

**AVIS  
SUR LE PROJET DE LA POLITIQUE TRIENNALE  
DES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE  
FORMATION DOCTORALE ET POSTDOCTORALE  
EN MEDECINE DE 1997-1998 A 1999-2000**

**Décembre 1996**

**CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC**

**(AVIS 96-03)**

---

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
1. LES NOUVELLES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE DOCTORAT EN MEDECINE .....	2
1.1 Le contingent régulier .....	2
1.2 Les contingents particuliers .....	3
2. LES PLACES RÉMUNÉRÉES DE RÉSIDENCE .....	5
2.1 Le contingent régulier .....	5
2.2 Les contingents particuliers .....	7
2.2.1 Les diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) .....	7
2.2.2 Les Canadiens diplômés dans une faculté de médecine canadienne non québécoise et les citoyens américains diplômés aux États-Unis .....	10
3. LES MONITEURS.....	10
4. RECOMMANDATIONS.....	11

N.B. Le genre masculin utilisé dans ce texte inclut les hommes et les femmes

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991. Ses premiers membres ont été nommés par le Gouvernement le 13 avril 1993. Au moment de l'adoption de ce document, les membres du Conseil ayant droit de vote étaient les suivants :

**Dr Juan Roberto Iglesias, Président**

Vice-doyen  
Faculté de médecine de l'Université de  
Sherbrooke

**Dr Luc Deschênes, vice-président**

Chirurgien  
Hôpital du Saint-Sacrement

**Dr Marc A. Bois**

Cardiologue  
Institut de cardiologie de Montréal

**Dr André Bonin**

Pathologiste  
Cité de la Santé de Laval

**Madame Hélène Cuddihy**

Étudiante en médecine  
Université de Sherbrooke

**Dr Yves Dugré**

Oto-rhino-laryngologiste  
Centres hospitaliers Sainte-Marie et  
Saint-Joseph de Trois-Rivières

**Dr Marie Girard**

Omnipraticienne  
Hôpital du Saint-Sacrement

**Dr Catherine Hankins**

Santé communautaire  
Direction de la santé publique  
Montréal-Centre

**Dr David Hehlen**

Résident en ophtalmologie  
Université Laval

**Dr Joëlle Lescop**

Secrétaire générale  
Collège des médecins du Québec

**Monsieur Jean-Marc Maloney**

Administrateur,  
Directeur général  
Centre de santé de Port-Cartier

**Dr Michel Maziade**

Psychiatre  
Centre de recherche  
Centre hospitalier Robert-Giffard

**Dr André Munger**

Omnipraticien  
CLSC SOC de Sherbrooke

**Madame Marie Pineau**

Pharmacienne  
Hôpital général de Montréal

Le présent avis du Conseil découle d'un rapport du Comité sur les effectifs médicaux, composé des personnes suivantes : Dr André Bonin, Mme Hélène Cuddihy, Dr Yves Dugré, Dr Marie Girard (présidente), Dr David Hehlen. Ont aussi participé aux travaux du comité Dr Yvan Asselin et M. Christian Coutlée de la Permanence du Conseil.

---

## INTRODUCTION

Le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000 s'inscrit dans le contexte d'un vaste chantier de transformation du système de soins de santé au Québec. Ces transformations ont pour but d'adapter le système de soins aux nouvelles possibilités qu'offrent les développements technologiques fulgurants dans les domaines de la médecine, de l'imagerie, de la chirurgie et de la pharmacologie. Elles favorisent de plus l'adaptation du système de soins de santé aux nouvelles réalités budgétaires qui contraignent la plupart des gouvernements occidentaux à stabiliser, lorsque ce n'est pas à réduire, leurs dépenses.

Jusqu'à maintenant, la rationalisation et la transformation du réseau d'établissements, conséquente à la diminution des durées de séjour et à l'intensification de la chirurgie d'un jour favorisées par les développements technologiques, a entraîné des fusions impensables il y a quelques années à peine, exigé des changements de vocation que l'on croyait séculaire et provoqué des fermetures que personne ne s'était résigné à faire auparavant. Tous ces changements ont permis de ramener le nombre de lits de courte durée d'un peu plus de 3 à 2,5 par 1 000 habitants. Les évaluations des experts occidentaux indiquent que le ratio de lits de courte durée pourrait s'établir à 2, voire même 1,8 lit par 1 000 habitants.

Si ces changements permettent une réduction du nombre de lits de courte durée, ils ont également des impacts majeurs sur la façon de fournir les services. De meilleurs moyens diagnostiques, des procédures chirurgicales moins invasives et des médicaments de plus en plus efficaces, peuvent avoir une influence sur les besoins en effectifs médicaux. Malheureusement, nous ne connaissons pas encore toute la portée de ces changements.

Par ailleurs, la recherche constante de moyens visant à maintenir ou à améliorer la qualité des soins, dont l'accessibilité, a conduit à un débat sur les mérites de quelques propositions sur l'organisation de la pratique médicale. Dans cette perspective, le Conseil médical du Québec a proposé un modèle d'organisation connu sous le vocable de « hiérarchisation des services médicaux » en vertu de laquelle le médecin de 1<sup>re</sup> ligne devient le pivot de cette nouvelle organisation. La hiérarchisation introduit le concept, nouveau au Québec mais appliqué dans de nombreux pays, de l'inscription d'une personne auprès d'un médecin généraliste. Par cette inscription qui s'apparente à un contrat, une personne s'engage à ne s'adresser directement qu'à ce médecin ou à un collègue remplaçant pour ses besoins médicaux. Pour sa part, le médecin s'engage à fournir à cette personne la gamme des services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne et à l'assurer au besoin de référence en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne. La nouvelle dynamique nécessite de revoir les principes sur lesquels devraient reposer la rémunération des médecins de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes et leur mode de rémunération.

Les orientations gouvernementales sur cette question ne sont pas encore connues. Le Conseil médical du Québec croit cependant que l'implantation de la hiérarchisation des services médicaux aurait des effets bénéfiques sur la qualité des soins et l'efficacité du système. Le Conseil croit en outre que la hiérarchisation implantée selon les conditions qu'il propose, entraînerait des effets positifs sur les besoins en main-d'oeuvre médicale et des changements dans sa composition.

L'incidence sur les besoins réels en main-d'oeuvre médicale des décisions prises jusqu'à maintenant et de celles qui sont imminentes concernant le réseau d'établissements et l'organisation de la pratique médicale n'est pas encore connue clairement. Nous savons cependant que ces décisions constituent les éléments-clés qui conditionneront la planification des effectifs médicaux. Pour l'instant, trop d'inconnu subsiste pour permettre des choix éclairés sur les grands paramètres du projet de politique triennale débutant en 1997. Le Comité sur les effectifs médicaux se limite donc à formuler des propositions d'aménagement de certaines des dispositions contenues dans le projet de politique.

Cette position du Conseil est justifiée aussi par le fait qu'aucune proposition consensuelle n'a été élaborée pour ajuster ou remplacer le modèle de projection en vigueur depuis l'adoption de la première politique triennale en 1989 et dont tous les intervenants admettent aujourd'hui les limites.

Suite à la recommandation qu'il formulait à cet effet dans l'avis sur la politique triennale débutant en 1996, le Conseil a entrepris des travaux sur les objectifs qui doivent être recherchés par la planification de la main-d'oeuvre médicale et les moyens de les atteindre en tenant compte de nombreuses variables liées, entre autres, à l'évolution de la pratique, aux développements technologiques, aux transformations du réseau et aux modes d'organisation des services.

Le Conseil 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 formation.

## **1. LES NOUVELLES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE DOCTORAT EN MEDECINE**

### **1.1 Le contingent régulier**

Le projet de politique triennale débutant en 1997 propose de maintenir le nombre de nouvelles inscriptions à 457, dont 406 pour le contingent régulier. En raison de l'incertitude qui prévaut quant aux orientations concernant l'organisation de la pratique médicale, le Conseil considère qu'il est impossible de formuler quelle que recommandation que ce soit sur le nombre de nouvelles admissions en médecine, sinon un « temps d'arrêt » dans sa variation en attendant que ces orientations soient connues et que leurs effets soient évalués.

Cependant, le Conseil pense qu'advenant l'urgence ou la nécessité de réduire le nombre de médecins, il vaut mieux agir par le biais de mécanismes à la sortie (flexibilité et efficacité démontrées par les programmes d'allocation à la retraite et économies immédiates) que par l'entrée en faculté dont les effets ne sont tangibles qu'au terme de six à dix ans après la décision. Le Conseil pense également qu'il est souhaitable de maintenir l'accès du plus grand nombre possible de diplômés d'institutions d'enseignement québécoises aux études médicales plutôt que de leur faire porter encore le fardeau d'une réduction et de contribuer ainsi au vieillissement de la main-d'oeuvre médicale.

Dans l'avis sur le projet de politique triennale débutant en 1996<sup>1</sup>, le Conseil recommandait de réserver les 406 inscriptions du contingent régulier à des étudiants issus du système d'éducation du Québec. En raison de la diminution de 75 du nombre d'admissions au cours des trois dernières années, le Conseil trouve toujours inopportun d'autoriser des places pour des étudiants provenant d'autres provinces et territoires canadiens dans le contingent régulier. Le Conseil insiste donc de nouveau pour que les 406 inscriptions dans le contingent régulier soient réservées exclusivement aux étudiants issus du système d'éducation du Québec. D'ailleurs, il existe un mécanisme favorisant l'inscription de candidats d'autres provinces et territoires canadiens. Il s'agit des contingents particuliers dont il est question dans le chapitre suivant.

## **1.2 Les contingents particuliers**

Le projet de politique suggère de répartir les 51 inscriptions restantes (457-406) dans deux contingents particuliers soit, dans le contingent établi en vertu de l'entente du Québec avec le Nouveau-Brunswick et dans le contingent des personnes étrangères munies d'un « visa d'étudiant ». Dans le cas du contingent de 21 inscriptions réservées aux personnes admissibles dans le cadre de l'entente intergouvernementale Québec et Nouveau-Brunswick favorisant la non-installation de ces étudiants au Québec après leur formation, le Conseil y voit des avantages pour les universités.

En effet, tout en reconnaissant le bien-fondé et l'importance du rayonnement international des facultés de médecine du Québec ainsi que l'apport intellectuel et culturel incontestable des étudiants, résidents et moniteurs étrangers, le Conseil s'inquiète du fait qu'un certain nombre d'entre eux s'installent au Québec au terme de leur formation. Cette inquiétude est d'autant plus vive que le contexte incite les décideurs à resserrer l'évaluation des besoins en effectifs médicaux entraînant ainsi une diminution des admissions dans le contingent régulier, limitant d'autant les possibilités d'étudiants issus du système d'éducation du Québec.

---

<sup>1</sup> *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999*

Dans cette perspective visant à assurer le rayonnement de nos universités tout en favorisant la non-installation de médecins qui n'auraient pas été prévus dans la planification globale des effectifs médicaux, le Conseil est favorable à la conclusion avec des gouvernements d'autres provinces ou territoires canadiens et même de l'extérieur du Canada, d'ententes semblables à celle conclue avec le Nouveau-Brunswick.

Dans cette même optique, le Conseil manifeste beaucoup de réserves à l'endroit du contingent particulier de 30 inscriptions pour des étudiants de nationalité étrangère munis d'un « visa d'étudiant ».

Le Conseil tient d'abord à signaler que la notion de visa dans la Loi de l'immigration canadienne n'est pas liée au statut d'étudiant mais à celui des ressortissants de certains pays spécifiques. Pour la formation en médecine, l'étudiant étranger doit disposer d'un permis de séjour d'étudiant (et un visa le cas échéant, selon sa provenance). Il doit en outre détenir un permis de travail. Il n'est cependant pas tenu d'obtenir la validation du Centre d'emploi du Canada, comme c'est le cas pour certains autres professionnels ou gens de métier. Cependant, tout étudiant en médecine muni d'un permis de séjour d'étudiant peut, au terme de sa formation, obtenir un permis de travail si ce dernier est relié à sa discipline de formation. Le permis, valide pour une année, peut être renouvelé année après année. Rien n'empêche un étudiant, un résident ou un médecin de demander sa résidence permanente pourvu que cette demande soit faite à partir d'une ambassade ou d'un consulat canadien.

Cela montre que non seulement le « visa d'étudiant » n'existe pas dans la loi mais qu'il est relativement facile pour un étudiant étranger, de s'installer au Québec au terme de sa formation.

Dans son avis sur le projet de politique triennale débutant en 1996, le Conseil avait recommandé l'élaboration de mesures, juridiques ou autres, garantissant la non-installation au Québec des médecins issus de contingents d'étudiants ou de résidents qui n'ont pas été prévus dans la planification globale des effectifs médicaux.

Cette recommandation du Conseil médical a d'ailleurs fait l'objet d'une décision du Conseil des ministres lors de la promulgation du décret sur la politique triennale débutant en 1996<sup>2</sup>. Le Conseil des ministres demandait d'accélérer les travaux en ce qui concerne la recommandation du Conseil médical relative à la non-installation au Québec de médecins issus de contingents d'étudiants ou de résidents non québécois.

Le Conseil constate que ces travaux ne sont pas terminés et que le projet de politique triennale débutant en 1997 perpétue le maintien du mécanisme d'engagement à pratiquer pendant quatre années consécutives en établissement désigné par le ministre si le médecin décide de s'installer malgré tout au Québec. En plus, s'il ne respecte pas

---

<sup>2</sup> Réunion du Conseil des ministres, Décision 96-084, 1<sup>er</sup> mai 1996

---

son engagement, il n'a qu'à déboursier une pénalité de 200 000 \$ pour pouvoir pratiquer où il veut au Québec en plus d'avoir accès à la rémunération à vie par la RAMQ.

Le Conseil réaffirme que ces dispositions transmettent un message ambigu et lourd de conséquences à plus d'un égard. D'une part, comme les établissements désignés se situent généralement en région, cette mesure constitue, pour le Conseil, un dénigrement de cette pratique et vient à contre-courant des efforts qui sont déployés pour favoriser l'installation de médecins dans toutes les régions du Québec.

De plus, la pénalité de 200 000 \$ revient à dire qu'il existe un prix relativement peu élevé pour quiconque veut contourner des règles connues et admises par tous pour l'installation d'un médecin au Québec.

Dans ces circonstances, le Conseil ne peut que déplorer la situation et recommander de nouveau l'instauration rapide de mesures appropriées, à défaut de quoi, il propose de reconsidérer le maintien de ces contingents.

## **2. LES PLACES RÉMUNÉRÉES DE RÉSIDENCE**

### **2.1 Le contingent régulier**

Le Conseil partage la décision d'autoriser la rémunération dans le contingent régulier, 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);
- être médecin de retour de pratique;
- ou être déjà inscrite ou inscrit dans un programme de résidence au Québec et vouloir changer de programme en changeant de cohorte.

Cependant, pour les raisons déjà évoquées, le Conseil réaffirme ses réserves quant aux places de résidence autorisées pour les citoyens canadiens venant de l'extérieur du Québec qui ne font pas partie du programme CARMS ou qui n'ont pas été prévus dans la planification. Le Conseil croit qu'il est essentiel que ces postes soient accordés dans le cadre d'ententes intergouvernementales à défaut de mesures garantissant la non-installation de ces médecins au Québec.

Par ailleurs, le Conseil est d'accord, pour l'instant et en l'absence d'indications contraires, avec la proposition visant à réduire le nombre de places de résidence en spécialité de 330 à 308 dans le but de maintenir le ratio 50/50 d'omnipraticiens et de spécialistes.

Le Conseil est également d'accord avec la proposition d'abolir le programme de places avec engagement en établissement désigné puisqu'il l'avait déjà recommandée au début de 1996.

Par ailleurs, le Conseil reconnaît l'importance des spécialités de base dans l'organisation des services mais s'interroge sur les recommandations faites notamment pour la chirurgie générale. Le Conseil a constaté, à ce sujet, une différence notable de perception des besoins en chirurgie générale entre le MSSS et l'Association des chirurgiens généraux du Québec. Après avoir analysé la situation, cette dernière avait en effet recommandé une diminution de neuf places de résidence dans cette spécialité.

De plus, lors d'une récente consultation (entre le 21 octobre et le 15 novembre 1996) effectuée conjointement par la Conférence des régies régionales et le MSSS auprès des responsables régionaux des plans d'effectifs médicaux, il est également ressorti que les besoins en chirurgie générale sont peu élevés. En conséquence, le Conseil propose donc de réduire le nombre de places rémunérées de résidence en chirurgie générale et de répartir les places ainsi libérées dans les spécialités des groupes A et B, selon les règles de transfert prévues par la présente politique.

Le rapport<sup>3</sup> de la consultation auprès des responsables régionaux des plans d'effectifs médicaux attire l'attention sur la mésadaptation de la formation des résidents, dans certaines spécialités, pour la pratique en région. Le rapport souligne en effet :

« Du côté de la formation, notamment en chirurgie générale et en médecine interne, on constate un écart assez important entre ce que les finissants peuvent accomplir et ce qu'une pratique en régions éloignées exige en termes de polyvalence et d'expertise ».

Le Conseil a déjà souligné, dans un avis<sup>4</sup> la nécessité pour toutes les facultés de médecine d'implanter des stages de formation en région. Les résultats de la consultation amènent le Conseil à proposer le renforcement de tels stages de formation en région en adaptant les cursus en conséquence.

Le Conseil reconnaît également qu'il puisse y avoir une carence d'effectifs dans les sous-spécialités de la pédiatrie, mais il n'est pas convaincu que le moyen choisi de n'autoriser des nouvelles places en pédiatrie qu'à ceux qui se destinent à une sous-

---

<sup>3</sup> Plans régionaux d'effectifs médicaux. Bilan des consultations des régies régionales, 26 novembre 1996

<sup>4</sup> *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998*

spécialité soit réaliste et efficace. Les candidats qui emprunteraient cette voie pourraient toujours exercer la pédiatrie générale au terme de leur formation en pédiatrie alors qu'à l'évidence, le Québec dispose déjà d'un surplus de pédiatres généraux. Le Conseil attire également l'attention sur le fait que des résidents déjà en formation pourraient s'être orientés vers les sous-spécialités de la pédiatrie de sorte que les postes disponibles pourraient avoir été comblés par les résidents de cohortes précédentes. On reproduirait alors le même scénario vécu avec les postes de résidence avec engagement. Le Conseil recommande de ne pas lier les nouvelles places en pédiatrie à l'obligation pour les nouveaux résidents d'aller dans une sous-spécialité de la pédiatrie. Il recommande plutôt l'utilisation de mesures incitatives pour solutionner le problème en garantissant un poste, selon un plan d'effectifs approprié et dûment approuvé, aux résidents qui décideraient de s'orienter vers une sous-spécialité de la pédiatrie.

En ce qui concerne la psychiatrie, le Conseil ne croit pas, outre le message qu'il transmet, que le changement de groupe de C à B puisse modifier de quelque façon que ce soit, la pénible situation de la difficulté sans cesse confirmée d'accès aux services en psychiatrie. D'une manière générale, le Conseil croit que les problèmes reliés à l'accès aux services psychiatriques relèvent davantage du mode d'organisation des services de santé mentale que d'un réel déficit d'effectifs dans cette spécialité.

## **2.2 Les contingents particuliers**

### **2.2.1 Les diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis (DHCEU)**

Le Conseil a déjà exprimé sa surprise et veut attirer l'attention sur le succès exceptionnel et, pourrait-on dire, hors de toute attente, des DHCEU à l'examen-concours de 1996 administré par le Collège des médecins du Québec. Ces résultats ont surpris tous les observateurs, à telle enseigne que le sous-ministre adjoint a senti la nécessité de demander des renseignements au Collège des médecins du Québec.

Il ressort des explications du Collège que les DHCEU ont subi le même examen que les étudiants en médecine de Laval. Cependant, les étudiants de l'Université Laval devaient obtenir au moins 60 % dans chacune des deux portions de l'examen (écrit et type ECOS) en plus d'obtenir au moins 60 % à chacun des six sous-groupes de questions (médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, psychiatrie et médecine sociale) à l'examen écrit. Les étudiants de Laval qui n'obtenaient pas 60 % dans chacun des sous-groupes devaient reprendre la partie non réussie de l'examen écrit. Quant aux DHCEU, ils devaient eux aussi obtenir 60 % dans chaque portion de l'examen mais ce 60 % n'était pas obligatoire pour chacun des six sous-groupes. Si la règle avait été la même que celle appliquée aux étudiants de Laval, (60 % dans chacun des sous-groupes), seulement 18 DHCEU auraient réussi l'examen.

Cette façon de faire n'est pas équitable et ne respecte pas l'esprit et la lettre de l'*Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*, dans lequel, le Conseil médical proposait :

« de prendre les dispositions nécessaires afin que l'examen (volets théorique et clinique) auquel seraient soumis désormais les DHCEU soit évalué docimologiquement selon les mêmes critères que ceux utilisés pour les étudiants de quatrième année des facultés de médecine du Québec en tenant compte particulièrement de l'importance de réussir séparément chacune des deux composantes (théorique et clinique), ainsi que chacune des composantes de la partie théorique<sup>5</sup>».

Le Conseil suggère donc que le libellé de la Politique triennale débutant en 1997 concernant l'examen-concours de 1997 soit conforme à la proposition du Conseil à ce sujet.

Le Conseil suggère de modifier l'article H du chapitre 2.2 du projet de *Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000*, en remplaçant tout ce qui suit le mot inscription par les mots : « ont réussi l'examen-concours administré par le Collège des médecins du Québec » et d'y ajouter le paragraphe suivant :

« Il est entendu que l'examen-concours utilisé et soumis aux DHCEU est en tout point similaire à celui administré aux étudiants en médecine formés à l'Université Laval et que chaque volet de cet examen (théorique et ECOS) est évalué docimologiquement selon les mêmes critères que ceux toujours utilisés pour les étudiants formés à l'Université Laval, en tenant compte particulièrement de l'importance de réussir séparément chacune des deux composantes de l'examen (théorique et ECOS) ainsi que chacune des composantes de la partie théorique<sup>6</sup>».

Il n'est pas apparu utile pour les membres du Conseil de faire la démonstration du bien-fondé de cette recommandation qui apparaît évidente à sa face même.

---

<sup>5</sup> En 1996, la Faculté de médecine de l'Université Laval était la seule au Québec à utiliser ce genre d'examen, appelé examen-synthèse, pour sanctionner la formation de ses étudiants. C'est ce même examen que le Collège des médecins du Québec utilise pour sanctionner la formation des DHCEU. En 1996, les DHCEU admis à l'examen-concours ont été soumis à l'examen-synthèse en même temps que les finissants de la Faculté de médecine de Laval.

<sup>6</sup> La Faculté de médecine de l'Université Laval envisage présentement la possibilité d'utiliser d'autres moyens que l'examen-synthèse usuel pour évaluer la formation de ses finissants. Cependant, comme la décision de la faculté à ce sujet ne sera pas prise avant février 1997, les experts du Centre d'évaluation des sciences de la santé de l'Université Laval (CESSUL) préparent un examen-synthèse pour 1997 dans l'éventualité où ce dernier serait maintenu en vigueur. Quelle que soit la décision de la faculté, l'examen-synthèse préparé pour 1997 sera utilisé lors du dernier examen-concours prévu pour les DHCEU.

Dans la politique triennale débutant en 1996, le paragraphe 1.F permettait aux universités, pour le contingent régulier des programmes de doctorat de 1<sup>er</sup> cycle, de remplacer en cours de formation, parmi toutes les personnes inscrites au doctorat, jusqu'à un maximum annuel de huit étudiantes ou étudiants qui abandonnent de façon définitive leurs études de 1<sup>er</sup> cycle en médecine. Ce nombre pouvait être réduit, en 1996-1997 et 1997-1998 en vertu de 2.N. L'objectif de cette disposition consistait à pouvoir intégrer les DHCEU qui obtiendraient la note de passage aux deux derniers examens-concours de 1996 et 1997, en évitant de perturber la planification initiale des effectifs médicaux.

Cependant, le paragraphe 2.N de cette politique prescrivait de réduire le nombre de nouvelles inscriptions autorisées en vertu de 1.F, d'un nombre équivalent aux places de résidence comblées en vertu de 2.L. Et le paragraphe 2.L concernait l'autorisation, en 1996-1997 et 1997-1998, de rémunérer comme résidente ou résident tous les DHCEU qui avaient obtenu la note de passage aux concours de 1996 et 1997 administrés sous la responsabilité du Collège des médecins du Québec.

Comme 35 DHCEU ont réussi l'examen-concours en 1996 et en concordance avec les provisions de la politique précédente, le Conseil recommande d'ajouter à l'article L du chapitre 2.2 du présent projet de politique, une précision qui ferait en sorte que l'article se lirait comme suit :

« De réduire le nombre de nouvelles inscriptions autorisées, en vertu de 1.G, dans le contingent régulier des programmes de doctorat de 1<sup>er</sup> cycle, d'un nombre équivalent aux places de résidence comblées en vertu de 2.I de la présente politique et 2.L de la politique triennale ayant débuté en 1996 ».

Le Conseil recommande de plus que cette procédure soit retenue dans la politique triennale des prochaines années jusqu'à l'annulation du nombre de postes de résidence accordées aux DHCEU à la suite des examens-concours de 1996 et 1997.

Toujours concernant les DHCEU et considérant qu'il s'agit du dernier examen-concours et que, dorénavant tous les DHCEU devront être intégrés par le biais des programmes de doctorat en médecine, le Conseil juge qu'il est essentiel, pour éviter d'éventuels recours, d'amender la *Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux (S-4.2/121 (48))*. Le Conseil considère en effet que dans les circonstances, il faille supprimer de la loi, le 4<sup>e</sup> alinéa de l'article 503 qui stipule que :

« Le gouvernement peut en outre, s'il le juge opportun, autoriser certains postes supplémentaires de stagiaires dans les programmes de formation médicale post-doctorale destinés aux étudiants diplômés d'une université ou école située hors du Canada et des États-Unis à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d'une clause pénale le cas échéant, à pratiquer pour une période de quatre ans dans la région ou pour l'établissement que le ministre détermine ».

---

### **2.2.2 Les Canadiens diplômés dans une faculté de médecine canadienne non québécoise et les citoyens américains diplômés aux États-Unis**

En principe, le Conseil n'a pas d'objection au maintien de ces contingents si, d'une part, des mesures juridiques ou autres garantissant leur non-installation au Québec sont mises en place et si, d'autre part, les ressources disponibles ne limitent pas l'accès à des places de résidence en spécialité à des diplômés en médecine du Québec.

## **3. LES MONITEURS**

Le danger de contournement de la politique des places rémunérées de résidence par les moniteurs et le risque de les voir s'installer au Québec au terme de leur formation sont tellement flagrants que les sept paragraphes qui leur sont consacrés dans le projet de politique triennale débutant en 1997 y font référence sans équivoque.

Les multiples appels à la prudence adressés au Collège des médecins du Québec dans l'émission des cartes de stage sont éloquentes et loin de dissiper les craintes.

En conséquence, comme pour les étudiants et les résidents non québécois, le Conseil recommande de n'accorder, pour les moniteurs susceptibles de contourner la planification globale des effectifs médicaux ou la politique des places rémunérées de résidence en médecine, le statut de moniteur qu'aux personnes liées par des ententes intergouvernementales ou interuniversitaires assurant leur retour dans leur province ou leur pays d'origine au terme de leur formation tant que des mesures générales garantissant leur non-installation au Québec ne sont pas implantées.

#### **4. RECOMMANDATIONS**

##### **Le Conseil recommande**

- 1. D'accepter la proposition de maintenir à 406 le nombre d'admissions dans le contingent régulier.**
- 2. De réserver ces 406 inscriptions du contingent régulier à des étudiants issus du système d'éducation du Québec.**
- 3. De prioriser l'accès des jeunes aux études médicales en favorisant des mécanismes de sortie (flexibilité et efficacité démontrées par les programmes d'allocation à la retraite) advenant l'urgence ou la nécessité de réduire le nombre de médecins.**
- 4. De n'autoriser l'inscription, dans le programme de doctorat en médecine, d'aucun étudiant qui ne soit pas issu du système d'éducation du Québec s'il n'est pas lié par une entente intergouvernementale favorisant sa non-installation au Québec au terme de sa formation.**
- 5. D'instaurer immédiatement des mesures juridiques ou autres, garantissant la non-installation au Québec de médecins issus de contingents d'étudiants ou de résidents autres que ceux du contingent régulier de Québécois et qui n'ont donc pas été prévus dans la planification globale des effectifs médicaux.**
- 6. De réduire le nombre de places rémunérées de résidence en chirurgie générale et de répartir les places ainsi libérées dans les spécialités des groupes A et B selon les règles de transfert prévues par la présente politique.**
- 7. De renforcer le développement des programmes de formation en région et l'adaptation des cursus en conséquence.**
- 8. De compléter les travaux visant l'amélioration du processus de détermination des cibles d'entrée de résidence en médecine spécialisée afin de tenir compte, notamment des besoins exprimés par les régions, de la reconfiguration du réseau d'établissements, des allocations de retraite et du nombre de spécialistes actuellement en formation.**
- 9. D'utiliser des mesures incitatives du genre d'une garantie de poste selon un plan d'effectifs approprié et dûment approuvé, pour combler rapidement les besoins dans les sous-spécialités pédiatriques.**

- 
10. **D'examiner d'abord les possibilités d'améliorer les modes d'organisation des services pour les spécialités qui présentent des difficultés d'accès pour la population, avant de proposer automatiquement une augmentation du nombre de spécialistes dans ces dernières.**
  11. **D'exiger que l'examen-concours administré par le Collège des médecins du Québec aux DHCEU possédant, en date du 26 avril 1995, la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent et qui étaient domiciliés au Québec, soit évalué docimologiquement selon les mêmes critères que ceux toujours utilisés pour les étudiants formés à l'Université Laval, en tenant compte particulièrement de l'obligation de réussir chacune des deux composantes de l'examen (théorique et ECOS) ainsi que chacune des composantes de la partie théorique.**
  12. **D'autoriser des places de résidence rémunérées à des Canadiens diplômés dans une faculté de médecine canadienne non québécoise ou à des citoyens américains diplômés aux États-Unis, que si des mesures garantissant leur non-installation au Québec sont mises en place et que les ressources disponibles ne limitent pas l'accès à des places de résidence en spécialité à des diplômés en médecine du Québec.**
  13. **Dans le contexte d'une ouverture internationale, de n'accorder, pour les moniteurs susceptibles de contourner la planification globale des effectifs médicaux ou la politique des places rémunérées de résidence en médecine, le statut de moniteur qu'aux personnes liées par des ententes intergouvernementales ou interuniversitaires favorisant leur retour dans leur province ou leur pays d'origine au terme de leur formation tant que des mesures générales garantissant leur non-installation au Québec ne sont pas implantées.**
  14. **D'abolir le 4<sup>e</sup> alinéa de l'article 503 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.**
  15. **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 limites.**