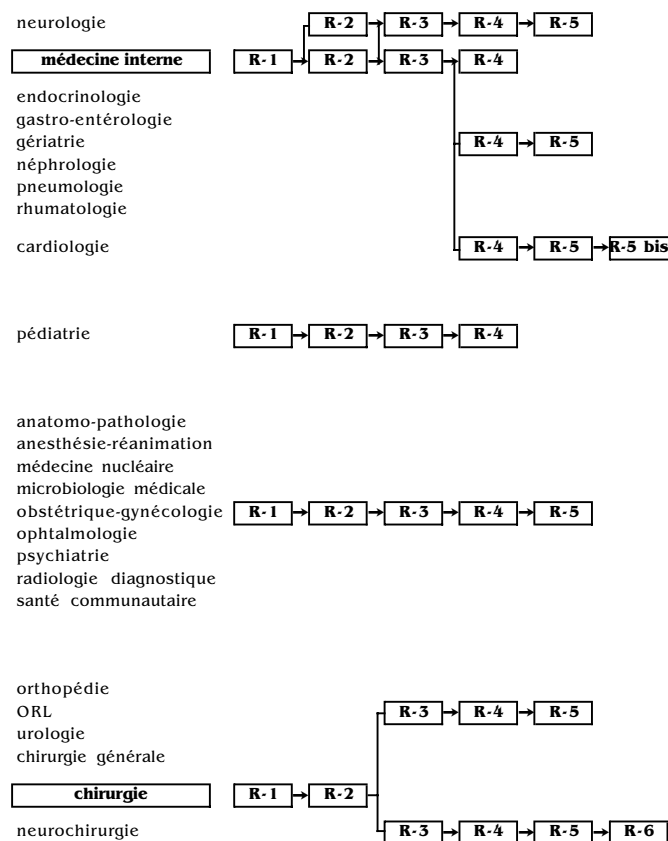
CHEMINEMENTS DANS LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ
Faculté de médecine, Université McGill



Relations entre les cheminement en spécialité médicale par faculté

CHEMINEMENTS DANS LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ
Faculté de médecine, Université de MontréalCHEMINEMENTS DANS LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ
Faculté de médecine, Université de Montréal

Relations entre les cheminements en spécialité médicale par faculté

CHEMINEMENTS DANS LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ
Faculté de médecine, Université Laval

CHEMINEMENTS DANS LES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉ
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke


Annexe F Enseignements partagés entre les différents programmes de spécialités médicales à l'Université Laval (stages intra-muros seulement)

Spécialités desservies		Spécialités desservant	
1a Médecine		1a Médecine	
1 Anesthésie-réanimation		1 Anesthésie-réanimation	
2 Cardiologie		2 Cardiologie	
3 Dermatologie		3 Dermatologie	
4 Endocrinologie (et métabolisme)		4 Endocrinologie (et métabolisme)	
5 Gastroentérologie		5 Gastroentérologie	
6 Gériatrie		6 Gériatrie	
7 Hématologie		7 Hématologie	
8 Immunologie clinique et allergie		8 Immunologie clinique et allergie	
9 Médecine familiale		9 Médecine familiale	
a Soins aux personnes âgées		a Soins aux personnes âgées	
b Soins mère-enfant		b Soins mère-enfant	
c Urgentologie		c Urgentologie	
10 Médecine interne		10 Médecine interne	
11 Néonatalogie/périnatalogie		11 Néonatalogie/périnatalogie	
12 Néphrologie		12 Néphrologie	
13 Neurologie		13 Neurologie	
14 Neuropathologie		14 Neuropathologie	
16 Oncologie médicale		16 Oncologie médicale	
18 Physiatre		18 Physiatre	
19 Pneumologie		19 Pneumologie	
20 Rhumatologie		20 Rhumatologie	
1b Pédiatrie		1b Pédiatrie	
28 Neurologie pédiatrique		28 Neurologie pédiatrique	
31 Soins intensifs pédiatriques		31 Soins intensifs pédiatriques	
32 Psychiatrie		32 Psychiatrie	
33 Soins intensifs (adulte)		33 Soins intensifs (adulte)	
34 Urgentologie		34 Urgentologie	
2a Chirurgie		2a Chirurgie	
35 Chirurgie cardiaque		35 Chirurgie cardiaque	
36 Chirurgie générale		36 Chirurgie générale	
37 Chirurgie (cardio-) thoracique		37 Chirurgie (cardio-) thoracique	
39 Chirurgie orthopédique		39 Chirurgie orthopédique	
41 Chirurgie plastique		41 Chirurgie plastique	
42 Chirurgie vasculaire		42 Chirurgie vasculaire	
43 Neurochirurgie		43 Neurochirurgie	
2b Obstétrique-gynécologie		2b Obstétrique-gynécologie	
44 Médecine maternelle et foetale		44 Médecine maternelle et foetale	
46 Oncologie gynécologique		46 Oncologie gynécologique	
47 Ophtalmologie		47 Ophtalmologie	
48 O.R.L.		48 O.R.L.	
49 Urologie		49 Urologie	
3a Radiologie		3a Radiologie	
50 Médecine nucléaire		50 Médecine nucléaire	
51 Radiologie diagnostique		51 Radiologie diagnostique	
52 Radio-oncologie		52 Radio-oncologie	
3b Santé communautaire		3b Santé communautaire	
3c Spécialités de laboratoire		3c Spécialités de laboratoire	
53 Anato-pathologie		53 Anato-pathologie	
54 Biochimie médicale		54 Biochimie médicale	
55 Génétique médicale		55 Génétique médicale	
56 Microbiologie médicale et infectiologie		56 Microbiologie médicale et infectiologie	

Légende

■ Période de stage obligatoire

▣ Période de stage optionnel

n Non défini (obligatoire ou optionnel)

■ Aucun échange possible (stage intra-programme)

Annexe F (suite) Enseignements partagés entre les différents programmes de spécialités médicales à l'Université McGill (stages intra-muros seulement)

[illegible]

Légende

	Période de stage obligatoire		Non défini (obligatoire ou optionnel)
	Période de stage optionnel		Aucun échange possible (stage intra-programme)

Annexe F (suite) Enseignements partagés entre les différents programmes de spécialités médicales à l'Université de Montréal (stages intra-muros seulement)

Spécialités desservies		Spécialités desservant	
1a Médecine	1a Médecine	1a Médecine	1a Médecine
1 Anesthésie-réanimation		1 Anesthésie-réanimation	
2 Cardiologie		2 Cardiologie	
3 Dermatologie		3 Dermatologie	
4 Endocrinologie (et métabolisme)	n	4 Endocrinologie (et métabolisme)	
5 Gastroentérologie		5 Gastroentérologie	
6 Gériatrie		6 Gériatrie	
7 Hématologie		7 Hématologie	
8 Immunologie clinique et allergie		8 Immunologie clinique et allergie	
9 Médecine familiale		9 Médecine familiale	
a Soins aux personnes âgées	n	a Soins aux personnes âgées	
b Soins mère-enfant		b Soins mère-enfant	
c Urgentologie		c Urgentologie	
10 Médecine interne		10 Médecine interne	
11 Néonatalogie/périnatalogie		11 Néonatalogie/périnatalogie	
12 Néphrologie		12 Néphrologie	
13 Neurologie		13 Neurologie	
14 Neuropathologie		14 Neuropathologie	
15 Neurosciences		15 Neurosciences	
16 Oncologie médicale		16 Oncologie médicale	
17 Pharmacologie clinique		17 Pharmacologie clinique	
18 Physiatre		18 Physiatre	
19 Pneumologie		19 Pneumologie	
20 Rhumatologie		20 Rhumatologie	
1b Pédiatrie		1b Pédiatrie	
21 Cardiologie pédiatrique		21 Cardiologie pédiatrique	
22 Endocrinologie pédiatrique		22 Endocrinologie pédiatrique	
23 Gastroentérologie pédiatrique		23 Gastroentérologie pédiatrique	
24 Hématologie pédiatrique		24 Hématologie pédiatrique	
25 Immunologie pédiatrique		25 Immunologie pédiatrique	
26 Maladies infectieuses péd.		26 Maladies infectieuses péd.	
27 Néphrologie pédiatrique		27 Néphrologie pédiatrique	
28 Neurologie pédiatrique		28 Neurologie pédiatrique	
29 Pneumologie pédiatrique		29 Pneumologie pédiatrique	
30 Rhumatologie pédiatrique		30 Rhumatologie pédiatrique	
31 Soins intensifs pédiatriques		31 Soins intensifs pédiatriques	
32 Psychiatrie		32 Psychiatrie	
33 Soins intensifs (adulte)		33 Soins intensifs (adulte)	
34 Urgentologie		34 Urgentologie	
2a Chirurgie		2a Chirurgie	
35 Chirurgie cardiaque		35 Chirurgie cardiaque	
36 Chirurgie générale		36 Chirurgie générale	
37 Chirurgie (cardio-) thoracique		37 Chirurgie (cardio-) thoracique	
38 Chirurgie oncologique		38 Chirurgie oncologique	
39 Chirurgie orthopédique		39 Chirurgie orthopédique	
40 Chirurgie pédiatrique		40 Chirurgie pédiatrique	
41 Chirurgie plastique		41 Chirurgie plastique	
42 Chirurgie vasculaire		42 Chirurgie vasculaire	
43 Neurochirurgie		43 Neurochirurgie	
2b Obstétrique-gynécologie		2b Obstétrique-gynécologie	
44 Médecine maternelle et fœtale		44 Médecine maternelle et fœtale	
45 Endocrinologie gynécologique		45 Endocrinologie gynécologique	
46 Oncologie gynécologique		46 Oncologie gynécologique	
47 Ophtalmologie		47 Ophtalmologie	
48 O.R.L.		48 O.R.L.	
49 Urologie		49 Urologie	
3a Radiologie		3a Radiologie	
50 Médecine nucléaire		50 Médecine nucléaire	
51 Radiologie diagnostique		51 Radiologie diagnostique	
52 Radio-oncologie		52 Radio-oncologie	
3b Santé communautaire		3b Santé communautaire	
3c Spécialités de laboratoire		3c Spécialités de laboratoire	
53 Anatomie-pathologie		53 Anatomie-pathologie	
54 Biochimie médicale		54 Biochimie médicale	
55 Génétique médicale		55 Génétique médicale	
56 Microbiologie médicale et infectiologie		56 Microbiologie médicale et infectiologie	

Légende

 Période de stage obligatoire

 Période de stage optionnel

 Non défini (obligatoire ou optionnel)

 Aucun échange possible (stage intra-programme)

Annexe F (suite) Enseignements partagés entre les différents programmes de spécialités médicales à l'Université de Sherbrooke (stages intra-muros seulement)

Spécialités desservies		Spécialités desservant	
	1a Médecine 1 Anesthésie-réanimation 2 Cardiologie 4 Endocrinologie (et métabolisme) 5 Gastroentérologie 6 Gériatrie 9 Médecine familiale a Soins aux personnes âgées b Soins mère-enfant c Urgentologie 10 Médecine interne 12 Néphrologie 13 Neurologie 19 Pneumologie 20 Rhumatologie 1b Pédiatrie 32 Psychiatrie 2a Chirurgie 36 Chirurgie générale 39 Chirurgie orthopédique 43 Neurochirurgie 2b Obstétrique-gynécologie 47 Ophtalmologie 48 O.R.L. 49 Urologie 3a Radiologie 50 Médecine nucléaire 51 Radiologie diagnostique 3b Santé communautaire 3c Spécialités de laboratoire 53 Anatomie-pathologie 54 Biochimie médicale 56 Microbiologie médicale et infectiologie		1a Médecine 1 Anesthésie-réanimation 2 Cardiologie 4 Endocrinologie (et métabolisme) 5 Gastroentérologie 6 Gériatrie 9 Médecine familiale a Soins aux personnes âgées b Soins mère-enfant c Urgentologie 10 Médecine interne 12 Néphrologie 13 Neurologie 19 Pneumologie 20 Rhumatologie 1b Pédiatrie 32 Psychiatrie 2a Chirurgie 36 Chirurgie générale 39 Chirurgie orthopédique 43 Neurochirurgie 2b Obstétrique-gynécologie 47 Ophtalmologie 48 O.R.L. 49 Urologie 3a Radiologie 50 Médecine nucléaire 51 Radiologie diagnostique 3b Santé communautaire 3c Spécialités de laboratoire 53 Anatomie-pathologie 54 Biochimie médicale 56 Microbiologie médicale et infectiologie
1a Médecine (tronc commun)			1a Médecine (tronc commun)
1 Anesthésie-réanimation			1 Anesthésie-réanimation
2 Cardiologie			2 Cardiologie
4 Endocrinologie (et métabolisme)			4 Endocrinologie (et métabolisme)
5 Gastroentérologie			5 Gastroentérologie
6 Gériatrie			6 Gériatrie
9 Médecine familiale			9 Médecine familiale
a Soins aux personnes âgées			a Soins aux personnes âgées
b Soins mère-enfant			b Soins mère-enfant
c Urgentologie			c Urgentologie
10 Médecine interne			10 Médecine interne
12 Néphrologie			12 Néphrologie
13 Neurologie			13 Neurologie
19 Pneumologie			19 Pneumologie
20 Rhumatologie			20 Rhumatologie
1b Pédiatrie			1b Pédiatrie
32 Psychiatrie			32 Psychiatrie
2a Chirurgie			2a Chirurgie
36 Chirurgie générale			36 Chirurgie générale
39 Chirurgie orthopédique			39 Chirurgie orthopédique
43 Neurochirurgie			43 Neurochirurgie
2b Obstétrique-gynécologie			2b Obstétrique-gynécologie
47 Ophtalmologie			47 Ophtalmologie
48 O.R.L.			48 O.R.L.
49 Urologie			49 Urologie
3a Radiologie			3a Radiologie
50 Médecine nucléaire			50 Médecine nucléaire
51 Radiologie diagnostique			51 Radiologie diagnostique
3b Santé communautaire			3b Santé communautaire
3c Spécialités de laboratoire			3c Spécialités de laboratoire
53 Anatomie-pathologie			53 Anatomie-pathologie
54 Biochimie médicale			54 Biochimie médicale
56 Microbiologie médicale et infectiologie			56 Microbiologie médicale et infectiologie

Légende



Période(s) de stage obligatoire



Aucun échange possible (stage intra-programme)

Période(s) de stage optionnel

Annexe G Contribution à l'enseignement dans d'autres spécialités et au premier cycle, en nombre de périodes (du 1er juillet 96 au 30 juin 97) (suite)

PROGRAMMES	Laval				McGill				UdeM				UdeS			
	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle
1 Spécialités de laboratoire																
Anatomo-pathologie	108,5	71,9	28,1	0	272	66,9	33,1	0	226	80,5	18,6	0,9	50	62	38	0
Biochimie médicale	96	81,3	18,7	0	28	92,9	7,1						1	0	0	100
Génétique médicale					n.d.			n.d.	23	47,8	43,5	8,7				
Microbiologie médicale et infectiologie	232	22,4	53	24,6	107	62,6	18,7	18,7	259	50,6	43,2	6,2	104	24	57,7	18,3
2 Chirurgie																
Chirurgie cardiaque									254	40,9	59,1	0				
Chirurgie générale	498,5	52,1	21,5	26,4	2533	28,2	13,3	58,5	317	53,3	46,7	0	468	38,5	28,8	32,7
Chirurgie oncologique					21	62	19	19								
Chirurgie orthopédique (orthopédie)	252	92,8	3,2	4	592	72	6	22	281	63,7	36,3	0	107	68,2	12,2	19,6
Chirurgie pédiatrique					80	32,5	65	2,5	112	34,8	46,4	9,8				
Chirurgie plastique					203	57,6	29,5	12,8	195	80	20	n.d.				
Chirurgie vasculaire					82	15,9	59,8	24,3	33	39,4	21,2	39,4				
Neurochirurgie	60	48,3	51,7	0	252	82,5	16,3	1,2	69	60,9	31,9	7,2	48	35,4	31,3	33,3
Obstétrique-gynécologie	601	28,1	27,3	44,6	655	57,6	1,5	40,9	675	47,9	7,7	44,4	308	29,5	17,2	53,3
• Médecine maternelle et foetale	5	100	0	0		inactif										
• Endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité	s.o.				36	72,2	11,1	16,7								
• Oncologie gynécologique																
Ophthalmologie	122	88,5	2,5	9	330	86,7	1,2	12,1	251	58,6	10,3	31,1	88	52,3	0	47,7
Oto-rhino-laryngologie	137	60,6	12,4	27	280	83,6	9,3	7,1	280	37,1	55,8	7,1	101	48,5	8	43,5
Urologie	89	80,9	13,5	5,6	159	81,8	1,9	16,3	166	39,2	11,4	49,4	40	37,5	27,5	35
3 Médecine																
Anesthésie-réanimation	446	88,8	11,2	0	475	93,7	0	6,3	493	68,4	13,6	18	212	83,5	4,7	11,8
Cardiologie	316	17,7	76,3	6	233	78,1	11,6	10,3	1188	32,7	52,3	15	175	20,6	42,3	37,1
Dermatologie	84	19	61,9	19,1	236	71,6	0,4	28	278	40,3	14,4	45,3				
Endocrinologie (et métabolisme)					74,5	69,8	24,8	5,4	136	52,2	25,7	22,1	78	16,7	50	33,3
Gastroentérologie					145	81,8	18,2	0	203	32	53,2	14,8	105	21	30,5	48,5
Gériatrie	233	5,6	42,9	51,5	90	28,9	40	31,1	245	19,6	28,2	52,2	71	9,9	73,2	16,9
Hématologie (-oncologie)	88	44,3	44,3	11,4	182	14,3	71,4	14,3								
Immunologie clinique et allergie					66	78,8	12,1	9,1								
Médecine familiale	988	71,1	0	28,9	1725	88,9	2,3	8,8	2176	86,9	1,7	11,4	1 001	76,7	4,4	18,9
§ Soins aux personnes âgées (2)	0								inclut les données pour la formation supplémentaire							
§ Soins mère-enfant (2)						inactif			en médecine d'urgence et soins aux personnes âgées							
§ Médecine d'urgence (2)	302	4,6	63,3	32,1												

Source : Données fournies par les établissements

Annexe G Contribution à l'enseignement dans d'autres spécialités et au premier cycle, en nombre de périodes (du 1er juillet 96 au 30 juin 97) (suite)

PROGRAMMES	Laval				McGill				UdeM				UdeS			
	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle	TOTAL	% rés. progr.	% rés. als prog.	% étud. 1er cycle
Médecine interne	1203	45,8	31,9	22,3	2866	42,6	8,4	49	1600	65	16,2	18,8	553	9,9	56,6	34,5
Néonatalogie/périnatalogie					41	31,7	63,4	4,9								
Néphrologie	86	15,1	70,9	14	71	36,6	26,8	36,6	168	34,5	49,4	16,1	58	0	74,1	25,9
Neurologie	208	38	50,5	11,5	332 *	68,1	20,2	11,7					129	41,1	46,5	12,4
Neuropathologie					**				s.o.							
Neuroradiologie					124	16,1	83,9	0	41	31,7	31,7	36,6				
Oncologie médicale					68	38,2	44,1	17,7	60	85	11,7	3,3				
Pharmacologie clinique					<i>inactif</i>											
Physiatrie									196	79,6	12,2	8,2				
Pneumologie	122	10,6	69,7	19,7	126	57,1	39,7	3,2					69	0	77	23
Rhumatologie					95	27,4	41	31,6					55	3,6	63,7	32,7
Pédiatrie	590	175	151	264	987	48,1	25,6	26,3	1537	34,5	36,5	29	478	35	20	45
Cardiologie pédiatrique					117	22,2	77,8	0	56	46,4	48,2	5,4				
Endocrinologie pédiatrique					63	79,4	15,9	4,7	50	56	40	4				
Gastroentérologie pédiatrique					<i>inactif</i>											
Hématologie pédiatrique					32,5	40	47,7	12,3								
Immunologie pédiatrique					***											
Maladies infectieuses pédiatriques					***											
Néphrologie pédiatrique					34	38,2	53	8,8	10	0	100	0				
Neurologie pédiatrique					*				35	8,6	88,6	2,8				
Pneumologie pédiatrique					14	64,3	14,3	21,4	55	23,6	27,3	49,1				
Rhumatologie pédiatrique					20	65	35	0								
Soins intensifs pédiatriques					71	36,6	54,9	8,5	95	41,1	51,6	7,3				
Psychiatrie	799,75	57,2	9,8	33	561	93,8	6,2	0	834	96,5	3,5	n.d.	534	44,8	12,2	43
Soins intensifs (adulte)					52	100	0	0	204	11,8	88,2	0				
Urgentologie					572	54,5	35	10,5								
Radiologie																
Médecine nucléaire					38	86,8	13,2	0	48	56,3	39,6	4,1	50	80	18	2
Radiologie diagnostique	1781	67,1	15,2	17,7	501	56,3	26,5	17,2	?				152	67,8	13,8	18,4
Radio-oncologie	103	88,3	7,8	3,9	94	89,4	9,5	1,1	98	91,9	6,1	2				
Santé communautaire	58,5	100	0	0	56	92,8	3,6	3,6	214	19,2	6	74,8	166	20,5	4,8	74,7
TOTAL	9 609				15 386				13 161				5 201			

* Inclut les données pour les programmes
de neurochirurgie et de neurologie (adulte et enfant)
** Données sous anatomopathologie
*** Données sous adulte

Source : Données fournies par les établissements

Gouvernement du Québec

Décret 685-98, 20 mai 1998

CONCERNANT la détermination des postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale et la détermination de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour les étudiants de l'extérieur du Québec pour 1998-1999

ATTENDU QU'en vertu de l'article 503 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le gouvernement détermine chaque année le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale, lesquels comprennent les postes de stages de formation en omnipratique ou en médecine de famille ainsi que les autres postes de stages de formation requis pour l'une ou l'autre des spécialités reconnues dans un règlement pris en application de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9);

ATTENDU QUE les universités ont pris l'engagement d'adapter leurs programmes de formation médicale postdoctorale dans six des neuf spécialités de niveau local suivantes: médecine interne générale, chirurgie générale, anesthésie-réanimation, psychiatrie, pédiatrie et obstétrique-gynécologie, étant entendu que ces programmes incluront l'objectif de mieux préparer les certifiés à exercer leur profession dans toutes les régions du Québec;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 504 de cette loi, le gouvernement peut déterminer chaque année, dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants de l'extérieur du Québec, à la condition que ces étudiants acceptent de signer, avant le début de leur formation, un engagement, assorti d'une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer, pour une période maximale de quatre ans, dans la région ou pour l'établissement déterminé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, s'ils exercent la médecine au Québec après l'obtention de leur permis d'exercice;

ATTENDU QUE le Conseil médical du Québec a formulé un avis concernant ces politiques en vertu du paragraphe 2^o du premier alinéa de l'article 18 de la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001);

ATTENDU QU'il y a lieu d'adopter la Politique de détermination des places de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale et la Politique de détermination de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour les étudiants de l'extérieur du Québec pour 1998-1999, annexées au présent décret;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre de l'Éducation:

QUE soient adoptées la Politiques de détermination des places de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale et la Politique de détermination de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour les étudiants de l'extérieur du Québec pour 1998-1999, annexées au présent décret.

*Le greffier du Conseil exécutif
par intérim,
MICHEL NOËL DE TILLY*

LA POLITIQUE DE DÉTERMINATION DE PLACES DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION MÉDICALE DE NIVEAU DOCTORAL POUR LES ÉTUDIANTS DE L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC POUR 1998-1999

La politique 1998-1999 est:

A. D'autoriser un maximum de 65 nouvelles inscriptions réservées à des étudiantes et des étudiants canadiens provenant de l'extérieur du Québec ou de nationalité étrangère munis d'un visa d'étudiant, à la condition que ces personnes s'engagent par écrit à pratiquer pendant quatre années consécutives en établissement désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'ils s'installent au Québec au terme de leur formation. Une pénalité de 300 000 \$ est prévue en cas de non-respect du contrat. Cet engagement doit être pris par l'étudiante ou l'étudiant au moment de sa première inscription.

LA POLITIQUE DE DÉTERMINATION DES PLACES DE RÉSIDENTS EN MÉDECINE DISPONIBLES DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION MÉDICALE POSTDOCTORALE POUR 1998-1999

La politique 1998-1999 est:

1. POUR LES PLACES RÉMUNÉRÉES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE

1.1 Dans le contingent régulier de la résidence

A) D'autoriser la rémunération de toute nouvelle résidente ou de tout nouveau résident qui rencontre une des quatre conditions suivantes:

- être diplômée ou diplômé d'une faculté de médecine du Québec et n'avoir jamais été inscrit dans un programme de résidence, au Québec ou ailleurs;

- demander une admission dans le cadre du programme d'échange interuniversitaire «Canadian Resident Matching Service» (CARMS)¹;

- être médecin de retour de pratique²;

- être déjà inscrite ou inscrit dans un programme de résidence au Québec et vouloir changer de programme en changeant de cohorte.

B) D'autoriser la rémunération d'un maximum de 5 nouvelles résidentes ou nouveaux résidents qui rencontrent une des deux conditions suivantes³:

- être Canadienne ou Canadien diplômé d'une faculté de médecine canadienne ou américaine;

- être Canadienne ou Canadien diplômé d'une faculté de médecine québécoise et avoir déjà été inscrit dans un programme de résidence hors du Québec.

C) D'autoriser, en 1998-1999, la rémunération de 314 nouvelles résidentes ou nouveaux résidents en spécialité, tel que présenté au tableau 2 ci-joint. Les données qu'on y retrouve, par spécialité ou par groupe de spécialités, correspondent à des cibles à l'entrée et à la sortie des programmes, sous réserve de l'attrition normale en cours de formation et des règles de transfert énoncées au tableau 1, également joint. Toute nouvelle place laissée vacante durant la première année à la suite d'un abandon définitif peut être comblée par une personne appartenant aux catégories précisées en 1.A.

D) De permettre, à l'intérieur d'une même cohorte, tout changement de programme vers une spécialité ou la

médecine familiale, notamment si l'obtention du permis d'exercice le requiert. Le changement vers un programme de spécialité n'est autorisé que si une place est disponible en vertu de la cible des entrées en spécialité et sous réserve des règles de transfert présentées au tableau 1.

E) D'autoriser un nombre de nouvelles places d'entrée en médecine familiale équivalent au nombre de nouvelles places de résidence autorisées selon les clauses qui précèdent, moins le nombre de places d'entrée en spécialité effectivement comblées.

F) De permettre au ministre de la Santé et des Services sociaux d'apporter à titre exceptionnel, après consultation de la ministre de l'Éducation, des ajustements aux cibles des programmes de spécialité de cette politique de même qu'aux politiques triennales des années antérieures. Ces ajustements ne peuvent modifier le nombre total de nouvelles places en spécialité.

1.2 Dans les contingents particuliers

Les Canadiennes et les Canadiens diplômés dans une faculté de médecine canadienne non québécoise

G) De n'autoriser la rémunération d'un total de 25 résidentes ou résidents ayant la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent que s'ils remplissent les conditions suivantes:

- être diplômé d'une faculté de médecine canadienne non québécoise;

- s'inscrire au niveau R-3 ou plus;

- avoir commencé leur formation spécialisée dans une faculté de médecine canadienne à l'extérieur du Québec;

- avoir été informé par les universités des limitations à l'exercice de la médecine au Québec après leur formation.

Il ne saurait y avoir plus de 25 personnes dans ce contingent, peu importe leur année d'inscription.

Les citoyennes et citoyens américains diplômés aux États-Unis

H) D'autoriser la rémunération d'un total de 40 résidentes et résidents ayant la citoyenneté américaine, diplômés aux États-Unis, qui s'engagent par écrit à ne pas exercer au Canada après leur formation.

Il ne saurait y avoir plus de 40 personnes dans ce contingent, peu importe leur année d'inscription.

¹ Le nombre de places offertes en vertu de CARMS ne peut excéder le nombre de personnes diplômées de l'Université McGill détenant la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent. Un certain nombre de places peut être ajoutées pour les personnes diplômées des universités québécoises qui détiennent un visa d'étudiant et qui s'inscrivent effectivement en résidence au Canada par l'entremise de CARMS.

² Un médecin de retour de pratique est un médecin qui s'inscrit en résidence après avoir eu une pratique médicale au Québec pendant au moins 12 mois au cours des cinq dernières années. Cette personne devra fournir à l'université une preuve attestant qu'elle répond bien à cette définition et donner le droit à l'université, si nécessaire, de faire vérifier son admissibilité.

³ En vertu d'un dépassement de 7 places observé en 1995-1996, les universités ne pourront pas combler les 5 nouvelles places tant que ces 7 places n'auront pas été récupérées.

2. LES MONITEURS⁴

Le gouvernement décide:

Pour l'ensemble des monitrices et des moniteurs

A) D'établir qu'aucune monitrice ou qu'aucun moniteur ne pourra contourner la politique des places rémunérées de résidence en médecine et s'installer au Québec. Si de tels «contournements» sont observés, les places rémunérées d'entrées en spécialité seront réduites l'année suivante d'un nombre équivalent.

B) D'imposer aux monitrices et moniteurs qui contournent la politique et qui s'installent au Québec, la signature d'un contrat les engageant à travailler pendant quatre ans en établissement désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux, tout en demandant au Collège des médecins du Québec de lier l'octroi du permis d'exercice à la réalisation de cette condition. Une pénalité de 300 000 \$ est prévue en cas de non-respect de l'engagement.

Pour les monitrices et moniteurs de nationalité étrangère

C) De prévoir que tous les organismes et personnes impliqués signifient, en des termes clairs et sans équivoque, à tous les médecins de nationalité étrangère qui peuvent recevoir une carte de monitrice ou moniteur du Collège des médecins du Québec, qu'ils doivent quitter le Québec à la fin de leur formation.

D) De demander au Collège des médecins du Québec de ne pas émettre de cartes de stage pour une période dépassant deux ans, à moins d'ententes intergouvernementales ou interuniversitaires garantissant le retour de la monitrice ou du moniteur dans son pays d'origine après sa formation.

E) De prévoir que l'octroi d'une bourse en vertu d'entente intergouvernementale continue d'être conditionnel à un engagement du médecin boursier de quitter le Québec à la fin de sa formation.

F) D'autoriser exceptionnellement en 1998-1999, les universités à recruter deux médecins «sélectionnés⁵» dans la catégorie des monitrices et moniteurs de natio-

nalité étrangère. Ces deux médecins devront se conformer aux conditions édictées à la disposition 3 paragraphe B de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine pour 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001.

TABLEAU 1 **GROUPES DE SPÉCIALITÉS ET** **RÈGLES DE TRANSFERT**

Groupe A: Anesthésie-réanimation, médecine interne, et psychiatrie: spécialités ciblées par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme nécessitant un plus grand nombre de spécialistes. Les places non comblées dans ces spécialités sont transférables entre elles et vers le groupe B (voir tableau 2).

Groupe B: Spécialités prioritaires où le recrutement doit être favorisé. Les places non comblées dans ces spécialités sont transférables entre elles ou au groupe A seulement (voir tableau 2).

Groupe C: Spécialités où le recrutement doit être maintenu à peu près au même niveau compte tenu des besoins. Les places non comblées dans ces spécialités sont transférables entre elles ou aux groupes A ou B seulement (voir tableau 2).

Groupe D: Spécialités où le recrutement doit être égal ou inférieur au niveau des années antérieures. Le maximum d'entrées dans chaque spécialité de ce groupe ne peut être dépassé. Les places non comblées dans ces spécialités ne sont pas transférables entre elles, mais bien aux groupes A, B ou C (voir tableau 2).

TABLEAU 2 **PLACES PRÉVISIBLES⁽¹⁾ EN MÉDECINE** **FAMILIALE EN 1998-1999**

Entrées dans les programmes de médecine familiale			202 places
PLACES EN SPÉCIALITÉ DISPONIBLES SELON QUATRE REGROUPEMENTS DE 1998-1999			
Entrées dans les programmes de base	Groupe	Spécialités	306 places
72 places	B	Chirurgie générale	60
	B	Chirurgie CVT	
	B	Chirurgie orthopédique	
	B	Neurochirurgie	
	B	Oto-rhino-laryngologie	
	C	Urologie	12
	C	Chirurgie plastique	
Sous-total:			72

⁴ Une monitrice ou un moniteur est une résidente ou un résident qui n'est pas rémunéré dans le cadre de l'entente entre la Fédération des médecins résidents du Québec et le gouvernement du Québec.

⁵ Il s'agit de médecins recrutés à l'étranger détenteurs d'un permis restrictif émis par le Collège des médecins du Québec.

Entrées dans les programmes de base	Groupe	Spécialités	306 places	8 places en surspécialités pédiatriques ²⁾
Médecine 99 places	A	Médecine interne	26	
	B	Généraliste	32	*
	B	Gériatrie		
	B	Néphrologie		
	B	Neurologie et EEG		
	B	Oncologie médicale		
	B	Gastro-entérologie		*
	C	Cardiologie		*
	C	Hématologie		*
	C	Immunologie et Allergie	34	*
	C	Physiatrie		*
	C	Pneumologie		*
	C	Rhumatologie		*
	D	Dermatologie	3	
	D	Endocrinologie	4	*
Sous-total:			99	
Pédiatrie 14 places	C	Sous-spécialités de la Pédiatrie ¹⁾	6	
	D	Pédiatrie générale ³⁾	0	
	Sous-total:		6	8
Autres programmes	A	Anesthésie-réanimation	62	
	A	Psychiatrie ⁴⁾		
	B	Anatomo-pathologie	19	
	B	Radio-oncologie		
	C	Biochimie médicale	38	
	C	Obstétrique-gynécologie		
	C	Radiologie diagnostique		
	C	Santé communautaire		
	D	Médecine nucléaire	3	
	D	Microbiologie et infectiologie	2	*
	D	Ophthalmologie	5	
Sous-total:			129	
TOTAL:			306	8

¹⁾ Il s'agit d'une évaluation du nombre de places d'entrée en médecine familiale, car en vertu de la disposition 2.A le nombre exact de places ne peut être connu qu'au terme de l'année universitaire. De plus, la règle 2.E autorise, à l'intérieur d'une même cohorte, des changements de programme entre les spécialités et la médecine familiale.

²⁾ Ces places ne sont disponibles que dans les surspécialités pédiatriques avec certificat de spécialiste autre que pédiatre et identifiées par un astérisque. Ces places s'ajoutent, le cas échéant, au total des places du groupe concerné.

³⁾ Ces places disponibles en spécialité pédiatrique avec ou sans certificat sont largement destinées aux milieux universitaires. Les candidats doivent par conséquent se doter d'une formation complémentaire adéquate.

⁴⁾ Ces places sont disponibles pour des résidents qui s'engagent à acquérir une formation complémentaire en urgentologie où des besoins prioritaires existent ainsi que notamment en néonatalogie et en soins intensifs.

⁵⁾ Pour les nouveaux résidents des cohortes des années 1997-98, 1998-99, 1999-2000 et 2000-2001 aucune place à la sortie du programme de pédiatrie générale n'est prévue.

⁶⁾ Des besoins prioritaires en Pédopsychiatrie sont observés pour l'ensemble du Québec; 8 places sont réservées à la pédopsychiatrie. En conséquence, pas plus de 25 places sont dévolues à la psychiatrie adulte et à la psychogériatrie. On observe des besoins prioritaires en psychogériatrie.

30124

Annexe I Personnel enseignant dans les programmes de spécialités médicales à l'automne 1992 et 1997, et prévisions pour 2000-2001

REG : professeurs réguliers
 PEC : professeurs d'enseignement clinique
 PTF : plein temps facultaire

	Laval								McGill								UdeM**								UdeS													
	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	Bours.	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	Bours.	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	Bours.	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	PTF	Bours.	Autres				
PROGRAMMES																																						
Spécialités de laboratoire																																						
Anatomo-pathologie	12	12	13	47	8	4	50,0		58	37	37	52	5	32	86,5	1	31	26	13	55	27	28	n.d.	3	9	9	10	50	6	0,0	3							
Biochimie médicale	12	13,5	12,5	53	4	9,5	66,7		10	17	19	61	1	16	94,1										3	3	4	51	1	1	33,3	1						
Génétique médicale									6	13	15	58	3	10	76,9		s.o.	17	19	52,2	5	12	70,6	4														
Microbiologie médicale et infectiologie	23	24	28	43	2	22	62,5	5	15	18	22	63	1	17	94,4	1	40	36	39	49	4	32	88,9	2	7	9	9	51	4	3	33,3	1		1				
Chirurgie																																						
Chirurgie cardiaque									14	5		56	3	2	40,0		16	17	20	48	1	16	94,1	2														
Chirurgie générale	58	55	54	55	10	45	76,4		77	59	48	51	10	49	83,1	6	50	42	38	57,4	11	31	73,8		21	21	23	57	4	15	71,4	2						
Chirurgie oncologique									s.o.	12	12	56	3	9	75,0																							
Chirurgie orthopédique (orthopédie)	29	27	27	50		27	100,0		36	42	46	49	4	38	90,5		27	34	37-38	53*	1	33	97,1	1	9	10	10	48	5	4	40,0	1						
Chirurgie pédiatrique									4	7	7	45	1	6	85,7		9	8	9	52	1	7	87,5															
Chirurgie plastique									11	18	18	68	1	17	94,4	1	26	28	26	48	20	8	28,6															
Chirurgie vasculaire									s.o.	6	8	37	1	5	83,3		7	7	7-9	50-55	0	7	100,0															
Neurochirurgie	6	7	7	52,4		7	100,0	4	13	15	15	54	6	9	60,0	28	7	8	10	47	0	8	100,0		4	7	8	43	4		0,0			3				
Obstétrique-gynécologie	28	24	27	55	9	15	54,2	5	81	67	73	50	4	63	94,0		60	44	35-38	56	14	51	n.d.	5	15	15	18	45	6	9	60,0							
• Médecine maternelle et foetale	s.o.	30	31	52	1	29	83,3	2	inactif																													
• Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité	s.o.	7	9	n.d.	1	6	57,1		5	4	6	51	1	3	75,0																							
• Oncologie gynécologique																																						
Ophtalmologie	n.d.	34,5	35,5	51	1	34	89,9		64	52	47	50	5	47	90,4	10	37	50	45	44	1	49	98,0	2	16	12	15	52	1	11	91,7							
Oto-rhino-laryngologie	23	14	13	53		14	100,0		23	25	25	59	3	22	88,0	7	27	24	24-26	50	0	24	100,0		7	8	8	46	4	4	50,0							
Urologie	10	27	27	47	2	25	88,9		24	20	23	41	6	14	70,0	5	18	18	16	46	1	17	94,4		6	5	4	45	2	3	60,0							
Médecine																																						
Anesthésie-réanimation	75	75	70	46,3	3	72	96,7		69	64	67	44	4	60	93,8	2	100	101	96	50	4	97	96,0	2	26	24	26-27	42	9	15	62,5							
Cardiologie	28	35	37	53	6	29	94,3	5	42	45	45	59	2	43	95,6	2	46	83	83	47	4	79	95,2	9	12	10	13	45	6	2	20,0	1		1				
Dermatologie	6	7	8	48	1	6	60,0		19	22	22	47	0	22	100,0	1	35	36	37	54	0	36	100,0															
Endocrinologie (et métabolisme)					4				41	43	43-46	51	9	34	79,1		46	47	47-48	50,4	19	18	n.d.	10	8	11	11	47	7	2	18,2			2				
Gastroentérologie									23	27	28	49	2	25	92,6	6	40	41	38	44,6	11	30	73,2	5	8	11	11	46	9	1	9,1			1				
Gériatrie	n.d.	22	25-26	42	1	21	86,4	1	34	25	23	47	2	23	92,0		15	18	19	43	0	18	100,0		6	6	8	44	4		0,0	2	5					
Hématologie (-oncologie)	15	15	15	58	3	12	86,7	1	28	34	36	41	2	32	94,1																							
Immunologie clinique et allergie									20	11	13	53	4	7	63,6	3																						
Médecine familiale																																						
§ Soins aux personnes âgées	18	18	19	40	1	17	66,7		224	192	196	49	4	188	97,9	2	288	288	n.d.	46	7	281	97,6		215	180	188	40	26	150	83,3	3		1				
§ Soins mère-enfant									inactif								inclut les données pour la formation supplémentaire en médecine d'urgence et soins aux personnes âgées																					
§ Médecine d'urgence	1	71,5	72,5	52	2	69,5	100,0																															

* Moyenne d'âge de tous les professeurs : 44 ans

Annexe I Personnel enseignant dans les programmes de spécialités médicales à l'automne 1992 et 1997, et prévisions pour 2000-2001 (suite)

REG : professeurs réguliers
 PEC : professeurs d'enseignement clinique
 PTF : plein temps facultaire

	Laval								McGill								UdeM**								UdeS										
	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	Bours.	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	Bours.	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	Bours.	Total 92	Total 97	Prév. 2000	Moy. âge (a)	Rég. (R)	PEC	% PEC/ Total	PTF	Bours.	Autres	
PROGRAMMES																																			
Médecine interne	208	257	n.d.	53,8	6	251	80,0	22	179	69		48	13	56	81,2		29	37	42	44	4	33	89,2		23	32	34	41	13	16	50,0	3			
Néonatalogie/périnatalogie					3				15	14	16	51	1	13	92,9	3																			
Néphrologie	9	12	14	51	5	7	58,3	2	16	5	8	48	5	0	0,0	2	37	40	40-41	49	6	34	85,0	7	6	7	7	50	4		0,0	1		2	
Neurologie	11	15	16	50,5	2	13	80,0		56	82	82	51	17	65	79,3	28									20	23	23	49	7	6	26,1	1		9	
Neuropathologie										1		62	1	0	0,0		n.d.	19	20	n.d.	4	15	78,9	9											
Neuroradiologie									s.o.	7	7	s.o.	0	7	100,0		s.o.	11	13	41	0	11	100,0												
Oncologie médicale	s.o.	15	15	47		15	93,3		22	97	97	47	5	92	94,9	n.d.	22	24	26	53	2	22	91,7												
Pharmacologie clinique									inactif									n.d.	27	28	49	20	7	26,0											
Physiatrie																	19	21	18	47	0	21	100,0												
Pneumologie	14	17	17	47	7	10	64,7		27	31	31	47	10	21	67,7										5	8	8	42	7		0,0			1	
Rhumatologie	8	8	n.d	50	4	4	50,0		15	18	17	64	2	16	88,9	1	11	13	12	45	2	11	84,6	2	4	7	7	50	4		0,0	1	2	2	
Pédiatrie	40	45	49	54	3	42	77,8	2	166	175	177	63	10	165	94,3	19	104	121	130	55	26	95	78,5	5	18	18	25	42	17		0,0	1			
Cardiologie pédiatrique	3	5	5						3	4	5	42	1	3	75,0	1	6	6	8	65	2	4	66,6												
Endocrinologie pédiatrique	2	2	2		2				8	7	7	60	1	6	85,7		7	7	6	45,4		5	n.d.	1											
Gastroentérologie pédiatrique	1	2	2						inactif																										
Hématologie/oncologie pédiatrique	2	2	2						5	8	8	55	2	6	75,0	2																			
Immunologie pédiatrique								*																											
Maladies infectieuses pédiatriques	2	2	2		2					1		57	1	0	0,0																				
Néphrologie pédiatrique	1	1	1						4	6	6	59	2	4	66,7	2	7	9	9	48	2	7	77,8												
Neurologie pédiatrique	2	3	3							1		70	1	0	0,0		5	7	8	46		5	n.d.	2											
Pneumologie pédiatrique	0	1	1						9	6	6	48	3	3	50,0	2	4	4	4	43	2	2	50,0	1											
Rhumatologie pédiatrique	2	1	1		1				3	8	10	s.o.	0	8	100,0																				
Soins intensifs pédiatriques			3						6	7	6	s.o.	0	7	100,0		4	5	8	n.d.	1	4	80,0												
Psychiatrie	115	115	117	n.d.	10	105	87,0	2	273	222	224	54	14	208	93,7	10	220	231	236	56	33	198	85,7	6	29	31	35	46	18	13	41,9				
Soins intensifs (adulte)									32	22		49	1	21	95,5	5	15	28	26	40	0	28	100,0												
Urgentologie									35	25	35	s.o.	0	25	100,0																				
Radiologie																																			
Médecine nucléaire									1	8	5	s.o.	0	8	100,0		24	22	23	45		22	100,0		14	12	12	45	6	6	50,0				
Radiologie diagnostique	45	47	53	47		47	100,0		67	57	70	51	3	54	94,7		n.d.	91	91	47,5	91	0	0,0		18	22	22	40	6	13	59,1	1		2	
Radio-oncologie	11	13	15	45		13	100,0		17	21	24	48	2	19	90,5		8	12	14	42	0	12	100,0												
Santé communautaire	19	19	n.d.	50.5	15	4	42,1	12	9	6	6	48	3	3	50,0	1	34	39	38	52	16	23	59,0	1	20	15	16-17	43	8		0,0	1	3	6	
TOTAL	1127	1370	1135		131	1251			1909	1788	1744		185	1603			1481	1746	1456		342	1441			529	516	556		188	274		23		31	

* Données sous la contrepartie adulte

**N.B. : Les données contenues dans ce tableau sont incomplètes.

Total du personnel enseignant : 5420
 Total des PEC : 4508 (83 %)

Annexe J Subventions et contrats de recherche pour les programmes de spécialités médicales pour l'année académique 95-96 (en K\$)

Laval					McGill ¹				UdeM				UdeS ²				TOTAL (K\$)	
PROGRAMMES	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)		
	Org. SIRU	Autres org.			Org. SIRU	Autres org.			Org. SIRU	Autres org.			Org. SIRU	Autres org.				
1	Spécialités de laboratoire																	
	Anatomo-pathologie	84,4			84,4	665,1			665,1	812,4	803,6	2042,5	3658,5	20,6	242,0		262,6	4670,6
	Biochimie médicale	846,9	142,7	989,6	1979,1	65,3			65,3					593,4	58,7	223,3	875,4*	2854,5
	Génétique médicale					1661,6			1661,6	1266,5	351,3	150,6	1768,4					3430,0
	Microbiologie médicale et infectiologie	1337,0	49,0	2547,0	3933,0	757,0	1442,0	1259,0	3458,0	1366,2	207,6	528,2	2102,0	630,5	607,9	29,0	1267,5	10760,5
2	Chirurgie					4445,3		60,0	4505,3									4505,3
	Chirurgie cardiaque									1467,2			1467,2					1467,2
	Chirurgie générale	958,0	67,0	595,0	1620,0					1445,7			1445,7		119,3	0,2	119,4	3185,2
	Chirurgie oncologique																	0,0
	Chirurgie orthopédique (orthopédie)				0,0					66,5	69,0		135,5	82,9	80,4	317,5	480,8	616,3
	Chirurgie pédiatrique									5,6	97,0		102,6					102,6
	Chirurgie plastique									229,8	49,0	459,1	737,9					737,9
	Chirurgie vasculaire												0,0					0,0
	Neurochirurgie			90,0	90,0					82,2	100,0	182,2	364,5		30,3		30,3	484,8
	Obstétrique-gynécologie	2653,1		90,0	2743,1	1076,1		80,5	1156,6	674,5	899,3	1240,0	2813,8		147,6	4,8	152,4	6865,9
	• Médecine maternelle et foetale	600,0		25,0	625,0													625,0
	• Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité	288,1	85,6	373,7	747,4													747,4
	• Oncologie gynécologique																	0,0
	Ophtalmologie	462,0	3,3	38,7	504,0	555,3	650,0	1500,0	2705,3	815,6	59,0		874,6	62,8	29,6		92,3	4176,1
	Oto-rhino-laryngologie				0,0	402,4	368,8		771,2	321,0			321,0	100,0	26,7	1,5	128,2	1220,4
	Urologie	280,0		225,0	505,0					84,0	532,1		616,1		26,9	25,0	51,9	1173,0
3	Médecine																	
	Anesthésie-réanimation				0,0	343,0		225,0	568,0	341,2	541,7	0,0	882,9	70,8	211,0	6,1	287,9	1738,8
	Cardiologie	2208,3	986,2	831,1	4025,6					4293,6		4282,5	8576,1	6,6	110,1	465,9	582,6	13184,2
	Dermatologie				0,0						226,8		226,8					226,8
	Endocrinologie (et métabolisme)									2487,2	677,1	3816,9	6981,2	313,9	88,3	317,5	719,7	7700,9
	Gastroentérologie									887,0	1265,0	2152,0	4 304,00*	175,6	27,7	5,0	208,3	4512,3
	Gériatrie	600,0			600,0					1792,2	23,0		1815,2	20,0	40,0	144,8	204,80**	2620,0
	Hématologie (-oncologie)	37,0	350,0		387,0													387,0
	Immunologie clinique et allergie																	0,0
	Médecine familiale	386,0			386,0	276,0			276,0	783,3	87,1		870,4	608,9	472,3	75,0	1156,2	2688,6
	§ Médecine d'urgence		8,0		8,0													8,0

¹ Plusieurs des données sur la recherche ont été regroupées sous de grandes rubriques : chirurgie, obstétrique-gynécologie, médecine, médecine familiale, ophtalmologie, ORL, sciences neurologiques, oncologie médicale, radiologie et pédiatrie

* Données incomplètes (34/45) : comprend adulte et enfant

* Ce chiffre vaut pour l'ensemble du département de biochimie

** Concerne les professeurs de gériatrie exclusivement

² Seuls les budgets universitaires consacrés à la recherche effectuée par les professeurs réguliers ont été retenus. Les subventions n'ont été comptées qu'avec le programme du chercheur principal.

Annexe J Subventions et contrats de recherche pour les programmes de spécialités médicales pour l'année académique 95-96 (en K\$) (suite)

	Laval				McGill ¹				UdeM				UdeS ²				
PROGRAMMES	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	Subv. de recherche		Contrats	Total (K\$)	TOTAL (K\$)
	Org. SIRU	Autres org.			Org. SIRU	Autres org.			Org. SIRU	Autres org.			Org. SIRU	Autres org.			
Médecine interne	7394,4			7394,4	29015,0		1600,0	30615,0	968,1	1150,0	1678,4	3796,5		85,6	47,1	137,71*	41943,6
Néonatalogie/périnatalogie																	0,0
Néphrologie	204,1	1,2		205,3			189,1	189,1	1388,5		871,7	2260,2		49,6	106,3	155,9	2810,5
Neurologie	2312,0	1812,3	240,3	4364,5	16534,8		1673,4	18 208,2						54,2	104,8	159,0	22731,7
Neuropathologie									132,5	30,0		162,5					162,5
Neuroradiologie									1064,5		328,7	1393,2					1393,2
Oncologie médicale					9617,0			9617,0	467,2	1083,8		1551,0					11168,0
Pharmacologie clinique					inactif				n.d.			n.d.					0,0
Physiatrie									450,0			450,0					450,0
Pneumologie	523,4	225,9	995,8	1745,1			133,4	133,4					755,1	45,5	15,0	815,6	2694,1
Rhumatologie									373,0	410,0		783,0	273,1	66,5	107,6	447,2	1230,2
Pédiatrie	152,6	273,1		425,7	5846,4		674,7	6521,1	3521,1	2605,2	1674,5	7800,8	527,3	143,6	92,9	763,8	15511,3
Cardiologie pédiatrique									88,8			88,8					88,8
Endocrinologie pédiatrique									189,1	6,0	11,5	206,6					206,6
Gastroentérologie pédiatrique																	0,0
Hématologie pédiatrique							71,7	71,7									71,7
Immunologie pédiatrique																	0,0
Maladies infectieuses pédiatriques																	0,0
Néphrologie pédiatrique									140,0			140,0					140,0
Neurologie pédiatrique									272,5		61,0	333,5					333,5
Pneumologie pédiatrique									32,0	121,0	153,0	306,0					306,0
Rhumatologie pédiatrique																	0,0
Soins intensifs pédiatriques										60,0	35,0	95,0					95,0
Psychiatrie	2384,2		672,3	3056,5	8103,8		354,3	8458,1	972,9	444,7	1388,3	2805,9	103,2	188,5	140,5	432,2	14752,7
Soins intensifs (adulte)												n.d.					0,0
Urgentologie					107,0	5,3		112,3									112,3
4 Radiologie					10,4	1335,1	146,0	1 491,5									1491,5
Médecine nucléaire									145,0		555,0	700,0	1255,9	251,9	43,6	1551,4	2251,3
Radiologie diagnostique		50,0		50,0					200,0	800,0	2000,0	3000,0		174,4		174,4	3224,4
Radio-oncologie	12922,0	20,0	74,0	13016,0								0,0					13016,0
5 Santé communautaire	2282,0	n.d.		2282,0	3700,0	178,9		3878,9	1696,0	2152,0	109,0	3957,0	294,6	169,8	61,1	525,5	10643,4
TOTAL	38915,3	4074,4	7787,4	50778,1	83181,5	3980,1	7967,1	95128,7	31322,7	14851,2	23720,2	69894,1	5895,1	3548,7	2334,3	11778,1	227579,0

¹ Plusieurs des données sur la recherche ont été regroupées sous de grandes rubriques : chirurgie, obstétrique-gynécologie, médecine, médecine familiale, ophtalmologie, ORL, sciences neurologiques, oncologie médicale, radiologie et pédiatrie

* Sans le tronc commun
² Seuls les budgets universitaires consacrés à la recherche effectuée par les professeurs réguliers ont été retenus. Les subventions n'ont été comptées qu'avec le programme du chercheur principal.

Annexe K

PRODUCTION SCIENTIFIQUE DES PROGRAMMES DE SPÉCIALITÉS MÉDICALES

N.B. Sauf indication contraire, l'inventaire couvre la période comprise entre le 1^{er} juin 1993 et le 31 mai 1996.

Légende

- 1** Articles publiés dans une revue avec comité de lecture
- 2** Articles publiés dans une revue sans comité de lecture
- 3** Chapitres de livres
- 4** Livres
- 5** Communications
- 6** Conférences (sur invitation)

Annexe K Production scientifique des programmes de spécialités médicales (1er juin 1993 au 31 mai 1996) (suite)

	Laval						McGill						UdeM						UdeS						
PROGRAMMES	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
1 Spécialités de laboratoire																									
Anatomo-pathologie	102		7		135	36	251		16	2	100	152	405		33		471	46	18		1		28	2	
Biochimie médicale	53	5	7		98	18	31		2		46	62							6	7			18		
Génétique médicale							600		30				140	14	14		219	78							
Microbiologie médicale et infectiologie	143	7	10		229	147	135	3	24		191	127	308*		43		366		93		3		58	23	
2 Chirurgie																									
Chirurgie cardiaque													89		13	3									
Chirurgie générale	33*	1	5		49	14	193		35	2	98	123	52				38		20	5	12		10	80	
Chirurgie oncologique							20		2		15	19													
Chirurgie orthopédique (orthopédie)	5	2			12	6	60	13	10		28	36	74**	22	9	1	164	46	8				13	3	
Chirurgie pédiatrique							27		4		41	7	50	1	4		85								
Chirurgie plastique							17		7	1	25	7	28		8		55								
Chirurgie vasculaire							12		1	1	8		12												
Neurochirurgie	2		2		12	2	584		71	3			36		14		50	79	3				11	1	
Obstétrique-gynécologie	209	3	45		510	50	25	15	11		87	18	158	23	20	2	343	265	6	3	1		1		
• Médecine maternelle et foetale	29	10	18		65		inactif																		
• Endocrinologie de la reproduction et de l'infertilité	24	16	6		82	15	62		25	1	55	27													
• Oncologie gynécologique																									
Ophtalmologie	15		1	3	105	15	60*		12		150	30	50	15	2		225	10	3	2	1		9	11	
Oto-rhino-laryngologie	16				12	1	87	6	2		100	150	9	n.d.											
Urologie	37		2		63	37	166		7		347		32	19	12	1	148	133	5						
3 Médecine																									
Anesthésie-réanimation	6	1	1		3		107		15	1	46	165	70	22	58	1	96	147	19		8	1	5	10	
Cardiologie	73	3			252	n.d.	79	1	6		70	69	320	100	36	1	400	100	8				1	26	
Dermatologie	7	6			9		6		1			1	26	19			190	70							
Endocrinologie (et métabolisme)							253	(à compléter)						327	28	40	1	400	200	49	5	2		65	16
Gastroentérologie							88	7	8		117	80	231***	46	41	2	411	335	7	9	4	1	51	108	
Gériatrie	10	3	3		n.d.	20	167	3	18		221	223	16	9	35	1	84	94	26	20	13	1	55	33	
Hématologie (-oncologie)	10	3	1	2	30	20	n.d.																		
Immunologie clinique et allergie							80	10	5		100	90													
Médecine familiale	7	10	3	8	271	54	843	10	3	2	66	216	26	60	6		142	5	52	35*	4		101	66	
§ Soins aux personnes âgées	26	20	4		175	7	inactif																		
§ Soins mère-enfant																									
§ Médecine d'urgence	5	30	1			n.d.																			

* Données partielles

* Valeur pour la période 96-97

* Données pour 94 à 96 inclusivement

* Nos 2 à 6 : pour les professeurs à temps plein seulement

** Données incomplètes (15/34)

*** Données incomplètes (34/45)

Annexe K Production scientifique des programmes de spécialités médicales (1er juin 1993 au 31 mai 1996) (suite)

	Laval						McGill						UdeM						UdeS						
PROGRAMMES	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
Médecine interne	73			1			532	36	37	3	1000	s.o.	88	22	12	2	100	30	9	2	2		11	6	
Néonatalogie/périnatalogie									n/d																
Néphrologie	33	3			63	8	50		3		144	62	183	n.d.	31	1	457	105	20	2	6		6	46	
Neurologie	70	7	13		93	85	584*		71	3									12		1		60	27	
Neuropathologie							**						18		2		110	3							
Neuroradiologie											14	47	171	24	13	1	339	110							
Oncologie médicale							205	12	15	1	20	3	78	5	6	1	82	30							
Pharmacologie clinique							inactif						44	35	5		59	237							
Physiatrie													45	52	3	2	22	145							
Pneumologie	33		17	4	52	10	228		30		440	80													
Rhumatologie							60	3	8		120	10	60	10	2		50	50	37	34			95	24	
Pédiatrie	92	13	12	2	63	122	477		42				520	101	100	2	811	100							
Cardiologie pédiatrique							7		2		16	27	30			3	79	34							
Endocrinologie pédiatrique							40		5		37	19	31*	10	6		51	23							
Gastroentérologie pédiatrique							inactif																		
Hématologie pédiatrique							49	2	11		41	32													
Immunologie pédiatrique							***																		
Maladies infectieuses pédiatriques							***																		
Néphrologie pédiatrique							30	2	2		32	11	12	3	3		10	5							
Neurologie pédiatrique							*						39	5	21		55	49							
Pneumologie pédiatrique							81	1	8	1	70	42	4	5	5		25	37							
Rhumatologie pédiatrique							7				22	5													
Soins intensifs pédiatriques							12		2		18	26	17		62	2	22	18							
Psychiatrie	200*	7	35	8	287	194	772	3	143	12	734	826	317	42	92	18	468	224	34*	4	3		41	120	
Soins intensifs (adulte)							105		9		126	30	18		1										
Urgentologie							5																		
4 Radiologie																									
Médecine nucléaire							28		1		15	26	98**		8	1	169	136	31	21			10	6	
Radiologie diagnostique	19		3		54	15	221	1	33	0	529	502	24***	17	5		101	99	11	10	1	1	68	79	
Radio-oncologie	21		(à compléter)				61		12		109	13	14		4		25	10							
5 Santé communautaire	25**	2	16	2	69	n.d.	175						210	139	25	8	431		39	11	3		25	9	
Total	1378	152	212	30	2793	876	7682	128	749	33	5398	3363	4480	848	797	51	7353	3053	516	170	65	4	742	696	
Total RAC = 14056																									

* Pour les années 95, 96, 97 et le 1er trimestre 9
 ** Pour les professeurs (en 1995) et les résidents (1993-95)

* Les données pour les programmes de neurochirurgie et de neurologie (adulte et e
 ** Données sous anatomopathologie
 *** Données sous la contraprtie adulte

* Excluant les collaborations
 ** Nos 1, 3 et 4 : du 1er janv. 1993 au 31 déc. 1995
 *** Données couvrant la période de 96-97 et portant sur 52 professeurs

* N'inclut pas les publications des PEC