

MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC

PROJET DE LOI N^o 11

*Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les
médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre*

Commission de la santé et des services sociaux

Le mardi 1^{er} février 2022

Introduction

La Fédération des médecins résidents du Québec remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au projet de loi n° 11 – *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre.*

La FMRQ

La Fédération des médecins résidents du Québec regroupe les associations de médecins résident·e·s des quatre facultés de médecine du Québec, soit environ 4 000 médecins en formation postdoctorale, qui offrent des services à la population au sein des établissements de santé du Québec. La FMRQ représente les médecins résident·e·s au Québec, tant en médecine de famille que dans les autres spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire.

Le parcours professionnel des médecins résident·e·s s'échelonne sur plusieurs années. Après une formation doctorale de 4 à 5 ans, ils et elles amorcent leur résidence en médecine qui est d'un minimum de deux ans en médecine de famille et de 5 à 7 ans dans les autres spécialités. Par la suite, certain·e·s choisiront de réaliser une formation complémentaire, communément appelée *fellowship*, qui peut ajouter d'une à trois années avant qu'ils ne débutent leur pratique. Rappelons que, durant leur résidence, bien qu'ils et elles soient sous la responsabilité professionnelle de médecins en exercice, les médecins résident·e·s sont directement impliqué·e·s dans la dispensation des soins aux patient·e·s.

Nos membres œuvrent autant dans les milieux universitaires qu'en région, et ce, à travers les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U), les hôpitaux, les CLSC ainsi qu'à domicile dans toutes les régions du Québec.

Les médecins résident·e·s travaillent en moyenne 72 heures par semaine, incluant les gardes. Ils et elles évaluent les patient·e·s, déterminent leur plan de traitement, prescrivent des médicaments, pratiquent des chirurgies, des accouchements, etc. Bref, nos membres font tout ce que les médecins en pratique dans leur spécialité sont appelé·e·s à faire, le tout selon leur niveau de résidence.

C'est la FMRQ qui négocie les conditions de travail et de formation des médecins résident·e·s du Québec, de concert avec les quatre associations affiliées.

Nos membres en médecine de famille

Pour nos membres en médecine de famille, ils et elles ont essentiellement les mêmes réalités que ceux et celles des autres spécialités en étant directement impliqué·e·s dans la dispensation des soins aux patients pendant leur résidence, sous la supervision, le plus souvent indirecte, de médecins en exercice, dans les hôpitaux, à l'urgence, sur les étages des hôpitaux, mais également plus spécifiquement au sein des groupes de médecine de famille et dans les services à domicile, des milieux diversifiés où ils vont pratiquer pendant un minimum de deux ans de résidence.

Comme tous les médecins résident·e·s, ceux et celles en médecine de famille évaluent les patients, déterminent leur plan de traitement et prescrivent des médicaments, et ils et elles sont appelé·e·s, selon leur niveau de résidence, à faire tout ce que font les médecins en pratique.

Remarques préliminaires

Un malheureux *timing* pour le dépôt d'un étrange projet de loi en santé

Nous souhaitons d'entrée de jeu exprimer aux membres de la commission que c'est toujours un honneur pour nous d'être invités à partager avec vous notre avis sur des pièces législatives. Cela étant dit, nous nous devons d'exprimer, bien respectueusement, que le moment du dépôt du projet de loi et de la convocation en commission parlementaire au moment où nos membres sont depuis le mois de décembre à combattre une vague de COVID-19 qui aura été sans précédent dans les hôpitaux, nous a laissés quelque peu perplexes. Surtout pour le dépôt d'un projet de loi aussi minimaliste et aux objectifs particulièrement flous. Mais nous avons tout de même fait le nécessaire pour être au rendez-vous.

Entre les paroles et les écrits, la marge est grande

La FMRQ a salué le changement de ton gouvernemental lors de l'annonce du projet de loi n° 11 à l'automne dernier. Cela contrastait avec des propos antérieurs tenus à l'endroit des médecins de famille qui n'étaient certainement pas de nature à motiver des personnes professionnelles de la santé déjà épuisées par 18 mois de lutte intense contre la COVID-19. Des propos qui n'étaient pas non plus de nature à mobiliser la relève médicale pour les inciter à choisir la pratique de la médecine de famille. Nous reviendrons plus loin sur ce continuel défi de l'attractivité de la médecine de famille.

Mais la lecture attentive du texte du projet de loi n° 11 et, surtout, des dispositions législatives qu'il propose de modifier, nous mène à autre chose qu'à ce qui a été dit lors de son annonce. En fait, le projet de loi n° 11 propose apparemment rien de moins que de faire revivre la *Loi favorisant l'accès aux services de médecin de famille et de médecine spécialisée*, la « Loi A-2.2 », qui est une loi aux dispositions n'ayant jamais été mises en vigueur et pour cause, puisqu'elles sont le résultat législatif de l'ancien projet de loi n° 20 de l'ex-ministre Gaétan Barrette.

Un retour aux méthodes de l'ère du ministre Barrette ?

Est-ce donc dire que le gouvernement entend reprendre là où Gaétan Barrette avait laissé ses projets de réforme aux effets catastrophiques dans tout le système de santé du Québec ? Cela nous amène à poser la question, alors que le ministre Dubé a pourtant prétendu que son projet de loi ne contenait aucune mesure de pénalités. Mais la Loi A-2.2, que le projet de loi n° 11 propose de faire revivre, est entièrement pensée avec une logique répressive. Le gouvernement devra donc clarifier quelles sont ses réelles intentions quant à la Loi A-2.2, cette pièce législative ayant été "tablettée" et dont les dispositions n'avaient jamais été mises en vigueur et pour cause. La loi A-2.2, issue de l'ancien projet de loi n° 20 de 2015, visait les médecins de famille et, comme son corollaire qui visait les autres médecins spécialistes – l'ancien projet de loi n° 130 – ces lois en étaient de confrontation et de coercition qui s'en prenaient de front à l'autonomie professionnelle des médecins. L'idée politique derrière ne faisait aucun doute : faire des médecins de parfaits boucs-émissaires des problèmes du système de santé, afin de tenter de faire oublier l'incapacité du gouvernement à remplir ses promesses d'amélioration dudit système. Mais la population du Québec a rejeté cette approche d'affrontement lors de l'élection de 2018. Il est donc plutôt surprenant maintenant, à un an des élections québécoises, de voir le gouvernement actuel tenter de reprendre des recettes qui n'ont eu pour effet que de démoraliser les médecins en attaquant leur réputation avec les effets négatifs que nous subissons encore aujourd'hui.

Comme le projet de loi n° 11 revient donc en fait à relancer le débat quant à l'ancien projet de loi n° 20 de 2015, nous rappellerons ici ce que nous avons écrit aux membres de cette commission à l'époque, qui nous apparaît malheureusement toujours d'actualité et pourrait être applicable au projet de loi n° 11 :

« (...) les mesures proposées (...) ne tiennent pas compte du temps requis pour offrir des soins de qualité, ni des autres responsabilités qui incombent aux médecins de famille (administration, recherche, enseignement, etc.). Le projet de loi [n° 20] est basé sur la fausse prémisse que les médecins diminueraient leur volume de travail par choix. De plus, le projet de loi ne tient pas compte du fait que les délais pour obtenir les soins requis ne s'arrêtent pas à la première ligne. Le ministre néglige de regarder du côté de l'accessibilité aux plateaux techniques, aux médecins spécialistes et aux autres ressources du réseau qui ralentissent l'épisode de soins. Selon nous, les mesures proposées ne tiennent pas compte de tous les facteurs qui minent notre système de santé. Au-delà de la contribution – en heures – des membres de la profession médicale, il importe de rappeler que le système actuel n'offre pas aux médecins les outils, équipements et ressources humaines nécessaires pour accomplir leur travail de manière efficace. »

Les intentions ministérielles derrière le projet de loi n° 11 ne sont pas claires. Le projet de loi pourrait servir essentiellement à doter le ministre de la Santé et des Services sociaux de très larges pouvoirs réglementaires permettant ensuite d'imposer unilatéralement les règles du jeu sans autres débats démocratiques, comme le souhaitait l'ex-ministre Barrette par les dispositions non en vigueur de la Loi A-2.2. Ce qui est clair, c'est que les dispositions de la Loi A-2.2 - que plusieurs croyaient mortes et enterrées après la fin de la triste époque des « réformes Barrette » - pourraient être aujourd'hui mise en vigueur d'un simple coup de baguette par le gouvernement, sans même un seul débat avec les parlementaires. Et le projet de loi n° 11, par son absence de substance se résumant essentiellement à la modification d'articles non encore en vigueur de cette loi de l'ère Barrette, pose la question de savoir s'il est envisagé de revenir à cette époque où l'on croyait pouvoir encadrer le travail des médecins par des méthodes de gestion désuètes, conçues pour améliorer l'efficacité de chaînes de montage dans des usines de produits matériels. Comme si on oubliait qu'une relation où des êtres humains soignent d'autres êtres humains a peu à voir avec la production de biens matériels et les méthodes de gestion à la mode dans le secteur industriel.

Nous posons la question aux membres de la Commission : le gouvernement fera-t-il des dispositions coercitives de la Loi A-2.2, puisque le projet de loi n° 11 ne prévoit pas de les abroger ? La question se pose d'autant plus que le projet de loi n° 11 modifie des dispositions de la Loi A-2.2 qui réfèrent à d'autres dispositions de la même loi qui, elles, n'ont jamais été mises en vigueur et dont le projet de loi n° 11 ne parle même pas. Cela pose la question : quelles dispositions précises de la loi A-2.2 héritée de l'ère Barrette le gouvernement entend-il faire entrer en vigueur si l'actuelle mouture du projet de loi n° 11 était adoptée ? L'esprit et la lettre de la Loi A-2.2 supposent des objectifs productivistes assortis de pénalités financières en cas de non-atteinte, de quotas de patients, de nombre d'heures de disponibilité et d'autres « objectifs » et pénalités. Qu'en sera-t-il par la suite, si le projet de loi n° 11 était adopté tel que proposé, et que nous réserveront le ministre et son gouvernement dans les futurs règlements ? Cela nous inquiète au plus haut point.

Des enjeux et des préoccupations quant à de possibles effets du projet de loi

Évitons les solutions simplistes et regardons la gestion du système dans son ensemble

Lors de l'annonce du projet de loi, le Ministre a dit vouloir compter sur plus de données pour mettre en place un réel système d'indicateurs de performance du réseau de la santé. Selon nous, gérer le système de santé à partir de statistiques liées au nombre de patient·e·s inscrit·e·s ou au nombre d'actes médicaux facturés ne peut garantir que les Québécoises et les Québécois soient soigné·e·s dans les délais médicalement requis. Agir essentiellement en première ligne en fonction de ces chiffres revient à vendre du rêve. Il faut assurer l'arrimage entre la première, la deuxième, la troisième et la quatrième ligne, une approche incontournable pour des propositions d'organisation de soins qui soient porteuses. Ce n'est pas en pénalisant financièrement les médecins que nous arriverons à régler le problème d'accessibilité, alors qu'un manque de médecins fait également partie du problème et que l'adoption du projet de loi n° 11, tel que proposé, ne va certainement pas contribuer à rendre plus attractive la médecine de famille.

Avant d'imposer des objectifs de productivité à nos médecins de famille, il faudrait discuter du manque de soutien administratif dans les cliniques et des trop nombreuses obligations administratives imposées aux médecins de famille et pousser plus loin les initiatives de complémentarité interprofessionnelle avec les autres professionnels de la santé.

Un exemple de discordance entre les paroles et les écrit

Un exemple concret de discordance entre ce que le gouvernement a annoncé lors de la présentation de son projet de loi et le texte à l'étude du projet de loi : le Ministre a parlé de collectiviser l'accessibilité aux soins de première ligne par la voie des groupes de médecine familiale (GMF) ou des regroupements de cliniques. Il a dit vouloir éviter que l'on montre du doigt des individus et nous avons salué ce principe.

Toutefois, le texte du projet de loi, selon nous, permettrait plutôt – s’il devait être adopté tel que présenté – d’individualiser un enjeu qui relève par essence d’une question d’organisation des soins qui ne peut reposer sur les seules épaules des médecins pris individuellement.

Plus précisément, l’article 1 du projet de loi n° 11, qui propose de modifier l’article 11 de la Loi A-2.2, a recours uniquement au singulier lorsqu’il est question d’imposer de nouvelles obligations aux médecins. Le texte du projet emploie les termes « Tout médecin omnipraticien », « il assure le suivi médical », « prévoir les cas et les conditions dans lesquels un médecin peut », etc. Pourtant, d’autres articles de la Loi A-2.2 prévoient une forme de collectivisation des obligations. Par exemple, à l’article 4 de la loi A-2.2, il est écrit que : « Tout médecin omnipraticien (...) doit (...) assurer, individuellement ou avec d’autres médecins au sein d’un groupe de médecine de famille, le suivi médical d’une clientèle [nos soulignés] ». Si le projet de loi n° 11 devait être malheureusement adopté, nous sommes d’avis que ce dernier type de formulation, davantage de nature à prendre en compte les diverses réalités de pratique (nous reviendrons plus loin sur cette question), devrait être retenu.

Si le gouvernement allait de l’avant avec son projet de loi, les parlementaires devraient au minimum s’assurer de ne pas imposer la responsabilité de répondre aux besoins en première ligne qu’aux seuls médecins de famille et encore moins sur une seule base individuelle. Celui-ci doit miser sur la collectivité médicale et paramédicale, les regroupements de médecins en GMF ou en cliniques-réseaux. Cet élément n’est vraiment pas clair avec le texte proposé dans le projet de loi.

Tout miser sur l'inscription de la population auprès d'un·e médecin de famille est un choix politique, pas une fin en soi, ni une panacée

Organiser l'accès à notre système de santé en première ligne autour de l'obligation de chaque personne de s'inscrire sur une liste de patient·e·s liée à un·e médecin de famille en particulier, dans une localisation donnée, est un choix politique. Cette méthode se défend et fait du sens, mais il faut rappeler qu'elle demeure un choix. Toutefois, l'inscription sur une liste liée à un·e médecin de famille ou un groupe de médecins de famille n'est qu'une étape qui est malheureusement parfois présentée comme une fin en soi par une partie de la classe politique, alors que l'accès réel aux soins ne s'en trouve aucunement garanti.

Lors de l'annonce du projet de loi n° 11, le ministre a dit vouloir compter sur davantage de données sur la performance du réseau de la santé et on le comprend, puisque cela est en soi une bonne chose. La volonté de s'appuyer sur des données solides et compter sur un réel système d'indicateurs de performance du réseau de la santé est une nécessité. Mais cela ne doit pas se faire avec une lorgnette limitée au seul travail des médecins ou, pire, uniquement à celui de ceux et celles qui pratiquent en première ligne.

Vouloir gérer l'organisation des soins en première ligne à partir de statistiques liées au nombre de patient·e·s inscrit·e·s ou au nombre d'actes médicaux facturés à la RAMQ par les médecins de famille ne peut en aucun cas garantir que les Québécoises et les Québécois pourraient être soigné·e·s dans les délais médicalement requis, lorsque des soins spécialisés ou des examens diagnostiques plus poussés sont nécessaires. Agir essentiellement sur la première ligne en vendant le mythe de meilleurs soins garantis simplement parce que les noms des payeurs de taxes et d'impôts seraient inscrits sur des listes de patient·e·s revient à leur vendre du rêve. Le système de santé est tellement plus complexe que cela. Tout le monde sait qu'avoir son nom d'inscrit sur une liste d'attente pour une chirurgie, par exemple, ne garantit pas en soi l'accès aux soins dans les délais requis si les ressources humaines, matérielles et financières ne sont pas au rendez-vous.

Voilà pourquoi assurer l'arrimage des soins de première ligne avec ceux des deuxième, troisième et quatrième lignes demeure incontournable à des propositions d'organisation des soins qui soient porteuses d'améliorations tangibles.

Les hypothèses derrière la loi A-2.2 sont sans fondement

Les dispositions non en vigueur de la Loi A-2.2 que cherche à modifier le projet de loi n° 11 reposent sur une hypothèse plus que douteuse suggérant qu'en menaçant de pénaliser financièrement les médecins s'ils et elles n'atteignent pas des objectifs arbitraires de productivité, les problèmes d'accessibilité aux soins au Québec pourraient être réglés par magie.

Après la malheureuse ère des réformes coercitives de 2015 à 2017 et une fois la Loi A-2.2 "tablettée", la réalité a démontré que la mobilisation positive des milieux en première ligne, notamment vers l'organisation des cliniques autour du principe « d'accès adapté » était beaucoup plus porteuse de changements. Ce principe d'accès adapté a été largement mis en place et a beaucoup amélioré l'accès aux soins en première ligne. Depuis plusieurs années maintenant, les milieux se sont organisés différemment pour améliorer l'offre de soins avec des heures de service adaptées aux besoins des clientèles desservies et des plages horaires réservées aux consultations plus urgentes pour les patients. Des ressources ont été consacrées afin de créer plus de GMF et nous pouvons maintenant accueillir plus de médecins résident-e-s en médecine de famille que jamais dans l'histoire du Québec chaque année. Est-ce que le travail est terminé, est-ce qu'il y a encore place à l'amélioration ? Bien sûr, aucun doute là-dessus. Mais on le sait très bien, des changements structurels au sein du réseau de la santé ne se font pas en quelques mois et nécessitent du temps. Mais encore faut-il qu'il y ait un minimum de fils conducteurs entre les nombreux changements de titulaires du poste de ministre de la Santé pendant les phases de mise en place.

S'il faut évidemment tout faire pour améliorer l'accès aux soins en première ligne, il faut également assurer la rapidité et la qualité des suivis médicaux une fois les patient-e-s entré-e-s dans le système. À défaut, les efforts de réforme seront encore une fois vains. La FMRQ partage pleinement l'objectif d'améliorer l'accès des patient-e-s aux soins de santé en première ligne, mais cela doit aller de pair avec l'incontournable garantie d'un suivi dans les délais médicalement requis à toutes les étapes des épisodes de soins nécessaires qui s'ensuivent.

Promettre à la population québécoise que chaque citoyenne et chaque citoyen aura individuellement accès à un médecin de famille plaît évidemment à l'esprit et cela peut clairement être rassurant pour la population, on ne peut qu'en convenir. Mais si nous ne garantissons pas la suite des épisodes de soins lorsque nécessaire, cela sert à peu de choses s'il n'y a pas de cliniques, de personnel administratif et d'infirmières en nombre suffisant, de même qu'un accès en temps opportun aux soins en 2^e, 3^e et 4^e lignes. Si la seule préoccupation du gouvernement est celle des statistiques de personnes inscrites sur des listes de patient-e-s, l'accès réel aux soins de santé demeurera purement théorique. Évitions de retomber encore dans les solutions simplistes ou irréalistes.

Tenir compte des réalités d'une pratique très diversifiée

La médecine de famille est une spécialité très diversifiée. Elle porte d'ailleurs mal son nom, puisque la pratique médicale consistant à suivre en cabinet les membres d'une même famille n'est pas nécessairement la norme dans les faits et c'est normal, puisqu'assurer le suivi et le développement d'un nourrisson, d'un jeune enfant ou d'une personne âgée interpelle souvent des habiletés différentes, la pédiatrie et la gériatrie ne sont pas des spécialités médicales à part entière sans raison. Cela dit, un choix politique a été fait voilà plus d'une décennie et les médecins omnipraticiens, qui dans les faits ont une pratique diversifiée comme le préfixe « omni » le suppose, sont maintenant appelés « médecins de famille ».

Cette contradiction dans les termes à la base de la définition de la spécialité est d'autant plus vraie que les médecins résident-e-s en médecine de famille et beaucoup de jeunes « médecins de famille » en début de carrière travaillent dans les hôpitaux, à l'urgence, aux soins intensifs, en obstétrique, et ils et elles font le suivi de patient-e-s hospitalisé-e-s sur les étages en plus de faire, en portion variable, de la prise en charge en cabinet. Mais dans tous ces cas de figure, ces médecins offrent des soins et répondent à des besoins bien réels de la population du Québec, peu importe si leur pratique s'accorde pleinement, peu ou pas avec la notion de médecine « familiale ».

C'est pourquoi la FMRQ est d'avis que l'établissement d'objectifs statistiques ou de quotas pour contrôler la pratique de nos médecins au Québec, sans égards au profil de leur pratique, serait bien mal avisée. Rappelons qu'une partie de la pratique des médecins de famille est organisée autour de ce que l'on nomme des « activités médicales particulières » (AMP) qui ont été imposées par les gouvernements successifs depuis 1995. C'est ainsi qu'au fil du temps, les médecins de famille ont établi leur pratique en tenant compte des besoins de la population qui supposaient notamment du travail à l'urgence ou en milieu hospitalier, un type de pratique qui a été longtemps priorisé en laissant en toute dernière place de l'ordre des priorités la prise en charge en cabinet. La tendance a été inversée au cours des dernières années pour les AMP. En fait, le type d'AMP à prioriser a souvent changé au fil du temps avec, à chaque fois, toutes les conséquences inévitables que des changements de pratique imposés supposent. Bien sûr, les besoins de la population évoluent, mais devons-nous nous étonner que, devant le nouveau paradigme du « tout à la prise en charge en cabinet », qui est devenu graduellement une tendance lourde au cours des cinq dernières années, les médecins en soient encore à s'adapter aux volontés politiques changeantes ?

La diversité de pratique comme outil de promotion de la « médecine de famille »

La diversité de la pratique au sein de cette spécialité dite de « médecine familiale » est au cœur de la formation de la relève médicale. Cette diversité est non seulement enseignée, mais elle est également ce que l'on met de l'avant pour attirer la relève en médecine de famille. La communauté médicale fait la promotion de la médecine de famille en promettant que le choix de cette spécialité permettra aux futur·e·s médecins de famille de travailler à l'urgence, à l'hôpital, en CLSC, en plus de permettre de faire du cabinet. D'ailleurs, les sondages réalisés par la FMRQ auprès des médecins résident·e·s en médecine de famille démontrent de façon constante depuis bien longtemps que c'est ce potentiel d'une pratique diversifiée et la possibilité de moduler sa pratique à travers la durée d'une carrière qui représente la principale raison les motivant à choisir cette spécialité.

Au surplus, c'est souvent après cinq ans de pratique autonome que les jeunes médecins commencent à modifier leur pratique pour y intégrer davantage de prise en charge de patient·e·s, une voie qui suppose, on le comprendra dans le modèle actuel de soins, le fait de s'installer en pratique dans une région ou une sous-région donnée (RLS) et cela peut souvent correspondre au souhait d'y fonder une famille.

Mais malgré cette réalité sur le terrain, ce que le gouvernement a communiqué en 2015 comme message avec la Loi A-2.2 – la loi que semble vouloir faire revivre le projet de loi n° 11 -, c'est qu'au terme de sept ans d'études doctorales et postdoctorales, ceux et celles qui ont choisi la médecine de famille pour ses défis variés allaient devoir essentiellement s'en tenir à faire du cabinet avec des quotas de patient·e·s à rencontrer sous peine de baisse de rémunération. C'était le message de cette mauvaise Loi A-2.2 qui n'a heureusement jamais été mise en vigueur jusqu'ici. Mais la loi est toujours là et si elle devait entrer en vigueur, il ne faudra pas se surprendre si la relève médicale hésite ensuite davantage à choisir une spécialité dont la mission principale semble constamment remise en question par la classe politique.

Enjeux pour l'avenir

Attention de ne pas faire porter le poids de changements organisationnels sur les seules épaules de la relève comme en 2015

Les membres de la commission devraient garder en tête le danger que d'éventuels changements à la pratique médicale soient imposés essentiellement aux membres de la relève médicale. Nous n'insisterons jamais assez pour dire à quel point les tergiversations politiques qui ont affecté l'omnipratique médicale depuis bientôt 10 ans ont eu un effet négatif sur la perception de la spécialité par la relève. Si les commentaires désobligeants laissant entendre que les médecins de famille ne travailleraient pas assez sont de nature à dévaloriser la profession auprès de la relève, les changements de pratique imposés qui vont dans le sens de limiter la diversité de pratique ont eu un effet aussi grave sur l'attractivité de la spécialité. Des décisions improvisées ayant pour effet de limiter géographiquement la pratique, comme il a été imposé à nos finissant·e·s en médecine de famille en 2015, a encore pour effet aujourd'hui de saper nos efforts pour valoriser la spécialité. C'est pourquoi nous réitérerons ce que nous avons déjà mentionné aux membres de cette commission à propos du danger des solutions de réforme de type « clauses orphelin », qui viseraient particulièrement la relève médicale, comme il a été fait en partie fait en 2015.

Le défi d'attraction de la relève vers la pratique de la médecine de famille étant déjà très grand, d'autres décisions politiques discriminatoires de ce genre seraient catastrophiques pour le recrutement de nouveaux médecins de famille, alors que nous vivons à la fois de nombreux départs à la retraite et des besoins qui augmentent. La FMRQ souhaite réitérer que, si le gouvernement devait convenir d'ententes avec des parties prenantes pour trouver des solutions à des enjeux soulevés par le projet de loi n° 11, ces solutions ne doivent en aucun cas reposer sur les seules épaules de la relève médicale.

Nos membres sont prêt·e·s à relever des défis en s'investissant pleinement à l'amélioration de notre système de santé en le rendant plus moderne, mais encore faut-il leur faire une place et, surtout, absolument éviter de leur souhaiter la bienvenue en pratique avec des mesures qui leur feraient supporter l'essentiel des inconvénients liés à des changements convenus comme il a été fait en 2015, avec l'introduction des limites géographiques de pratique liées à la création des RLS, et ce, avec des effets négatifs qui se font encore ressentir aujourd'hui sur la valorisation de la profession.

L'importance de maintenir les ressources en enseignement

La FMRQ profite de l'occasion pour rappeler que, si l'accessibilité et la qualité des soins demeurent, bien sûr, une priorité pour le Québec, la qualité de la formation médicale ne doit jamais être reléguée à l'arrière-plan. Il faut absolument rappeler que le temps investi par les médecins qui font de l'enseignement et de la recherche représente du temps indirectement indispensable pour assurer l'avenir des soins de qualité à la population du Québec.

Actuellement, à la lecture du projet de loi n° 11, il est difficile d'évaluer son effet sur la formation médicale, un volet d'une importance primordiale pour les médecins en formation. Mais la logique productiviste derrière la Loi A-2.2, si ses dispositions entraient en vigueur, a le potentiel de créer des effets négatifs sur la disponibilité de médecins assurant l'enseignement et la supervision de la formation postdoctorale des médecins résident·e·s, de même que la formation des étudiant·e·s en médecine. Nous croyons important que cela ne soit pas oublié dans les réflexions de la commission.

L'importance de se préoccuper d'arrimer la formation médicale aux réformes en santé selon les réalités de notre réseau québécois

Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire au sujet des défis actuels touchant la formation médicale au Québec, un enjeu qui était déjà négligé avant la pandémie. Sans trop nous éloigner du sujet précis du projet de loi n° 11, nous rappelons ici que le Québec a souvent négligé d'arrimer la formation médicale en médecine à ses différentes réformes en santé. En fait, depuis environ une quinzaine d'années, l'évolution de la formation médicale qui est prodiguée au Québec se développe en parallèle des débats entourant notre système de santé québécois. La raison derrière cela est fort simple. Depuis près de 15 ans maintenant, le Collège des médecins du Québec et nos facultés de médecine se sont graduellement, mais continuellement, désengagés de leurs responsabilités en matière de formation médicale pour s'en remettre à des standards déterminés par des organismes pancanadiens. D'abord pour les examens de certification en médecine à la fin des années 90 ce qui, en soi, ne posait pas encore trop de problèmes. Mais plus récemment, depuis le milieu des années 2000, et plus particulièrement depuis 2017, les collèges pancanadiens, dont le rôle était essentiellement limité à l'administration des examens de certification et à la définition de normes d'agrément des facultés de médecine, ont activement commencé à occuper les juridictions de nos facultés de médecine en imposant des réformes de l'enseignement et des façons d'évaluer nos membres pendant leur résidence.

Ces organismes pancanadiens, forts de leur pouvoir d'agrément qui a été partagé par le Collège des médecins du Québec (CMQ), ne se contentent plus de juger de la qualité de la formation médicale offerte au sein de nos facultés, mais ils entendent maintenant juger si nos facultés appliquent les réformes de l'enseignement et de l'évaluation de la médecine qu'ils "proposent" à partir des objectifs et des priorités qu'ils déterminent. C'est donc dire que ce sont maintenant des instances qui échappent complètement au contrôle gouvernemental qui déterminent ce qui doit être enseigné en médecine au Québec et même la façon dont cela doit être enseigné aux futurs médecins.

Ces questions devraient pourtant relever des juridictions de l'éducation supérieure et de la santé, mais dans les faits, ce sont maintenant essentiellement des questions décidées par des organismes pancanadiens en médecine, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada ou le Conseil médical du Canada, à qui le Collège des médecins du Québec a laissé le champ libre. La médecine est ainsi devenue l'une des seules professions encadrées par un ordre professionnel du Québec, mais dont le contenu des prérequis d'entrée en pratique est déterminé par des organismes pancanadiens, selon l'évaluation des besoins de la population canadienne dans son ensemble, et ce, essentiellement sans aucun débat public au Québec. Si cela n'est pas nécessairement une chose négative en soi et n'empêche aucunement de former des médecins extrêmement compétents au Québec, il demeure que cela comporte certainement des enjeux en termes de cohérence au sein de notre système de santé.

C'est un enjeu sur lequel la FMRQ insiste depuis quelques années. Par exemple, une récente réforme radicale des modes d'enseignement et d'évaluation de la médecine qui a été imposée dans nos facultés en 2017 - la « compétence par conception ou CPC », selon la traduction retenue par l'organisme promoteur de cette réforme de « Competence by Design (CBD) », le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada - est venue graduellement transformer la formation de nos membres depuis 2017 avec des effets pervers très inquiétants y compris, à terme, sur la durée de la formation en médecine, et donc avec de possibles perturbations sur notre système de planification des effectifs de médecins au Québec. La FMRQ en est à son troisième rapport annuel qui sonne l'alarme à ce sujet depuis 2018, mais nous avons toujours autant l'impression de prêcher dans le désert, au Québec, à propos de ces importantes questions de formation médicale. Nous voulons donc ici essentiellement communiquer aux parlementaires ce que nous avons déjà eu l'occasion de communiquer au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec : la formation médicale au Québec constitue, selon nous, un important angle mort dont on devrait davantage se préoccuper dans toute volonté sérieuse d'améliorer notre système de santé de façon cohérente et efficace, du moins s'il y a une volonté politique de conserver notre capacité de faire des choix de société en santé qui soient adaptés aux réalités du Québec.

Conclusion

Nous écrivons ce qui suit à cette commission en 2015 en lien avec la LA-2.2 que le projet de loi n° 11 entend faire revivre, du moins en partie :

« la relève médicale [a] (...) la désagréable impression qu'un autre ministre est en train de décréter ses vues personnelles de la pratique médicale à l'ensemble des médecins du Québec, sans que les objectifs recherchés ne soient vraiment clairs. Et dans 5 ou 10 ans, un nouveau ministre de la Santé, d'une autre école de pensée, va-t-il encore imposer un virage à 180 degrés au réseau de la santé parce qu'il ne sera pas d'avis que la principale solution aux problèmes de notre réseau de la santé est vraiment celle de doter tous les citoyens du Québec d'un médecin de famille ? »

Nous avons maintenant la crainte que l'actuel gouvernement choisisse de reprendre à son compte les mauvais projets d'une ère que l'on croyait révolue, mais avec un nouvel enrobage marketing reposant sur les mêmes préjugés démobilisants pour la relève médicale.

Nous réitérons que la FMRQ voit positivement le fait que le gouvernement veuille se doter d'objectifs mesurables, mais cela ne doit absolument pas se faire à partir d'une vision limitée à la seule pratique médicale ou à celle en première ligne. Il est important d'évaluer si la population reçoit les soins dont elle a besoin, tant en première ligne que sur tous les autres plans. Mais cela doit se faire avec une vision globale du système et des objectifs clairs de ce qui est médicalement requis dans des délais acceptables à respecter, autant pour les soins en première ligne que pour les soins spécialisés. Mais, si la principale préoccupation du gouvernement est celle des statistiques liées au nombre de patient-e-s inscrit-e-s sur des listes, les résultats concrets ne seront fort probablement pas au rendez-vous.

Il faut une vision globale de l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du réseau par toutes les professions de la santé mobilisées autour des mêmes patient-e-s. Cela nous semble une condition incontournable pour assurer le succès de toute nouvelle réforme, contrairement à une approche qui se limiterait à compiler le nombre d'actes médicaux facturés par les médecins auprès de la RAMQ et de les comparer à des cibles décrétées unilatéralement par le gouvernement par règlement, comme le prévoit la Loi A-2.2.

Un projet de loi dangereux et au mieux inutile

En fait, la FMRQ croit que dans l'état actuel des choses, le projet de loi n° 11 est tout simplement inutile. Nous invitons plutôt le gouvernement à faire des choix audacieux d'une médecine du 21^e siècle où un-e patient-e n'attend plus parce qu'on a égaré son dossier papier ou parce que le médecin attend l'envoi d'un rapport diagnostique ou d'un résultat de laboratoire par la poste. Investissons nos énergies vers une médecine moderne qui embrasse notamment la télémédecine, non pas comme une panacée, mais comme une voie de pratique complémentaire. Misons en ce sens sur les succès récents de projets comme « Clic santé » et les initiatives récentes de décentralisation, comme celles consistant à donner plus de pouvoirs diagnostiques à d'autres personnes professionnelles de la santé. Après l'hypercentralisation de l'ère Barette, nous sommes collectivement passés à une logique de décentralisation salutare.

N'oublions pas surtout que la logique derrière les réformes libérales en santé du milieu des années 2000, dont la logique derrière la Loi A-2.2, en était une de compressions budgétaires bien davantage que d'efficacité du système. C'est pourquoi la FMRQ convie le gouvernement à faire table rase de la logique de la Loi A-2.2 que le projet de loi n° 11 tente de réanimer.

Les médecins omnipraticiens que sont les médecins de famille sont déjà présent-e-s partout dans le système de santé. La pandémie nous a menés collectivement vers un nouveau paradigme, il y a donc assurément moyen de penser notre système de santé autrement. La FMRQ sera toujours présente pour contribuer à la réflexion sur l'avenir de notre système de santé. Nos membres représentent la relève en médecine et ils souhaitent constructivement contribuer à façonner l'avenir de notre système de santé.

Nous remercions encore ici le gouvernement du Québec et les membres de la commission pour l'invitation à partager nos idées quant à l'avenir du système de santé au sein duquel nos membres ont choisi de consacrer leur vie professionnelle.