

LE BULLETIN

VOLUME 43

NUMÉRO 2

PRINTEMPS 2021



MIEUX COMPRENDRE LES EXIGENCES DE PRATIQUE DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

LE MOT DU PRÉSIDENT	4

1. EN ÉDUCATION MÉDICALE, QUI A LE VRAI POUVOIR DE DÉCIDER ?	6

2. QUI FAIT QUOI	9

3. QUATRE BONNES RAISONS POUR METTRE FIN UNE BONNE FOIS POUR TOUTES À... L'EACMC2 !	12

4. LA CPC : L'ÉCHEC D'UN MODÈLE THÉORIQUE	14

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2020-2021 :

Dr Olivier Fortin, président | Dre Jessica Ruel-Laliberté, vice-présidente | Dr Éric Guimond, secrétaire-trésorier | Dre Ariane Veilleux-Carpentier, administratrice issue de l'AMRM
Dre Sofia Nene, administratrice issue de l'ARM | Dre Florence Côté, administratrice issue de l'AMReQ | Dre Patricia-Anne Reed, administratrice issue de l'AMReS
Dre Raphaëlle Carignan, administratrice responsable des affaires pédagogiques – Spécialités | Dre Laurence Labine, administratrice responsable des affaires pédagogiques – Médecine familiale
Dr Alex Vignola, administrateur responsable des affaires syndicales | Me Patrice Savignac Dufour, directeur général

Johanne Carrier, rédactrice en chef | triademarketing.com, conception graphique et infographie | ISBN / ISSN : Convention de la poste / Publication : 1484699

PERMANENCE DE LA FMRQ : Me Patrice Savignac Dufour, directeur général | Johanne Carrier, directrice, Communications et Affaires publiques | Sylvain Schetagne, directeur, Recherche et Action sociopolitique | Marie-Ève Breton-Soutière, Gestionnaire, TI et Ressources humaines | Jocelyne Carrier, coordonnatrice aux Affaires pédagogiques – Spécialités
Stéphanie Chevance, coordonnatrice à l'Aide aux Affaires universitaires | Geneviève Coiteux, coordonnatrice aux Affaires pédagogiques – Médecine familiale
Marie-Anik Laplante, coordonnatrice aux Affaires syndicales | Josée Lévesque, adjointe | Vicki Portelance, adjointe | Djenimory Keita, technicien comptable

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à :
FMRQ – 510-630, rue Sherbrooke Ouest, Montréal, QC H3A 1E4.
Tél. : 514 282-0256 ou 1 800 465-0215
fmrq.qc.ca – info@fmrq.qc.ca



LA RELÈVE MÉDICALE MÉRITE MIEUX

Voilà plus d'un an que nous sommes en pleine pandémie, au gré des vagues, des confinements, des déconfinements et des reconfinements. Nous avons vécu au gré des espoirs, des frustrations, des surprises, des incompréhensions. Malgré les vaccins et la sortie de crise qui pointe à l'horizon, la détresse est palpable parmi nos membres. Je le vois dans nos établissements. Je le vois dans nos unités cliniques. Je le vois dans mes stages. Je le vois chez moi aussi.

Il faut le dire : cette détresse est normale. C'est normal d'être affecté lorsque des patient-e-s décèdent par dizaines sous nos soins. C'est normal lorsque les obligations cliniques deviennent tellement immenses qu'on se sent submergé-e-s et qu'on en oublie même nos besoins en matière d'apprentissage. C'est normal lorsque l'on est constamment confronté au dilemme moral de choisir les soins aux patient-e-s au détriment de notre formation. C'est normal de ressentir de la frustration lorsque des figures d'autorité prennent des décisions sans en considérer l'impact profond sur notre santé physique et notre santé mentale.

Voilà plus d'un an que la FMRQ clame haut et fort sur toutes les tribunes possibles qu'il faut s'assurer que les médecins résident-e-s en formation ne deviennent pas d'autres victimes collatérales de cette pandémie.

VOILÀ PLUS D'UN AN QU'ON FAIT DES REPRÉSENTATIONS AUPRÈS DE DIFFÉRENTES ORGANISATIONS QUI S'ENTÊTENT À MAINTENIR LEUR POSITION, SANS TROP PRENDRE NOS BESOINS EN CONSIDÉRATION.

Les examens de certification en sont un premier exemple. Dès le début de la pandémie, le Collège royal a joué avec nos émotions en annonçant tour à tour un maintien, puis un report, puis une annulation des examens sans plan clair pour la suite des choses, et ce, dans des communiqués diffusés sur le fil Twitter. Le Collège des médecins de famille du Canada a fait de même, pour ensuite nous offrir un examen aux innombrables difficultés techniques à l'automne 2020. Le Conseil médical du Canada, malgré des déboires majeurs dans l'administration de l'EACMC1 au printemps 2020 et malgré nos craintes clairement exprimées, a maintenu l'EACMC2, pour ensuite fermer ses centres d'examen à 72 heures d'avis à l'automne suivant. Le CMC s'est enfoncé encore plus ensuite en préparant en catastrophe un nouvel EACMC2 virtuel annoncé ce printemps, mais le pire, sans offrir des places en

nombre suffisant pour tous les médecins résident-e-s dans l'attente de cet examen qui n'était plus offert depuis un an. Pourquoi cette précipitation ? Pour sauver la face, justifier son existence, et encaisser l'argent de centaines de jeunes médecins et médecins résident-e-s pris en otage qui avaient déjà payé les frais un an plus tôt ? Et tout ça pour un examen devenu non pertinent, qui n'existe plus que comme rite de passage obligatoire, risible, mais pourtant fort coûteux (voir encadré à la page 13) et, surtout, fort profitable pour le CMC. Au moment d'écrire ces lignes, le CMC avait encore annulé ses examens et gardait le flou sur ses intentions pour la suite.

Le CMQ, de son côté, est demeuré sur ses positions quant à ses exigences de certification pour les médecins résident-e-s graduant dans ces circonstances exceptionnelles, notamment par rapport à l'EACMC2, se limitant comme seule et unique solution à émettre un permis temporaire – le permis restrictif pour résidents finissants (PRRF) – le temps que ses collègues du CMC tentent de régler leurs problèmes organisationnels. Le CMQ s'est contenté de présenter son permis temporaire comme un baume magique qu'il peut reconduire autant de fois que les finissant-e-s en auront besoin.

MAIS CETTE SOLUTION PONCTUELLE AURA TOUTEFOIS EU POUR EFFET DE CRÉER DEUX CLASSES DE MÉDECINS : LES VRAIS MÉDECINS AVEC DE VRAIS PERMIS RÉGULIERS ET LES MÉDECINS AVEC DES PERMIS TEMPORAIRES QUI PEUVENT ÊTRE RETIRÉS À N'IMPORTE QUEL MOMENT.

Ce permis temporaire a continué d'exister pendant des mois, uniquement en raison du maintien, par le CMQ, de l'exigence de l'EACMC2, un examen non pertinent que le CMC n'a finalement jamais été capable d'offrir. Parce que, oui, imaginez : les leaders du CMC ont annoncé un nombre limité de places pour leur nouvel examen virtuel de mai et juin 2021, mais tout en sachant qu'ils ne seraient pas en mesure d'en communiquer les résultats avant le mois de septembre ! C'est donc dire que le CMC et le CMQ savaient que l'exigence de réussite de l'EACMC2 était impossible à satisfaire au 1^{er} juillet 2021. Au cours des dernières semaines, le CMQ semblait vouloir revoir ses positions. Heureusement, tout récemment, le CMQ s'est rangé à notre position quant à la nécessité d'annuler l'EACMC2.

C'est une chance que les responsables de la formation universitaire au MSSS et les autorités facultaires aient défendu nos droits comme apprenant-e-s, et ce, depuis le début de la pandémie. Nous avons réussi, grâce à ce travail politique qu'il faut souligner, à sauver notre précieuse exposition clinique malgré le contexte. Parce que les gestionnaires des établissements de santé auraient bien voulu nous utiliser comme employé-e-s salarié-e-s, sans égard à nos obligations de formation. Bien sûr, certains de nos membres ont par ailleurs écopé plus que d'autres et nous pensons en particulier à nos membres en médecine interne ou en médecine d'urgence qui ont pallié le manque de personnel sur les unités cliniques au plus fort de la pandémie et qui se sont retrouvé-e-s aux premières loges des soins aux patient-e-s atteint-e-s de la COVID.

Pour les médecins résident-e-s dans plusieurs spécialités, tout ceci s'est ajouté à l'implantation de la Compétence par conception. Voilà presque quatre ans que la FMRQ fait le suivi serré de l'implantation de ce nouveau modèle d'évaluation qui s'inspire (pas très bien d'ailleurs) de l'approche basée sur les compétences.

IL EST CLAIR DEPUIS LE DÉBUT QUE LE MODÈLE DE LA CPC, DONT LES BASES THÉORIQUES PEUVENT SEMBLER ALLÉCHANTES, COMPORTE DES RISQUES D'EFFETS DÉLÉTÈRES POUR LA FORMATION, LA PROGRESSION ET LA SANTÉ MENTALE DES MÉDECINS RÉSIDENT-E-S.

Malheureusement, le Collège royal tente sans arrêt de contredire nos constats. Le CMQ a démontré peu d'intérêt depuis 2016 dans le dossier. De plus, les facultés de médecine semblent limitées dans leur capacité d'affirmer leurs prérogatives d'établissements d'enseignement face à l'arme secrète du Collège royal lui permettant d'imposer ses vues : le pouvoir de recommander ou non l'agrément aux programmes. Pourtant, au Québec, ce pouvoir ne peut pas être exercé sans l'accord du CMQ ([voir autre texte à la page 6](#)). Mais nos facultés n'ont pas tort de craindre le Collège royal puisque, depuis plus 10 ans maintenant, le CMQ lui a beaucoup délégué sa responsabilité quant à la formation médicale et a essentiellement laissé l'exercice de sa responsabilité aux organisations pancanadiennes, ce qu'il a aussi fait avec le CMC et le CMFC.

Voilà pourquoi il devient de plus en plus clair que les médecins résident-e-s font les frais d'un système d'éducation médicale incapable de les protéger. C'était déjà le cas et cela s'est seulement révélé de façon plus brutale depuis la pandémie. Mais cela doit cesser.

Les médecins résident-e-s méritent mieux que de se faire balloter dans des établissements, sans support et sans supervision, pour y effectuer des tâches trop souvent sans pertinence pédagogique.

Les médecins résident-e-s méritent mieux que d'être les cobayes d'un nouveau modèle d'évaluation présenté comme étant «novateur» par des utopistes du Collège royal, alors qu'il met en péril leur santé mentale et ne se traduit pas par des gains pédagogiques.

C'est pourquoi la Fédération poursuit ses interventions pour changer les choses, pour vous.

Suivez-nous dans nos réflexions et nos actions, dans le présent *Bulletin*, mais aussi dans nos instances et sur nos différentes plateformes dans les prochains mois. Il est temps de demander des comptes à ceux et celles qui ont des responsabilités à notre égard et qui semblent parfois l'oublier.

D'ici là, nous vous disons merci pour le travail et le professionnalisme exemplaire dont vous avez collectivement fait preuve depuis le début de cette épidémie qui, espérons-le, tire à sa fin.



Olivier Fortin, M.D.
Président

I



EN ÉDUCATION MÉDICALE, QUI A LE VRAI POUVOIR DE DÉCIDER ?

Droit constitutionnel 101 ou comprendre les bases du contexte légal qui devrait déterminer les rôles des différents acteurs en éducation médicale.

Pourquoi en 2020 l'initiative de médecins résident-e-s canadien-e-s ayant exigé la tenue d'une assemblée générale spéciale du Collège royal (CRMCC) pour faire annuler l'exigence des examens de certification était-elle juridiquement vouée à l'échec? Parce que même si le vote pour les résolutions soumises avait été positif, le Collège royal n'a aucunement le pouvoir de décider si ses examens doivent ou non être des prérequis pour pratiquer la médecine au Québec ou même dans les autres provinces canadiennes. En fait, au Québec, seul le Collège des médecins du Québec (CMQ) a ce pouvoir, à titre d'ordre professionnel mandaté par le gouvernement du Québec pour réglementer la profession de médecin au Québec. Voilà pourquoi dans le dossier de l'examen controversé EACMC2, c'est au CMQ et au gouvernement du Québec à qui la FMRQ a réclamé un moratoire sur l'exigence de réussite de cet examen. Le Conseil médical du Canada n'a aucun pouvoir légal pour décider de la question. Le CMC peut uniquement faire ce qu'il a fait malheureusement trop bien depuis des années : convaincre le CMQ et les autres ordres professionnels de médecins au Canada d'exiger la réussite de son examen controversé qui lui rapporte des millions de dollars de revenus chaque année ([voir le texte en page 13](#)) sur le dos de la relève médicale. Il n'y a là qu'un pouvoir d'influence, aucun pouvoir légal. Pourquoi est-ce ainsi? C'est pourtant assez simple : c'est la Constitution du Canada qui le prévoit ainsi. Tentons d'y voir un peu plus clair sur ce sujet important, mais tellement sous-estimé par la grande majorité des médecins impliqué-e-s en éducation médicale qui ont tendance, à tort, de croire que les questions de juridictions constitutionnelles ne sont que des obstacles administratifs.

Il est malheureusement parfois de bon ton de juger comme « vieillottes » les questions constitutionnelles et de juridictions, alors que des documents légaux parfois centenaires conditionnent pourtant notre quotidien. Il en est ainsi de la [Loi constitutionnelle de 1867](#) qui constitue le texte fondateur de la « confédération » canadienne et c'est lui qui contient le partage des compétences entre le gouvernement fédéral canadien et les gouvernements des provinces.

Mais pourquoi la santé et l'éducation sont-elles des juridictions des provinces et pourquoi ne peut-on pas en faire des juridictions pancanadiennes comme plusieurs le souhaiteraient dans le monde canadien de l'éducation médicale? Pour le comprendre, il faut se rappeler un peu nos bases d'histoire du Québec et du Canada.

En fait, ce texte de 1867 qui prévoit le partage des compétences entre le pouvoir fédéral et celui des provinces est la synthèse de conflits politiques échelonnés sur au moins trois siècles.

- Introduction plus active des règles du droit civil français en [Nouvelle-France](#) à partir de la [fondation de la ville de Québec](#) par Champlain, en 1608. La proximité de cohabitation urbaine des « Canadiens », descendants des colons français, suppose davantage de règles de vie commune. Soigner et éduquer sont bien sûr des activités au cœur de la vie sociale;
- Dans le cadre de l'importante guerre que se livrent la France et l'Angleterre (la [Guerre de Sept Ans](#)), le territoire de la Nouvelle-France devenu le « Canada » passe sous commandement anglais suite à ce qu'il est convenu d'appeler la [conquête anglaise de 1760](#). Par la [Proclamation royale de 1763](#), l'Angleterre instaure une nouvelle colonie anglaise, la « province de Québec », qui constitue le territoire actuel du Québec et une partie de l'Ontario d'aujourd'hui et y intègre le droit anglais dit de « common law » dans le but d'y assujettir les nouveaux sujets à la couronne britannique;

EN ÉDUCATION MÉDICALE, QUI A LE VRAI POUVOIR DE DÉCIDER?

- Comme les Canadiens français résistent à ce changement et opposent beaucoup d'hostilité aux forces anglaises, ceux-ci tentent de rétablir un peu la paix par l'[Acte de Québec](#), en 1774, qui rétablit au Québec le droit civil français pour les règles de vie commune, mais maintiennent le droit criminel anglais de common law;
- Par la suite, des litiges territoriaux se succéderont : la division du Québec en deux (Haut-Canada et Bas-Canada) par l'Angleterre en 1791 ([Acte constitutionnel de 1791](#)), ce qui entraînera notamment la [rébellion des Patriotes](#) de 1837-1838, suivie du [rapport Durham](#) appelant l'assimilation des Canadiens-français et la décision de l'Angleterre de réunir le Haut et le Bas-Canada ([Acte d'Union de 1840](#)) en une seule entité politique dirigée par l'Angleterre;
- Mais la cohabitation et la gouvernance de la nouvelle colonie anglaise, la « province du Canada », demeurent difficiles et l'Angleterre établira l'importante [Loi constitutionnelle de 1867](#) qui jettera les bases de la fédération canadienne que l'on connaît aujourd'hui, en prévoyant un partage des compétences entre l'entité fédérale et les nouvelles provinces : le Haut-Canada devient la nouvelle province de l'Ontario, le Bas-Canada reprend le nom de la province de Québec, mais sur un territoire plus petit et deux autres colonies britanniques, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick, sont ajoutées;
- Après le [référendum québécois de 1980](#), le gouvernement de Pierre Elliott Trudeau modifie les conditions permettant, à l'avenir, de modifier la constitution de 1867 par la [Loi constitutionnelle de 1982](#). La loi de 1982 ajoute une [charte canadienne des droits et libertés](#) à celle du Québec qui avait déjà sa propre [charte des droits et libertés de la personne](#) depuis 1976. Les nouveaux mécanismes de modification constitutionnelle la rendent politiquement quasi-immuable selon le souhait de Pierre Elliott Trudeau qui disait que la fédération allait ainsi pouvoir durer mille ans. La suite lui a donné raison avec les échecs de réformes de 1987-1990 ([Accord du Lac Meech](#)) et de l'[Accord de Charlottetown](#) en 1992;
- C'est donc dire que, peu importe nos opinions politiques, le partage des pouvoirs de la Constitution canadienne prévu en 1867 - qui fait en sorte que la santé et l'éducation sont des compétences des provinces - est là pour rester. Bien que la Loi constitutionnelle de 1982 soit un texte que jamais le gouvernement du Québec n'a accepté de signer, il s'applique néanmoins au Québec suite à un jugement de la Cour suprême du Canada¹ et il protège aujourd'hui, ironiquement, les juridictions du Québec en santé et en éducation.

C'est un peu de façon étonnante, sur le plan historique, que le Québec ait conservé sur son territoire son droit d'origine française (sauf pour les affaires criminelles), afin d'y réglementer et encadrer la vie quotidienne.

Le texte de 1867 est présenté, avec raison, comme l'acte fondateur de la Confédération canadienne. La réalité politique actuelle que l'on connaît vient de là, dont la question des compétences en santé et en éducation. La Constitution de 1867 prévoit essentiellement que les pouvoirs dits « stratégiques », dont l'armée et la monnaie, sont confiés au pouvoir central « fédéral » et les pouvoirs dits « d'affaires sociales », dont l'éducation et la santé, sont confiés aux États de proximité, les « provinces ». Éventuellement, au cours du XX^e siècle, les provinces, dont le Québec, vont créer des municipalités pour leur déléguer des responsabilités encore plus locales comme la collecte des déchets et la gestion de l'urbanisme et elles vont créer plusieurs autres organismes dont des ordres professionnels, comme le CMQ, afin de réglementer la pratique de certaines professions.

Bien sûr, l'évolution politique du Canada a fait en sorte que le gouvernement fédéral s'est de plus en plus impliqué dans des champs de compétences des provinces, notamment en santé, par ce qui est appelé « le [pouvoir fédéral de dépenser](#) ». Cela est toujours d'actualité avec, par exemple, la volonté du gouvernement de Justin Trudeau de déterminer des normes nationales pour la gestion des CHSLD. Mais comment cela est-il possible, alors que la santé est une compétence des provinces ? Simple : le gouvernement fédéral perçoit des impôts beaucoup plus importants que ce qui est nécessaire pour la gestion de ses compétences constitutionnelles (de là, la notion politique de [déséquilibre fiscal](#)). Cela lui permet de redistribuer des sommes importantes aux provinces, en y assujettissant des conditions ou des normes. Le gouvernement fédéral n'a pas la juridiction constitutionnelle, mais à partir de ses surplus financiers (ou de son endettement devrions-nous dire, depuis le début de la pandémie), il redistribue des sommes aux provinces en échange de son mot à dire sur leur utilisation. Est-ce bien ou est-ce mal ? C'est une question de point de vue. Ce qui est certain, c'est que cela fait partie de la dynamique politique canadienne. Rappelons par exemple, en 2015, que même un souverainiste affiché comme le Dr Amir Khadir de Québec solidaire avait demandé au gouvernement fédéral d'intervenir afin de faire pression sur le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Dr Gaétan Barrette, en le menaçant de retirer des sommes versées par le fédéral si le gouvernement du Québec n'intervenait pas pour limiter le recours aux frais accessoires par les médecins. Comme quoi cette dynamique des juridictions fédérales-provinciales dépasse la traditionnelle polarité souverainistes-fédéralistes qui a marqué les années 1980 et 1990 au Québec.

Mais revenons concrètement à l'éducation médicale. La santé et l'éducation étant des compétences exclusives du Québec, nos universités, et leurs facultés de médecine, sont des personnes morales soumises à l'autorité du gouvernement du Québec. Certes, au fil des ans, le gouvernement fédéral a usé de son fameux pouvoir de dépenser pour financer indirectement les universités, notamment en y injectant des centaines de millions de dollars par la création de chaires universitaires. Mais il demeure que ces universités relèvent exclusivement du gouvernement du Québec. Idem pour nos établissements de santé et pour le Collège des médecins du Québec. Ce sont toutes des personnes morales, dont la création, et, ultimement, leur assujettissement juridique, relève de l'État québécois. Le Collège des médecins du Québec existe parce que le Québec a créé une loi (le « Code des professions »), qui encadre la

¹ Renvoi sur l'opposition du Québec à une résolution pour modifier la Constitution. https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/fr/item/5530/index.do?site_preference=normal

EN ÉDUCATION MÉDICALE, QUI A LE VRAI POUVOIR DE DÉCIDER?

création et l'administration des différents ordres professionnels au Québec (le CMQ pour les médecins, le Barreau du Québec pour les avocat-e-s, l'Ordre des infirmières et infirmiers, l'Ordre des architectes, etc.).

Bien sûr, la juridiction provinciale en santé et en enseignement supérieur n'empêche pas les provinces de s'entendre entre elles pour convenir d'ententes administratives établissant des bases communes pancanadiennes. C'est ce qu'a fait le CMQ au début des années 2000, lorsqu'il a cessé d'administrer ses propres examens de certification en médecine et qu'il en a confié l'administration au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, au Collège des médecins de famille du Canada et au Conseil médical du Canada. Mais cette délégation de pouvoirs n'a aucunement eu pour effet de transférer le pouvoir de décider des exigences de la pratique de la médecine au Québec à ces groupes pancanadiens. Le CMQ n'a juridiquement pas l'autorité de décider de se départir de ses pouvoirs. Puisqu'il est une création de l'État québécois, il ne peut pas décider de modifier la Constitution canadienne et le partage des compétences. Le CMQ ne peut que décider de déléguer l'exercice de certaines de ses responsabilités, mais ce, tant qu'il le juge pertinent ou tant que l'Office des professions ou, ultimement, le gouvernement du Québec, juge que cela est positif pour la population du Québec. À défaut, l'ordre professionnel peut simplement décider de reprendre ses responsabilités ou encore être intimé de le faire par les autorités dont il dépend au Québec. Mais entre les deux, tout n'est que choix politiques.

C'est pour cette raison qu'il est toujours un peu surprenant pour un observateur bien au fait des réalités constitutionnelles d'entendre des leaders du CRMCC, du CMFC ou du CMC parler comme s'ils pouvaient décider de ce qui est bon ou pas pour pratiquer la médecine partout au Canada. Dans les faits, ces organisations n'ont aucunement le pouvoir juridique de décider des conditions de pratique au Québec. Et pourtant, elles y mettent beaucoup d'énergie et elles réussissent même parfois à imposer leurs orientations assez efficacement. L'implantation de la CPC dans les facultés de médecine en est le meilleur exemple. Comment cela est-il possible? Uniquement si le CMQ et les facultés de médecine décident de se soumettre à ces orientations, soit parce qu'elles les jugent positives, soit par simple inaction institutionnelle. C'est de cette façon que la CPC a été implantée dans nos facultés de médecine, avec l'assentiment passif du CMQ, essentiellement sans aucun débat en dehors des cercles fermés du Collège royal. Même si nos facultés avaient eu des réticences quant à la CPC (et elles en avaient qu'elles nous partageaient d'ailleurs dès 2016), elles pouvaient difficilement dire non au Collège royal qui peut, rappelons-le, sous l'autorité ultime du CMQ au Québec, influencer l'octroi ou non de l'agrément à ces mêmes facultés de médecine. Un autre exemple sont les travaux de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) qui travaille depuis quelques années déjà, avec la participation et des fonds du gouvernement fédéral, à la mise en place d'un projet pancanadien de planification des effectifs médicaux et d'un projet de permis de pratique pancanadien de la médecine.

Tous ces projets sont destinés en bout de piste à se frapper à une réalité que certains semblent vouloir oublier: la santé, le droit civil et le droit du travail ne sont pas des compétences fédérales et un projet de permis de travail pancanadien, peu importe la profession, devra toujours obtenir l'assentiment

de chacune des provinces concernées. Mais ces médecins impliqués dans ces projets, assurément de bonne foi, semblent le plus souvent ignorer cette réalité, pourtant de base, et lorsqu'ils abordent la question des juridictions, c'est souvent en termes d'obstacles ou de contraintes, comme si le respect des termes de la constitution d'un pays était un simple détail administratif.

Cela n'a pourtant rien d'un détail et c'est d'ailleurs pour cette raison que l'Ontario et la Nouvelle-Écosse ont pu décider de lever l'exigence de réussite de l'EACMC2, alors que le CMQ continuait de son côté à s'entêter à maintenir une telle exigence.

C'est pourquoi à l'avenir, dans différents dossiers de nature pédagogique, la FMRQ va s'en remettre davantage aux organisations qui détiennent vraiment le pouvoir de changer les choses. La FMRQ souhaite convaincre le CMQ, nos facultés de médecine et le gouvernement du Québec d'assumer pleinement leurs responsabilités d'assurer une formation médicale de qualité au Québec. De cesser de s'en remettre constamment à des partenaires pancanadiens qui ne sont même pas détenteurs des véritables pouvoirs en ces matières. Tout le monde sera d'accord pour dire qu'il y a des façons d'organiser les soins, de soigner et d'enseigner qui peuvent être propres à certaines communautés, pensons seulement aux Premières Nations, aux communautés francophones hors Québec ou à des communautés hors des grands centres, y compris au Québec. Pensons au rôle des IPS ou à l'existence de certaines professions comme les «physician assistants» à l'extérieur du Québec qui diffèrent selon les régions ou les provinces. Pourquoi faudrait-il toujours s'en tenir à des volontés de tout uniformiser et centraliser, même au Québec d'ailleurs? Au nom de quoi? Et que faisons-nous des différentes réalités culturelles? Pourquoi chercher à éloigner les centres de décisions des milieux où vivent les personnes touchées par ces mêmes décisions?

Ça ne prend pas une formation en science politique pour comprendre que des organisations pancanadiennes ont possiblement intérêt à viser une standardisation pancanadienne dans les dossiers sur lesquels elles travaillent. Mais est-ce dans notre intérêt, dans l'intérêt de nos membres et celui de la population du Québec? Possible. Mais peut-on au moins en faire la discussion avant de mettre en place des réformes d'importance en éducation médicale? Il est temps qu'il y ait du changement, de l'action, un CMQ et des facultés de médecine qui font preuve de plus de leadership et qui décident davantage de ce qui est bon pour la formation médicale au Québec. Cela n'a rien à voir avec du nationalisme ou de la fermeture, mais bien au contraire, avec la nécessité de plutôt assurer un système d'éducation médicale et de santé à échelle plus humaine, plus près des préoccupations des personnes qui le composent et pour qui il est en place. Mais pour que nos facultés de médecine puissent faire une telle chose, elles doivent avoir l'assurance que le CMQ et ultimement, le gouvernement du Québec, va les appuyer et les suivre. Et si le CMQ refuse de jouer ce rôle, alors il faudra bien que quelqu'un au gouvernement du Québec intervienne. Puisqu'au final, la pandémie a bien montré qu'en situation de crise, nous devons revenir à l'essentiel et ultimement nous poser la question: qui a la responsabilité et qui a le véritable pouvoir d'agir?

Les hyperliens dans cet article sont actifs dans la version électronique.

2



QUI FAIT QUOI

EXIGENCES DE CERTIFICATION EN MÉDECINE AU QUÉBEC ET AU CANADA

DATES CHARNIÈRES	
1847	Création de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ) aujourd'hui le Collège des médecins du Québec (CMQ)
1912	Adoption de la Loi médicale du Canada Création du Conseil médical du Canada
1929	Création du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)
1954	Création du Collège de médecine générale du Canada (nom changé au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)) Premiers examens pour les spécialités autres que la médecine familiale
1967	Le CMQ utilise l'examen écrit à choix multiples du Collège royal
1969	Premier examen de certification du CMFC en médecine familiale Premier programme de résidence en médecine familiale au Québec (UdeM)
1970	Le CMQ utilise la composante écrite du Collège royal
1981	L'Association médicale du Canada demande qu'un examen de formation en MF soit mené à l'échelle nationale
1984	Le CMFC recommande une formation de deux ans en résidence pour tous les futurs médecins de famille
1991	Entente administrative de coopération convenue entre le CMQ et le CRMCC
1994	Utilisation par le CMQ des composantes orales, cliniques, électroniques, pratiques et audiovisuelles de l'examen du CRMCC
1996	Nouvelle exigence du CMQ - Réussite de l'examen ALDO-Québec
1998	Poursuite de la collaboration CMQ-CRMCC pour les examens, mais maintien d'une composante propre au Québec
2000	Modification du Règlement du CMQ concernant les normes d'équivalences pour les médecins de l'extérieur, l'octroi du permis d'exercice et la reconnaissance du certificat de spécialiste.
2001	Utilisation des examens objectifs intégrés (EOI) par le CMQ dans 23 spécialités Utilisation de l'examen du CMC et du CMFC pour le permis de pratique en MF
2004	Création du Comité consultatif sur l'harmonisation des examens de spécialité CMQ/CRMCC
2006	Mise à jour du tableau faisant état des exigences pour les spécialités reconnues au Québec (35) /Examens spécifiques (CMQ); examens partagés en partie avec le CRMCC et examens harmonisés en totalité
2009	Ajout d'une nouvelle exigence pour les certifié-e-s en médecine interne et en pédiatrie : réussite de l'examen du CMC (EACMC Partie II)
2010	Transition vers le cursus Triple-C axé sur le développement des compétences en MF
2012	Ajout des certificats de compétence additionnelle en MF
2017	Début de l'implantation de la Compétence par conception (CPC) en spécialité

QUI FAIT QUOI

LES EXIGENCES DE CERTIFICATION DES MÉDECINS AU QUÉBEC

La certification des médecins a fait couler beaucoup d'encre au cours de la dernière année. Des revendications datant de plusieurs années sont devenues encore plus importantes en raison des difficultés qu'a entraînées la pandémie de COVID-19. Les interrogations des médecins en formation et en exercice sur l'administration des examens, mais aussi sur la pertinence de certains examens requis pour obtenir un permis d'exercice, continuent d'alimenter les discussions. Pour mettre la table, nous vous proposons un historique de l'évolution de la formation postdoctorale et des exigences de pratique en médecine au Québec.

Le rôle central du Collège des médecins du Québec



Depuis sa création en 1847, c'est le Collège des médecins du Québec (CMQ), œuvrant alors sous la dénomination Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ), qui a la responsabilité légale exclusive d'émettre les permis de pratique et de contrôler l'exercice de la médecine au Québec. Dans l'exercice de sa responsabilité de protéger le public, en tant qu'ordre professionnel, le Collège a comme mission d'assurer une médecine de qualité. C'est ainsi le CMQ qui a le pouvoir d'établir les exigences pour l'obtention d'un permis d'exercice de la médecine au Québec.

Comme il est expliqué plus loin, le CMQ a délégué, dans les années 2000, certaines de ses responsabilités dont celle de vérifier par des examens la compétence des candidat-e-s à un permis d'exercice au Québec à des organisations pancanadiennes.

Mais, compte tenu des particularités légales propres au droit civil québécois qui ne sont pas prises en compte dans les examens canadiens, le CMQ a ajouté une exigence en 1996 : la réussite d'un examen portant sur les aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec, l'ALDO-Québec. En 2009, l'examen a été remplacé par une formation de trois heures offerte par le CMQ et devant être suivie à n'importe quel moment durant la formation postdoctorale, après au moins 12 mois de résidence.

TABLEAU DES EXIGENCES POUR OBTENIR UN PERMIS D'EXERCICE AU QUÉBEC

- Certificat de spécialiste en médecine familiale (CMFC) ou dans l'une des 59 autres spécialités (CRMCC) reconnues par le CMQ
- Licence du Conseil médical du Canada
- Participation à la formation ALDO (Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec) du Collège des médecins du Québec
- Autres exigences selon que la formation doctorale (M.D.) a été faite au Canada ou ailleurs dans le monde, dont le test de l'Office québécois de la langue française

Le rôle du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Le Collège des médecins de famille du Canada émet une certification en médecine de famille, participe aux visites d'agrément, défend les intérêts de la médecine familiale et administre des examens de certification.

À l'origine, en 1954, le CMFC est d'abord connu sous la dénomination de Collège de médecine générale du Canada. Au début des années 1960, le Collège travaille à mettre en place un programme de formation postdoctorale et de certification en médecine familiale/générale. Quelques années plus tard, en 1966, les deux premiers programmes de résidence au Canada voient le jour, soit à l'Université de Calgary et à celle de Western Ontario. En 1967, le nom du collège est modifié pour Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). En 1981, l'Association médicale canadienne (AMC) demande qu'un examen de la formation en médecine familiale soit mené à l'échelle du Canada. À cette époque, la moitié des médecins de famille en formation au Canada étaient issus d'un programme de résidence et l'autre moitié avait fait des internats rotatoires. En 1984, il est recommandé que la formation en MF soit d'au moins deux ans pour obtenir l'autorisation d'exercer, et ce, par le biais d'un seul parcours, la résidence. En 2010, le CMFC propose le cursus Triple-C axé sur le développement des compétences et en 2012, il ajoute des examens pour des certificats de compétence additionnelle (ex. MU3).

Depuis le printemps 2001, le CMQ exige, en médecine familiale, la réussite de la composante de l'examen du CMC (Examen d'aptitude partie II – ÉCOS), en plus des composantes de l'examen du CMFC (SAMPs et EMS).

Le rôle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada émet des certifications dans plus d'une soixantaine de spécialités et surspécialités médicales, participe aux visites d'agrément des programmes, défend les intérêts des différentes spécialités et administre des examens de certification pour chacun des programmes de spécialités.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a été créé en juin 1929, en vertu d'une loi spéciale du Parlement fédéral pour encadrer la formation médicale postdoctorale en spécialité au Canada. Le processus de qualification visait deux spécialités au début : une certification en médecine et une autre en chirurgie générale. Aujourd'hui, le Collège royal reconnaît près de 100 spécialités, surspécialités, programmes spéciaux et programmes agréés de domaines de compétence ciblée (diplômes). Il est à noter que les examens de certification dans les spécialités autres que la MF n'ont pas toujours existé.

QUI FAIT QUOI

C'est en 1950 que l'on voit apparaître un certain nombre de nouvelles spécialités médicales et chirurgicales. Les premiers examens de spécialité seront mis en vigueur quatre ans plus tard, en 1954. Au tout début, les médecins terminaient leur externat et débutaient immédiatement leur pratique. Un certain nombre se spécialisaient par la suite. Comme la délivrance d'un permis de pratique de la médecine au Québec relève du CMQ, on peut dire que le CRMCC agit comme sous-traitant du CMQ dans l'évaluation des compétences des candidat-e-s à la médecine au Québec par l'administration des examens de certification. Nos membres reçoivent une certification du CRMCC et le CMQ, lui, exige la preuve de cette certification à titre d'exigence pour l'obtention du permis de pratique.

Le CMQ délègue ses responsabilités au CRMCC

En fait, c'est au début des années 1990 qu'une entente de coopération est signée entre le CMQ et le CRMCC afin, notamment, de faire en sorte que l'examen du CRMCC soit reconnu par le CMQ pour éviter aux candidat-e-s du Québec souhaitant pratiquer ailleurs au Canada de devoir réussir deux examens différents. Le CMQ et le CRMCC partagent alors des composantes d'examen dans 23 des 35 spécialités reconnues au Québec. Le CMQ maintient toutefois sa composante orale propre, indépendante de celle du Collège royal, laquelle constitue la seconde partie des examens.

En février 2000, les règlements concernant les normes d'équivalence des diplômes pour les médecins provenant de l'extérieur du Québec, l'octroi du permis d'exercice et la reconnaissance du certificat de spécialiste font l'objet d'une révision complète. En 2001, on confirme que le CMQ utilise les examens objectifs intégrés (EOI) dans 23 spécialités. Les composantes des EOI sont incorporées en tant que première partie des examens de spécialité. Le CMQ conserve par ailleurs des examens spécifiques pour 12 spécialités dont les critères d'admissibilité en pratique sont différents de ceux du Collège royal. Le CMQ considère ces spécialités comme des spécialités médicales à part entière et non comme des sous ou surspécialités de médecine interne. À la même époque, le CMQ met sur pied un Comité consultatif sur l'harmonisation des examens de spécialité CMQ/CRMCC et c'est alors que le véritable débat de fond a lieu sur la pertinence de maintenir deux examens pour les médecins résident-e-s du Québec (un examen du Québec et un examen canadien). Quatre ans plus tard, en 2004, les deux parties conviennent des détails relatifs à l'harmonisation et au partage d'une majorité d'examens de spécialité. Depuis plus de quinze ans maintenant, l'ensemble des candidat-e-s à l'exercice de la médecine au Québec n'ont plus d'examen québécois à réussir, mais uniquement l'examen pancanadien de leur spécialité.

Le rôle du Conseil médical du Canada



MEDICAL COUNCIL
OF CANADA LE CONSEIL MÉDICAL
DU CANADA

Depuis le printemps 2001, le CMQ exige la « licence » du CMC qui suppose la réussite de l'EACMC partie I et partie II pour obtenir un permis de pratique au Québec. Cette exigence était en révision par le CMQ au moment de publier.

La réussite de l'EACMC Partie I est un pré-requis pour l'entrée en résidence au Québec. Celle de l'EACMC Partie II est toujours exigée, à ce jour, pour l'entrée en pratique. Les deux parties sont combinées par le CMC pour en faire une « licence », mais il demeure de la prérogative des ordres professionnels de chaque province ou territoire d'en faire, ou non, une exigence de pratique.

Certaines provinces canadiennes n'exigent plus la réussite de l'EACMC Partie II, dont la Nouvelle-Écosse et l'Ontario depuis peu. Le débat était encore en cours au Québec au moment de rédiger ces lignes.

3.

QUATRE BONNES RAISONS POUR METTRE FIN UNE BONNE FOIS POUR TOUTES À... L'EACMC2!



1 UN EXAMEN ÉVALUANT DES COMPÉTENCES DÉJÀ ÉVALUÉES

La formation des médecins résident-e-s, leurs compétences, dont celles liées à la communication et au professionnalisme, sont non seulement évaluées tout au long de leurs études postdoctorales par les facultés de médecine, mais leurs connaissances – que ce soit en termes d'expertise médicale ou de communication – sont également évaluées à la fin de leur résidence par les examens du CRMCC et du CMFC. De plus, on évalue des compétences qui sont nécessaires dès le début de la résidence, cet examen n'a donc minimalement pas sa place au niveau postdoctoral;

2 UN EXAMEN DONT LA PERTINENCE ALLÉGUÉE EST BASÉE SUR DES ÉTUDES PEU CONVAINCANTES

Le CMC prétend que des études démontrent que l'EACMC2 permettrait de prévoir qui sont les apprenant-e-s les plus à risque de manquer de professionnalisme une fois en pratique. Des représentant-e-s du CMQ ont régulièrement repris ce refrain. La FMRQ a pourtant fait une révision rigoureuse des dites études sur lesquelles s'appuient ces affirmations et en est arrivée à la conclusion ([voir article en page 13](#)) que la méthodologie de ces études est problématique, que les conclusions tirées sont difficiles à généraliser et qu'il y a donc fort peu d'évidence scientifique digne de ce nom;

3 UN EXAMEN QUI EST DEvenu UNE BARRIÈRE PROFESSIONNELLE À UN PLEIN PERMIS DEPUIS UN AN

Comme le CMC n'a pas été en mesure d'offrir son examen pendant un an en multipliant les cafoillages et les annulations de dernière minute, son examen aura été ce qui a empêché des centaines de jeunes patrons de pouvoir obtenir un permis régulier à la fin de leur résidence, et ce, malgré la réussite de leurs examens de spécialité;

4 UN EXAMEN QUI SEMBLE SURTOUT DEvenu UNE SOURCE DE REVENUS POUR LE CMC

Plusieurs se sont demandé pourquoi le CMC a mis tant d'énergie à développer en catastrophe un nouvel examen virtuel bâclé en pleine pandémie. À tort ou à raison, certains en ont déduit que cet empressément avait probablement pour finalité d'éviter de devoir rembourser les milliers de candidat-e-s en attente de l'EACMC2 qui avaient déjà payé depuis des mois les importants frais de l'examen reporté sans cesse. Dans le même sens, comment expliquer que les états financiers vérifiés du CMC pour 2019 et 2020 affichent des revenus d'environ 12 millions de dollars par année par rapport à des dépenses d'environ 6 millions de dollars pour l'EACMC2 uniquement ([voir encadré en page 13](#)). Ces chiffres portent effectivement à poser des questions préoccupantes. Par son inaction, le CMQ a trop longtemps semblé cautionner qu'une organisation pancanadienne semble s'enrichir sur le dos de la relève médicale.

Voilà pourquoi la FMRQ a demandé en 2020 la mise en place d'un moratoire sur l'exigence de l'EACMC2 pour la pratique de la médecine au Québec. Nous avons indiqué aux dirigeants du CMC qu'ils auraient pu agir de façon responsable dès l'automne 2020 en indiquant de façon transparente aux différents ordres professionnels, dont le CMQ, leur incapacité logistique à administrer l'EACMC2. Il aurait alors été possible d'octroyer la pleine licence du CMC aux candidat-e-s ayant réussi l'EACMC1, mais dans l'impossibilité de faire la partie 2. Nous aurions été ainsi toutes et tous bien mieux disposé-e-s à discuter de solutions d'avenir, alors qu'une consultation pancanadienne sur le sujet a été lancée par le CMC, plutôt que de se précipiter à mettre en place un nouvel examen virtuel qui aura été le énième échec du CMC.

La FMRQ va continuer de suivre de près ce dossier, compte tenu que les intentions des acteurs impliqués ne sont pas claires. Mais, dans tous les cas, nous veillerons à ce que plus jamais des lobbys canadiens en santé se financent sur le dos de la relève médicale.

QUATRE BONNES RAISONS POUR METTRE FIN UNE BONNE FOIS POUR TOUTES À... L'EACMC2!

LE POINT SUR LES ÉTUDES QUI PRÉTENDENT SOUTENIR LA PERTINENCE DE L'EACMC2

Le CMC prétend que des études démontrent que l'EACMC2 permettrait de prévoir qui sont les apprenant-e-s les plus à risque de manquer de professionnalisme une fois en pratique. Des représentant-e-s du CMQ ont repris régulièrement ces prétentions. La FMRQ a pourtant fait une révision rigoureuse desdites études sur lesquelles s'appuient ces affirmations et en est arrivée à la conclusion que la méthodologie de ces études est problématique, que les conclusions tirées sont difficiles à généraliser et qu'il y a donc fort peu d'évidence scientifique digne de ce nom

En résumé, un premier groupe d'études (Tamblyn et al., 1998; Tamblyn et al., 2002) ont évalué une cohorte de médecins entrée en pratique avant même l'existence de l'EACMC2, ce qui tend à invalider ces études dans l'argumentaire au soutien de cet examen. Plusieurs autres publications (Tamblyn et al., 2007; Wenghofer et al., 2009; Tamblyn et al., 2010; Cadieux et al., 2011; Meguerditchian et al., 2012) portent sur la cohorte de médecins résident-e-s ayant effectué

l'EACMC2 entre 1993-1996. Ces articles émanent tous d'une même étude primaire financée par le CMC lui-même et qui n'a jamais été publiée². Cette étude corrèle en fait des sous-scores de l'EACMC1 et de l'EACMC2 avec de soi-disants « indicateurs de pratique » qui ont manifestement peu de lien avec la réelle pratique clinique. Une dernière étude plus récente (De Champlain et al., 2020), apparemment également financée par le CMC, montre une corrélation entre le score à l'EACMC1 et les risques de plaintes de patient-e-s, ainsi qu'une corrélation entre le score à l'EACMC2 et la prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, le tout en Alberta.

Somme toute, la méthodologie de ces études est problématique et les conclusions sont difficiles à généraliser, étant donné notamment le lien ténu entre les indicateurs de pratique et la réelle pratique clinique. Il y a donc là beaucoup d'études, mais lorsque nous analysons le tout de près, fort peu d'évidence scientifique digne de ce nom.

CMC – EXTRAITS TIRÉS DES ÉTATS FINANCIERS VÉRIFIÉS DE 2019 ET DE 2020 EN LIEN AVEC L'EACMC2

ANNÉE	REVENUS (\$)	DÉPENSES (\$)
EXAMEN D'APTITUDE DU CMC, PARTIE II		
2018	12 590 251	5 404 422
2019	12 539 670	5 668 212
2020	12 036 360	6 286 102

² https://mcc.ca/media/Tamblyn_Score-Association_MCCQE-Part-II_Clinical-Practice-Performance_2009.pdf

4.

LA COURSE À L'APC



LA COMPÉTENCE PAR CONCEPTION: L'ÉCHEC D'UN MODÈLE THÉORIQUE

Sur la table à dessin du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) depuis plus d'une dizaine d'années, la Compétence par conception est l'interprétation du Collège royal d'un modèle d'éducation médicale basée sur les compétences (*competency-based medical education* - CBME). On nous promettait des améliorations miracles dans la façon d'enseigner et d'apprendre la médecine au Canada. On nous faisait miroiter que les médecins résident-e-s bénéficieraient d'observations régulières, d'une rétroaction pertinente et utile, d'un suivi longitudinal de leur progression à travers la résidence et de tâches cliniques adaptées selon leur niveau de formation et d'expertise... Une édition de la prestigieuse revue *Medical Teacher*, réunissant plusieurs représentant-e-s du Collège royal comme auteurs et autrices, a même été entièrement dédiée à ce nouveau modèle.

La FMRQ a suivi depuis le début les échanges du Collège royal avec les facultés de médecine canadiennes. Il faut comprendre qu'il y avait eu précédemment des « projets pilotes » dans quelques facultés ontariennes qui ont conforté le Collège royal dans sa certitude quant à la pertinence du modèle. Mais rappelons que les facultés ayant participé à ces projets ont bénéficié de plusieurs millions de dollars pour faire de ces tests de la CPC un succès. Cela n'est pas un léger détail. Et malgré cela, des gens de ces milieux nous ont plus d'une fois rapporté que les problèmes que nous observons avec la CPC au Québec se retrouvaient aussi chez eux. Imaginez alors la situation dans des facultés à qui l'on a clairement imposé la CPC sans aucune ressource additionnelle ! Parce qu'il faut le dire, la CPC a été imposée à nos facultés. Des représentants de la FMRQ ont été là au tout début des « consultations » actives sur la CPC dès 2015 et 2016. Ces rencontres où des représentants du Collège royal réunissaient les 17 facultés de médecine dans de belles salles à Ottawa et leur présentaient

des PowerPoint charmeurs en leur demandant : voulez-vous mieux enseigner et évaluer les médecins résident-e-s ? Imaginez la dynamique : le principal organisme qui peut recommander ou non l'agrément permettant aux facultés d'enseigner la médecine qui leur demande si elles voulaient faire mieux... Pas étonnant que, depuis ce temps, nos facultés osent à peine nous dire, en privé, qu'elles partagent nos critiques de la CPC, mais qu'elles changent rapidement de ton dans les rencontres où elles auraient l'occasion de le faire devant les représentant-e-s du Collège royal. Ah, la politique... Déjà en décembre 2016, nous discutons avec certains représentants de facultés et devant nos questions, ils nous avouaient ne pas trop savoir exactement à quoi ils avaient consenti dans des rencontres avec le Collège royal qui, lui, interprétait qu'il avait obtenu des accords unanimes pour lancer sa réforme. Le même flou artistique sera ensuite entretenu par le Collège royal lorsqu'il sera temps de décider de lancer ou non, en 2018 et 2019, de nouveaux programmes en CPC, alors que des facultés commençaient à soulever le manque de ressources pour procéder à cette réforme. Des représentant-e-s du Collège royal ont même parfois poussé le bouchon jusqu'à annuler des votes secrets pourtant annoncés, devant le constat que les facultés allaient s'opposer et demander de ralentir la cadence de l'implantation. Par magie, le vote n'a pas eu lieu et des consultations par programme ont ensuite été privilégiées plutôt qu'avec les facultés concernées... Et toujours cette allégorie du paquebot que nous ne pouvons plus ralentir une fois lancé qui était relayée par les tenant-e-s de la CPC. C'est pourquoi la FMRQ a rappelé dans sa conclusion du rapport de 2020 que c'est de cette façon que le naufrage du Titanic est malheureusement passé à l'histoire, le désir de lancer à fond, sans ralentir, la progression de son nouveau prototype présenté comme la dernière merveille de l'évolution.

LA COMPÉTENCE PAR CONCEPTION: L'ÉCHEC D'UN MODÈLE THÉORIQUE

C'est en 2017 que les deux premières spécialités – l'anesthésiologie et l'ORL/CCF – ont été lancées dans l'arène de la CPC comme programmes « cobayes ». L'implantation de la CPC devait théoriquement se faire graduellement, en testant les forces et les faiblesses du modèle, sans avoir de répercussions négatives sur la formation et la progression des médecins résident-e-s. En réalité, les programmes, et surtout les médecins résident-e-s, ont été catapulté-e-s dans un mode d'évaluation complètement redessiné avec une préparation grossièrement inadéquate. Les patrons et les patronnes ne savaient même pas comment donner de la rétroaction, les comités de compétence ne comprenaient pas comment assurer le suivi des médecins résident-e-s dans leur progression, alors que l'existence même de ces comités était essentiellement inconnue par les médecins résident-e-s de ces programmes. Les médecins résident-e-s étaient aux prises avec une quantité astronomique d'APC à remplir, sans aucun appui autre qu'une tape dans le dos leur rappelant que c'était leur devoir de prendre en charge leur propre enseignement. Certes, des ajustements ont été faits depuis, mais plutôt que de prendre le temps de repenser et de corriger son modèle, le Collège royal a lancé programme après programme dans l'arène, sans offrir de soutien tangible aux programmes concernés autres que des séminaires annuels. Et nos facultés ont malheureusement essentiellement suivi sans trop contester, incapables de s'opposer à ce qui leur avait été présenté comme une façon de faire mieux, imposée par le principal organisme chargé de vérifier ensuite si effectivement elles faisaient mieux...

La FMRQ a fait un suivi serré de l'évolution de la CPC et de son impact sur les médecins résident-e-s. Nous avons publié trois rapports de sondages à cet égard et un 4^e sortira sous peu. Les constats que l'on en tire sont tout simplement déplorables. Les promesses de la CPC, avec un suivi longitudinal, individualisé et axé sur la rétroaction, ont été perverties par l'application d'un cadre rigide basé sur un nombre fixe d'activités professionnelles fiables³ (APC) réalisées à partir de *checklists*. En effet, dans une apparente volonté de rendre plus tangible l'évaluation de la maîtrise d'une compétence, le Collège royal a, en quelque sorte, fait de son outil de mesure, l'APC, la finalité de l'exercice. Les médecins résident-e-s s'en trouvent donc à davantage collectionner les APC, des exigences artificielles de ce système défaillant, qu'à réellement acquérir des compétences. Au final, les rétroactions demeurent non pertinentes et inutiles et les bénéfices pédagogiques inexistantes. C'est pourquoi, on ne peut maintenant que se questionner à savoir si ce modèle d'évaluation est justifié, avec autant d'effets néfastes et si peu de bénéfices pédagogiques. Les médecins résident-e-s s'en trouvent d'ailleurs épuisé-e-s et en détresse, selon ce qu'ils rapportent dans nos consultations.

Sur le plan politique, voilà maintenant trois rapports que nous présentons notamment au Collège royal et à nos facultés, afin de lever des drapeaux sur les répercussions négatives majeures de l'implantation de cette réforme sur la santé mentale des médecins résident-e-s, ainsi que sur l'immense fossé entre les efforts incessants exigés de leur part et le niveau de bénéfices pédagogiques essentiellement près de zéro. Voilà trois ans que le Collège

royal se dit à l'écoute et nous invite à des tables de discussion pour faire valoir notre point. Voilà trois ans que rien ne change de leur côté et que le Collège royal laisse entendre que le problème ne serait qu'au Québec, alors que c'est simplement dû au fait que la FMRQ est, de façon surprenante, la seule organisation nationale en éducation médicale qui a mis en place un processus de suivi de l'implantation de la CPC de façon indépendante de celui du Collège royal lui-même.

La faute appartient-elle totalement au Collège royal? Non. Les facultés se retrouvent coincées face à un organisme qui leur impose un carcan dans les façons d'enseigner la médecine et d'évaluer les médecins résident-e-s. Elles ont clairement leurs torts et, selon nous, exagèrent parfois les craintes liées à leur agrément dans l'exercice de leurs propres responsabilités universitaires. Mais nous pouvons les comprendre en partie, parce que cette réputation d'organisme tout puissant que certains prêtent au Collège royal existe pour une seule et bonne raison : l'abandon par les ordres professionnels de médecins, dont le CMQ, d'un pan important de leur rôle. C'est le CMQ et aucune autre organisation qui a légalement le pouvoir au Québec de décider de l'octroi ou non de l'agrément à l'une de nos quatre facultés de médecine. Pas le Collège royal. Mais bien malheureusement, les gens en sont venus à croire qu'il n'y avait plus rien à faire au Québec pour l'éducation médicale. Pourtant, nous parlons de deux juridictions exclusives des provinces au Canada ([voir autre texte en page 6](#)), soit l'éducation supérieure et la santé... Voilà aussi pourquoi depuis trois ans nous présentons nos rapports sur la CPC au Collège des médecins du Québec (CMQ) pour sensibiliser ses représentant-e-s aux répercussions négatives de ce modèle sur l'éducation médicale au Québec. Trois ans que le CMQ continue de s'en remettre au Collège royal qui, avec les années, a pris la place laissée vacante avec pour conséquence qu'il risque de perdre son expertise dans le dossier. Voilà pourquoi on nous présente maintenant comme une fatalité l'uniformité de la formation médicale à travers le Canada, alors que cela est avant tout un choix politique fait par le CMQ depuis 15 ans. Un choix d'ailleurs fait sans réel débat politique en dehors des cercles restreints des personnes initiées du milieu médical.

Voilà aussi trois ans que nous présentons nos rapports aux facultés de médecine du Québec et du Canada. Voilà trois ans qu'elles nous félicitent pour nos rapports et partagent certaines de nos réserves. Mais, dans leur capacité d'agir, elles se butent encore trop souvent à des dirigeant-e-s de nos programmes qui se concertent maintenant en dehors des cadres universitaires sur une base pancanadienne à travers différents canaux dont, principalement, les comités de programmes canadiens mis en place par le Collège royal.

Ainsi, entre le Collège royal, qui fait semblant de nous écouter et qui fait tout pour limiter la portée de nos constats, un CMQ qui a été désengagé sur ce dossier et des facultés de médecine limitées dans leur capacité d'agir, qui donc peut encore nous aider à réduire l'impact négatif de la CPC sur les médecins résident-e-s?

³ Nous repreneons ici malgré nous cette malheureuse traduction - dont les organismes pancanadiens en éducation médicale ont le secret - de « entrustable professional activities (EPAs) », un concept par ailleurs flou en langue anglaise également...

LA COMPÉTENCE PAR CONCEPTION: L'ÉCHEC D'UN MODÈLE THÉORIQUE

Un important coup de barre s'avère pourtant plus que jamais nécessaire afin de redresser la situation et de changer le sentiment de futilité pédagogique que nous ressentons tous par rapport à la CPC. Il est primordial de minimiser l'impact négatif des premières années d'implantation de la CPC sur une génération de médecins résident-e-s déjà au bord de l'épuisement.

Il est grand temps que le CMQ et le gouvernement du Québec, dont le MSSS et le ministère de l'Enseignement supérieur, s'impliquent dans ce dossier. Des cohortes complètes de médecins résident-e-s pourraient éventuellement se retrouver retardées dans leur entrée en pratique en raison de la CPC. Cela pourrait se traduire en patient-e-s qui n'auraient pas accès à des soins appropriés.

La FMRQ évalue actuellement toutes les options, y compris des recours légaux advenant qu'une application stricte des mécanismes défaillants de la CPC se traduise en incapacité pour des médecins résident-e-s d'accéder à la pratique.

Invitons maintenant, au minimum, les organisations associées à la formation postdoctorale au Québec, dont le CMQ, à faire des efforts tangibles pour lutter contre les conséquences néfastes d'un modèle pédagogique qui a tout d'un échec collectif.

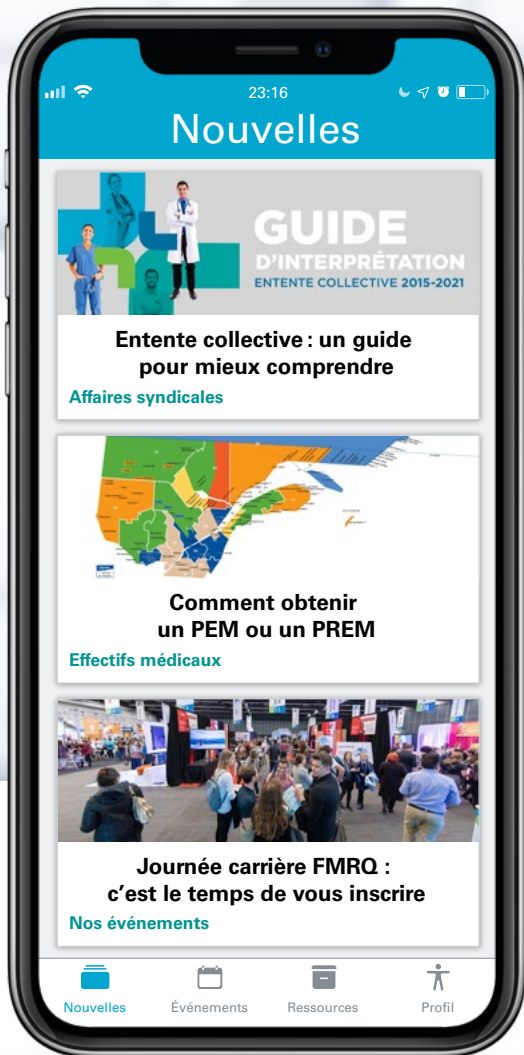
CE QUE PENSENT LES MÉDECINS RÉSIDENT-E-S DE LA CPC SELON UN NUAGE DE MOTS RESSORTI DE NOTRE RAPPORT DE 2019



En accord avec les principes de notre **Politique pour une action socialement et écologiquement responsable**, *Le Bulletin* n'est plus envoyé automatiquement à tous les membres par la poste. Une version électronique sera accessible en tout temps dans l'application mobile de la FMRQ et sur notre site web.

Si vous souhaitez continuer ou non à recevoir *Le Bulletin* par la poste, écrivez-nous à bulletin@fmrq.qc.ca.

L'appli **FMRQ MOBILE**, un **INCONTOURNABLE!**



COMMENT REMBOURSER SES DETTES



FONDS FMOQ

Si, au cours de vos études en médecine, vous avez accumulé des dettes, le début de votre pratique est le moment idéal pour bâtir un plan de remboursement.

En moyenne, les jeunes médecins commencent leur carrière avec un endettement de 100 000 \$, selon l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Environ 40 % d'entre eux comptabilisent une dette de plus de 120 000 \$.

ANALYSER VOS DETTES

La richesse ne se mesure pas uniquement en valeur marchande de vos actifs, mais plutôt en valeur nette qui tient compte de vos dettes. Par conséquent, la gestion de ces dernières doit faire partie de votre plan global d'épargne.

Si le poids des intérêts à payer ralentit considérablement le remboursement de vos dettes, s'acquitter de celles-ci ne se résume pas uniquement à éliminer en priorité les emprunts qui comportent les frais d'intérêts les plus élevés.

Les experts financiers font en effet souvent la distinction entre les bonnes et les mauvaises dettes. Un investissement dans un bien qui prend de la valeur, qui est profitable à long terme ou dont les intérêts sont admissibles au crédit d'impôt est considéré comme une bonne dette (ex. : un prêt hypothécaire ou un prêt pour lancer une entreprise), alors que l'achat à crédit d'un bien dont la valeur diminue (ex. : consommation courante avec une carte de crédit) tombe dans la catégorie des mauvaises dettes.

Il faudrait donc payer d'abord les dettes sur les cartes de crédit et les marges de crédit à taux d'intérêt élevé ou dont les intérêts ne sont pas déductibles de votre revenu avant de s'attaquer au remboursement des autres. Assurez-vous toutefois que le remboursement accéléré de vos emprunts n'entraînera pas de pénalités, ces dernières étant souvent supérieures au coût des intérêts.

TENIR COMPTE DES AVANTAGES FISCAUX

Saviez-vous que les intérêts sur votre prêt étudiant sont admissibles au crédit d'impôt ? C'est une caractéristique dont il faut aussi tenir compte dans l'ordre de priorité du remboursement.

Certains emprunts ayant servi à acquérir un bien générant des revenus de location ou d'entreprise offrent également l'avantage, sur le plan fiscal, de déduire les intérêts de vos revenus. Il devient alors moins urgent de les rembourser.

Aussi, votre statut de travailleur autonome, dès le début de votre pratique, vous confère le droit de recourir à la technique de la mise à part de l'argent (MAPA). Cette dernière permet de rendre déductibles les intérêts sur votre marge de crédit (qui ne le sont pas autrement). Pour ce faire, vous devrez ouvrir une nouvelle marge de crédit pour emprunter de façon distincte la somme servant à certaines dépenses strictement utilisées dans le but de gagner un revenu professionnel.

CONSOLIDER VOS DETTES

Il peut être avantageux de consolider vos dettes si le taux d'intérêt du prêt de consolidation est plus bas que celui des dettes consolidées. En les regroupant, vous n'aurez qu'un seul versement mensuel à faire. Sans compter que le paiement minimum mensuel du prêt de consolidation sera moins élevé que le total des paiements minimums des autres dettes. Vous pourrez donc utiliser la différence pour rembourser votre dette plus rapidement.

L'un des avantages que confère un prêt de consolidation est qu'il n'a pas d'effet négatif sur votre cote de crédit, tant que vous faites les paiements à temps.

REMBOURSER VOS DETTES OU ÉPARGNER ?

Planifier le remboursement de vos dettes ne doit pas vous empêcher de commencer à placer de petites sommes dans un régime enregistré d'épargne-retraite (REER) ou un compte d'épargne libre d'impôt (CELI). En fait, il se pourrait que l'épargne soit un choix judicieux si le rendement potentiel de vos investissements est supérieur au taux d'intérêt de votre dette.

De plus, si vous disposez de droits de cotisation inutilisés au REER, vous pourriez également combiner le remboursement des dettes à l'épargne. Dès les premières années de pratique, vous pourrez ainsi appliquer votre remboursement d'impôt à l'amortissement de vos dettes. Par exemple, une cotisation au REER de 10 000 \$ vous permettra de réduire vos dettes de 5 331 \$ avec votre remboursement d'impôt au taux marginal maximal (53,31% en 2021).

CONCLUSION

Une analyse détaillée de votre situation s'impose afin d'établir un plan de remboursement qui tient compte autant de vos actifs que de vos passifs. La meilleure solution sera celle qui est la mieux adaptée à votre situation, d'où l'importance d'élaborer un budget personnel.

L'un de nos conseillers peut vous accompagner dans votre planification budgétaire et vous aider à prendre des décisions éclairées, et ce, tout à fait gratuitement.

L'équipe Fonds FMOQ

POUR NOUS JOINDRE :

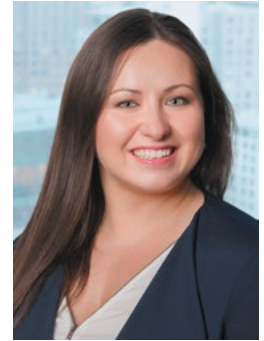
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597

Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

FONDSFMOQ.COM

L'IMPORTANCE DE LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Roxane Rondeau-Daoust, B. Sc.
*Conseillère en sécurité financière
 Segment jeunes professionnels*



La pandémie a fait ressortir pour plusieurs d'entre vous un besoin de réviser leurs assurances.

En ces temps d'incertitude, c'est en effet un bon moment pour passer en revue ses protections et s'assurer que celles-ci correspondent toujours à nos besoins.

Au-delà des montants de couverture et des options de votre contrat, avez-vous pensé à valider votre bénéficiaire ?

La modification de votre bénéficiaire peut s'effectuer avec l'assureur par l'intermédiaire de votre conseiller en sécurité financière. Selon la compagnie avec laquelle vous avez votre assurance, un simple formulaire suffira pour apporter le changement. Sachez qu'il est également possible d'effectuer un changement de bénéficiaire à même votre testament. Vous devez vous assurer de spécifier clairement la compagnie d'assurance, le numéro de votre police et la couverture que vous détenez.

SUCCESSION

Certains choisissent de désigner leur succession comme bénéficiaire dans leur police, déclarant ainsi que le montant devra être versé selon les volontés du testament qu'ils s'assurent de mettre à jour selon les besoins changeants. Il faut savoir qu'avec cette option, il pourrait être plus long pour vos héritiers d'obtenir l'argent étant donné qu'il ira à la succession qui devra être réglée avant que ceux-ci puissent toucher l'argent.

Un avantage important de désigner nommément une ou des personnes comme bénéficiaires est que la prestation de décès ne serait pas saisissable par les créanciers alors qu'elle peut l'être avec des désignations comme la succession ou les ayants droit.

DÉSIGNATION D'UN ENFANT MINEUR

Il est fréquent que les nouveaux parents souscrivent à une assurance vie à la suite de la naissance de leur enfant. Il peut être tentant de nommer notre tout-petit comme bénéficiaire. Cependant, au Québec, il y a complication lorsqu'un mineur hérite d'un montant de plus de 25 000 \$. D'abord, l'assureur ne peut verser cette somme directement au mineur. Il doit la remettre à son tuteur, qui sera probablement le parent survivant. Cela peut correspondre à votre souhait...ou pas ! En plus, un conseil de tutelle doit être mis en place. Trois personnes de la famille de l'enfant sont élues par un comité formé de plusieurs personnes de votre entourage.

Le conseil doit surveiller l'administration faite par le tuteur de la somme laissée à l'héritier. Il faudra également un jugement de la Cour pour valider ce conseil. En plus d'être lourd comme processus, cela peut engendrer des frais. Il faut également savoir que l'enfant héritera de l'argent dès qu'il atteindra 18 ans. Il pourra alors le dépenser comme bon lui semble, ce qui n'est peut-être pas ce que vous désirez ! Une excellente solution pourrait être de désigner la personne que vous voulez voir administrer les sommes laissées pour votre enfant et de spécifier dans le testament comment vous souhaitez que l'argent soit géré et distribué à l'enfant.

RÉVOCABLE OU IRRÉVOCABLE ?

Une désignation révocable est tout aussi valide qu'une qui est irrévocable. En revanche, un bénéficiaire irrévocable doit approuver les changements à votre contrat comme une transformation ou même une modification de bénéficiaire. Imaginez la situation où votre ex-conjoint doit signer pour autoriser la désignation de quelqu'un d'autre comme bénéficiaire. Je vous recommande de vous simplifier la vie et d'opter pour la désignation révocable. Au Québec, si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint et que vous êtes mariés, cette désignation est irrévocable sauf si vous spécifiez le statut révocable. Le divorce annulera l'irrévocabilité et la désignation, mais pas la séparation.

Faites le point sur vos désignations de bénéficiaires pour être certain qu'elles correspondent bien à vos intentions successorales, si vous avez un testament, discutez-en avec votre notaire.

Pour toutes questions sur vos assurances, n'hésitez pas à contacter l'équipe de conseillers en sécurité financière de Sogemec !

**L'ÉQUIPE DE CONSEILLERS DE SOGEMEC EST LÀ POUR VOUS AIDER
ET NAVIGUER AVEC VOUS ENTRE LES DIFFÉRENTES OPTIONS.**

1 800 361-5303
information@sogemec.qc.ca

LE CONSEIL, UNE VALEUR SÛRE ET RECHERCHÉE!

Audrey Lopez de la Osa, M. Sc., Pl. Fin.
Conseillère en gestion de patrimoine



Audrey Lopez de la Osa est conseillère en gestion de patrimoine et planificatrice financière chez fdp. Elle a développé une expertise auprès des jeunes professionnels de la santé, qu'elle accompagne dans toutes les étapes de leur vie professionnelle et personnelle. Nous lui avons posé quelques questions sur son travail de conseillère et son rôle auprès de ses clientes et clients.

CHEZ FDP, PARCE QUE NOUS SOMMES UNE FIRME DE GESTION PRIVÉE, NOUS VALORISONS BEAUCOUP L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS CLIENTES ET DE NOS CLIENTS. EXPLIQUE-MOI COMMENT ÇA SE TRADUIT DANS TON TRAVAIL DE TOUS LES JOURS ?

Audrey - Pour moi, un bon accompagnement se résume à une écoute attentive. Poser les bonnes questions, être disponible, proactive et s'adapter à chacun pour bien comprendre ses problématiques, ses priorités et ses objectifs. Ma clientèle est composée de professionnels en début de carrière et mon rôle est de bien les encadrer pour qu'ils puissent faire de bons choix. Ainsi, nous pouvons mettre sur pied un plan personnalisé qui va leur permettre de réaliser leurs ambitions.

Mon approche est basée sur l'intégrité et la confiance. J'établis des liens durables avec chacun de mes clients et je suis leur évolution, ce qui me permet d'intervenir au bon moment. C'est important parce que ces décisions-là auront des répercussions durant toute leur vie professionnelle et personnelle.

LES PROFESSIONNELS SUBISSENT BEAUCOUP DE PRESSION EN DÉBUT DE CARRIÈRE, N'EST-CE PAS ?

Audrey - À cette étape, beaucoup de projets ambitieux se présentent : l'achat d'une propriété ou d'un immeuble à revenus, l'ouverture d'un cabinet ou d'un bureau, l'incorporation, le mariage, le désir de créer une famille... Je les aide en définissant avec eux leurs priorités, tout en tenant compte des obligations financières de la profession, telles que mettre de l'argent de côté pour les impôts et les acomptes provisionnels à venir.

Ma première rencontre avec une cliente ou un client me permet d'aborder tous les sujets relatifs à la planification financière. Je considère chacun de mes clients comme étant unique, donc chaque conseil doit être personnalisé. Tout comme les médecins qui ne prescrivent pas le même traitement à leurs patients, je fais du « sur mesure » pour chaque client.

PEUX-TU ME DONNER DES EXEMPLES ? QUELS SONT LES CAS QUE TU VOIS LE PLUS SOUVENT ?

Audrey - Certaines personnes ont acheté des services et produits qui n'étaient pas adéquats dans leur situation. Cela concerne souvent certains produits d'assurances. L'incorporation est un autre exemple. Avant de s'engager dans une telle démarche, une analyse est requise pour bien comprendre la situation du client. Il faut également que celui-ci maîtrise le processus.

Même chose dans l'achat d'une première propriété. Il est important de faire un budget qui inclut toutes les nouvelles dépenses afin d'évaluer les répercussions de cet achat sur l'argent disponible. En effet, même si ce projet de vie est très important, il faut s'assurer d'avoir les liquidités pour continuer de maintenir un équilibre de vie. Monopoler tous ses revenus pour les paiements hypothécaires équivaut à s'engager dans un mode de vie très stressant.

Et bien sûr, il faut prévoir un fonds d'urgence pour se préparer aux inattendus.

QU'EST-CE QUE TU PRIORISES DANS TON TRAVAIL AUPRÈS DE TES CLIENTES ET CLIENTS ?

Audrey - Je dirais d'abord un bon budget, parce que c'est la base d'une bonne planification financière. Avoir une idée juste de son coût de la vie permet de mettre sur pied un bon plan d'épargne, ce qui permet à son tour d'atteindre ses objectifs, qu'ils soient de court, moyen ou long terme.

L'autre élément indispensable, ce sont les suivis. Il est essentiel d'entretenir une relation de confiance qui me permet, lors d'un changement d'objectifs de vie (coups durs ou coups heureux) de revoir les stratégies et de les adapter à la nouvelle réalité.

Pour les professionnels en début de pratique, le suivi doit être plus serré, parce qu'il se passe beaucoup de choses durant cette étape de vie. Tout est interrelié dans une planification : un aspect de la vie aura une incidence sur un autre et les finances doivent suivre. Bien accompagner mes clients et prendre du temps, c'est primordial pour moi.

Et puis, être proactif. Nous connaissons très bien la réalité de nos professionnels, alors nous pouvons anticiper les prochaines étapes de leur vie. Ça permet d'ajuster graduellement leur plan d'action pour les étapes futures. La retraite est un bon exemple. Ça semble très loin en début de carrière, mais il n'est jamais trop tôt pour commencer à la planifier.

POUR TOI, CE QUI COMPTE AVANT TOUT, CE SONT LES PERSONNES...

Audrey - Je sers mes clients comme j'aimerais être servie. Leur réussite est une grande fierté pour moi, parce qu'elle est basée sur une confiance mutuelle et reflète la qualité du travail que nous avons fait ensemble. Ma satisfaction personnelle est le succès de mes clients.

Chez fdp, c'est ce type de relation que nous voulons avoir avec nos clientes et clients, cette proximité et cette compréhension. C'est notre raison d'être et notre vision.

Pratiquer et vivre à fond

Une pratique stimulante allée à une qualité de vie exceptionnelle, une région aux paysages époustouffants, voilà qui donne envie de vivre à fond!

Une région qui se démarque

- ✓ Équipes dynamiques
- ✓ Travail interdisciplinaire
- ✓ Polyvalence et autonomie
- ✓ Pratique valorisante et diversifiée

Médecins de famille et médecins spécialistes recherchés en :

- allergie-immunologie
- anato-mo-pathologie
- anesthésiologie
- biochimie médicale
- cardiologie
- chirurgie orthopédique
- chirurgie plastique
- chirurgie thoracique
- gastro-entérologie
- gériatrie
- hémato-oncologie
- médecine d'urgence
- médecine interne
- néphrologie
- neurologie
- obstétrique-gynécologie
- ophtalmologie
- oto-rhino-laryngologie
- pneumologie
- psychiatrie
- psychiatrie adulte
- radiologie diagnostique
- rhumatologie

CHEZ NOUS,
ON SE DÉMARQUE
EN GRAND

Envie de tenter l'aventure? Contactez :

Mme Véronique Bossé
418 899-0214, poste 10202
recrutement.medical.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

medecin.cisssbsl.com

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec 

Spécialistes recherchés

au CISSS de Chaudière-
Appalaches

Chaudière-Appalaches
Le bonheur
d'y vivre et d'y pratiquer



L'établissement regroupe
plus d'une centaine
d'installations réparties
dans 136 municipalités :

- 4 hôpitaux;
- 5 urgences, dont une ambulatoire située au Centre Paul-Gilbert;
- 34 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), dont 5 CHSLD privés conventionnés;
- 23 CLSC;
- 1 maison de naissance;
- 3 maisons de soins palliatifs;
- 3 centres de pédiatrie sociale;
- 21 groupes de médecine de famille (GMF) dont 2 groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) et 1 groupe de médecine de famille réseau (GMF-R);
- Près d'une cinquantaine d'installations adaptées aux besoins spécifiques : services spécialisés en jeunesse, déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme, déficience physique, dépendance et services pour aînés;
- Quelques cliniques privées réparties sur le territoire.

Notre équipe intervient également à domicile, en milieu scolaire et dans les groupes de médecine de famille.

Notre organisation compte des gens passionnés qui n'ont pas peur d'innover et de s'impliquer dans plusieurs secteurs d'activités.

L'atmosphère de travail est chaleureuse et dynamique et le travail d'équipe est valorisé. Venez le constater!

Postes disponibles dans les départements suivants :

Anatomopathologie

Besoin spécifique en hématopathologie

1 ajout de poste en 2022 à l'Hôtel-Dieu de Lévis (hématopathologie)

D^r Hassem Roman, chef de service régional
hassem.roman.med@ssss.gouv.qc.ca

D^r André Vincent, chef de département
andre.vincent.med@ssss.gouv.qc.ca

Biochimie médicale

Mouvements possibles d'ici les deux prochaines années

D^r Daniel Deslauriers
daniel.deslauriers.med@ssss.gouv.qc.ca

D^r André Vincent, chef de département
andre.vincent.med@ssss.gouv.qc.ca

Dermatologie

2 postes disponibles en Beauce et à l'Hôtel-Dieu de Lévis

1 ajout de poste en 2023

D^r Pierre Grammond, chef de département de médecine spécialisée
pierre.grammond.med@ssss.gouv.qc.ca

D^r Pierre-Luc Dion
pierre-luc.dion.med@ssss.gouv.qc.ca

Néphrologie

4 postes disponibles à l'Hôtel-Dieu de Lévis

D^r Pierre Grammond, chef de département de médecine spécialisée
pierre.grammond.med@ssss.gouv.qc.ca

D^r Simon Desmeules, chef de service
simon.desmeules.med@ssss.gouv.qc.ca

Pédiatrie

1 poste disponible à Thetford

2 postes disponibles en Beauce

D^{re} Catherine Déry, chef de département
catherine.dery.med@ssss.gouv.qc.ca

Pédopsychiatrie

3 postes disponibles à l'Hôtel-Dieu de Lévis

2 ajouts de postes à l'Hôtel-Dieu de Lévis d'ici 2023

D^{re} Aurée Morin, chef de service
audree.morin.med@ssss.gouv.qc.ca

D^{re} Geneviève Toupin
genevieve.toupin.med@ssss.gouv.qc.ca

Rhumatologie

1 ajout de poste à l'Hôtel-Dieu de Lévis en 2023

D^r Pierre Grammond, chef de département de médecine spécialisée
pierre.grammond.med@ssss.gouv.qc.ca

D^{re} Nathalie Roy
nathalie.roy.med@ssss.gouv.qc.ca

Soins intensifs fermés (Hôtel-Dieu de Lévis)

D^r Pierre Grammond, chef de département de médecine spécialisée
pierre.grammond.med@ssss.gouv.qc.ca

D^{re} Christine Drouin
christine.drouin.med@ssss.gouv.qc.ca


Visitez
[www.recrutement
medecins.com](http://www.recrutement.medecins.com)

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

Planifiez votre cheminement académique et professionnel avec nous!

CONTACTEZ-NOUS!

RECRUTEMENT MÉDICAL CÔTE-NORD 
www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca
09.recrutementmedical@ssss.gouv.qc.ca

MA CÔTE-NORD


**une carrière stimulante
à l'ère technologique.**



13 Postes anticipés
à combler
MÉDECINS DE FAMILLE

33 Postes anticipés
à combler
MÉDECINS SPÉCIALISTES

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord**

Québec 



La firme de gestion privée pour les médecins

Des conseils intègres et indépendants, en toute confiance.

Parce que vous investissez beaucoup d'énergie dans votre carrière et dans votre qualité de vie, nous mettons notre expertise financière de pointe à votre disposition pour vous donner le meilleur dans tous les domaines :

Votre situation financière

Votre fiscalité

Votre retraite

Vos placements

Votre statut matrimonial
et d'affaires

Vos assurances

Votre planification
successorale

fdpgp.ca | 1 888 377-7337

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille. **fdp** et les marques de commerce, noms et logos connexes sont la propriété de Financière des professionnels inc. et sont enregistrés ou employés au Canada. Employés en vertu d'une licence de Financière des professionnels inc.



Une offre avantageuse pour les médecins résidents

Une offre financière pensée et développée
pour vos besoins personnels et professionnels.

Faites comme plusieurs médecins résidents et profitez de l'offre Exclusive.

desjardins.com/fmrq



Vous pensez à votre résidence. Pas à votre retraite.

Nous savons quel investissement personnel et financier exige le travail des professionnels de la santé. C'est pourquoi nous avons créé le programme Services aux professionnels de la santé RBC Avantage¹, conçu pour les professionnels de la santé comme vous.

Obtenez un accès exclusif à des avantages exceptionnels qui vous seront utiles au cours de votre formation et de votre carrière, notamment :

- Réductions des frais sur le Forfait bancaire VIP RBC[®] et sur un compte de carte de crédit Avion[®]
- Taux privilégié sur une marge de crédit non garantie²
- Avantages particuliers et points RBC Récompenses[®]

Mettons le cap vers votre réussite

Notre équipe de plus de 500 spécialistes, Services aux professionnels de la santé RBC est là pour vous offrir le soutien et les conseils dont vous avez besoin pour gérer vos finances.

[rbc.com/sante](https://www.rbc.com/sante)





TD Assurance
Meloche Monnex

**On est prêts
pour vous**



La confiance est au rendez-vous avec les tarifs préférentiels de TD Assurance.

Les professionnels pourraient
économiser sur l'assurance
auto et pour propriétaire,
copropriétaire et locataire.

**Demandez une soumission et découvrez combien vous
pourriez économiser !**

Allez à tdassurance.com/melochemonnex

Le programme d'assurance habitation et auto TD Assurance Meloche Monnex est offert par Sécurité Nationale compagnie d'assurance. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. Agence en assurance de dommages, au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12^e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan.

MD Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou de ses filiales.

8249-0320

TOUT POUR DÉMARRER VOTRE CARRIÈRE DU BON PIED

RÉSERVEZ
VOTRE
RENCONTRE
VIRTUELLE !

- ✓ **BUDGET ET FINANCES** : faites le point sur votre situation financière (gestion des dettes, accumulation du capital, optimisation fiscale). **C'est gratuit et sans engagement.**
- ✓ **INCORPORATION** : la pratique médicale en société peut être avantageuse dans certains cas et ne présenter aucun intérêt dans d'autres. Évaluez la pertinence de la démarche, **en toute objectivité.**
- ✓ **SERVICE-CONSEIL POUR VOS INVESTISSEMENTS** : accompagnement de qualité dans vos débuts en placement. Recommandations objectives en lien avec votre réalité et vos aspirations. **Promotions pour les résidents.**
- ✓ **FACTURATION MÉDICALE** : confiez cette tâche particulièrement fastidieuse à nos ressources expérimentées. Tranquillité d'esprit et davantage de temps pour votre pratique. **Période d'essai gratuite.**
- ✓ **JOURNÉE DE FORMATION « PRÉPARER FINANCIÈREMENT SA CARRIÈRE »** : de l'avis de nombreux médecins, une formation indispensable pour gérer ses finances. Du temps bien investi pour votre prospérité financière. **Inscrivez-vous.**

Pour plus d'information, visitez fondsfoq.com/jeunes-medecins/ ou écrivez à info@fondsfoq.com



FMSQ



FÉDÉRATION DES
MÉDECINS RÉSIDENTS
DU QUÉBEC

Sogemec

ASSURANCES

NOUS UNISSONS NOS FORCES
POUR ÉVOLUER AVEC VOUS



m^F MÉDECINS
FRANCOPHONES
DU CANADA



FMEQ
Fédération médicale
étudiante du Québec

CRÉE PAR DES MÉDECINS POUR DES MÉDECINS.

Nous vous offrons une gamme
de protections d'assurance
et de services-conseils
spécifiquement conçus
pour vous.



Justin Bédard, B. Sc, Pl. Fin.
Conseiller en sécurité financière
j.bedard@sogemec.qc.ca
(514) 350-3324 | 1 800 361-5303



Camille Lambelin
Conseillère en sécurité financière
c.lambelin@sogemec.qc.ca
(514) 350-5031 | 1 800 361-5303



Méziane Larab, M. Sc. Fin.
Conseiller en sécurité financière
m.larab@sogemec.qc.ca
(514) 350-3314 | 1 800 361-5303



Roxane Rondeau-Daoust, B Sc.
Conseillère en sécurité financière
r.rondeaudaoust@sogemec.qc.ca
(514) 350-5078 | 1 800 361-5303



**Dre May-Laurence
Cayer-Boudreault**

Fière d'être médecin à La Tuque

L'installation de La Tuque (région SARROS) est à la recherche d'un (1) ou deux (2) médecins de famille qui veulent avoir une pratique médicale intéressante, diversifiée et travailler avec une équipe dynamique et engagée. Une pratique 100 % à l'urgence ou une pratique mixte soit : urgence-prise en charge de patients ou hospitalisation - prise en charge de patients. (Formation MU3 non requise)

Médecin de famille — Joins-toi à nous!

Pour information ou pour planifier
une visite, contactez :

Chantal Guay

Agente de planification et de communication
(819) 523-4581 poste 2108
chantal_guay@ssss.gouv.qc.ca
04SARROS_HSM_CIUSSMCQ@ssss.gouv.qc.ca

ciusssmcq.ca
sarros.ca
choisirlatuque.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 



ici
— EN OUTAOUAIS —
l'équilibre parfait

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec 

OPPORTUNITÉS D'EMPLOI

Anesthésiologie • Cardiologie • Dermatologie • Endocrinologie • Gastro-entérologie • Gériatrie • Hémato-oncologie • Médecine familiale • Médecine interne • Médecine physique et réadaptation • Microbiologie médicale • Néphrologie • Obstétrique-gynécologie • Pédiatrie • Pneumologie • Psychiatrie adulte et enfant • Radiologie diagnostique • Santé publique

RECRUTEMENT.MD.OUTAOUAIS@SSSS.GOUV.QC.CA

PERSPECTIVE NUNAVIK

ᑕᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ
ᑕᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ



Actuellement, tous nos postes de médecins de famille pour 2021 sont comblés. Toutefois, il est possible d'effectuer du dépannage comme médecin de famille.

CONTACTEZ-NOUS !

POUR DU DÉPANNAGE COMME MÉDECIN DE FAMILLE

CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK

D^r Gabriel Chouinard
et D^{re} Margaret-May Raymond

Co-chefs du département de médecine générale
chefferie.med.csi@ssss.gouv.qc.ca

CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

D^r David Saab

Chef du département de médecine générale
chefferie.med.cstu@ssss.gouv.qc.ca

POUR DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA MÉDECINE FAMILIALE

D^{re} Geneviève Auclair

Chef du DMRG
genevieve.auclair@ssss.gouv.qc.ca
Et mettre Josée Lambert en c.c. svp.
josee.lambert.rr17@ssss.gouv.qc.ca

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik est à la recherche de deux médecins spécialistes : un pédiatre et un pédopsychiatre.

De plus, elle souhaiterait consolider sa banque de candidats de différentes spécialités intéressés à effectuer un ou plusieurs séjours au Nunavik (diverses spécialités).

Si vous êtes tentés par l'expérience, veuillez communiquer avec D^{re} Nathalie Boulanger, directrice des services professionnels (nathalie.boulanger.med@ssss.gouv.qc.ca). Et mettre Josée Lambert (josee.lambert.rr17@ssss.gouv.qc.ca) en c.c. svp.



1

POSTE EN
PÉDIATRIE



1

POSTE EN
PÉDOPSYCHIATRIE

Pour en savoir plus sur la pratique diversifiée et la vie unique au Nunavik, visitez :

sante-services-sociaux.ca | sarros.ca

Facturation^{.net}

Laissez-nous vous simplifier la vie.

Choix #1

des omnipraticiens et des spécialistes

6 500

médecins comptent sur nous

Offre pour les résidents

6 mois gratuits

Formations et accompagnements en début de pratique

Service gratuit en tout temps pour fellowship et moonlight

Laissez les pros s'occuper de vos factures.

Contactez-nous!

1 866 332-2638
Facturation.net



L'agence Médijuris s'est affiliée à celle de Facturation.net.
Une combinaison optimale pour simplifier le quotidien des médecins.





DR MAXIME DESGAGNÉ, MÉDECIN DE FAMILLE
CLINIQUE LACROIX DE CAP-ROUGE

OPPORTUNITÉ DE CARRIÈRE

Pratiquer au réseau Lacroix

La qualité des soins vous tient à coeur? Le réseau Lacroix offre des conditions avantageuses qui permettent à nos médecins de prodiguer les meilleurs soins possibles en se concentrant uniquement sur leur pratique.



RÉMUNÉRATION
COMPÉTITIVE



AUCUNE CONTRAINTE
(PREM, AMP, ETC)



PLUS DE TEMPS
POUR VOS PATIENTS



DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL





Nouveaux patrons :

Démarrez votre facturation RAMQ du bon pied



Accompagnement personnalisé par des experts

Chaque année, des centaines de résidents profitent du service d'accompagnement de Xacte pour effectuer leur inscription à la RAMQ et la facturation de leurs premières activités. Faites comme eux et recevez une formation privée adaptée à votre pratique ainsi qu'un accès à nos services-conseils hors pair via clavardage et ligne téléphonique.

6 mois gratuits*

En tant que nouveau patron, vous profitez également de 6 mois de services gratuits de Xacte. Inscrivez-vous au xacte.net/fr/promoresidents

* Offre réservée aux nouveaux patrons débutant en 2020-2021. Inclut les services et fonctionnalités du plan Expert. Certaines conditions s'appliquent.

Xacte est une solution développée par PetalMD.



La pratique en région, un choix près de vous.

D^e Véronique Poirier
Îles-de-la-Madeleine



**SAR
ROS**

Opter pour une pratique médicale dans l'une des 12 régions SARROS, c'est s'épanouir et se surpasser dans un cadre humain rempli de beaux défis. **Et plus que jamais, c'est vrai.**