

MÉMOIRE PRÉLIMINAIRE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC

PROJET DE LOI N^o 15

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Commission de la santé et des services sociaux

Le 19 avril 2023

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° 15 – *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*.

La FMRQ

La Fédération des médecins résidents du Québec regroupe les 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 partout au sein des établissements de santé du Québec. La FMRQ représente les médecins résident·e·s 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 de deux à trois ans en médecine de famille et de 5 à 7 ans dans les autres spécialités. Par la suite, certain·e·s choisissent de réaliser une formation complémentaire, communément appelée *fellowship*, qui peut ajouter d'une à trois années supplémentaires avant de débiter une pratique autonome complète. Rappelons que, durant leur résidence, bien qu'ils et elles soient ultimement 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.

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

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

Remarques préliminaires

Un projet de loi annoncé depuis longtemps, mais une précipitation malheureuse pour son étude

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 notre avis sur des pièces législatives. Cependant, le projet de loi 15 est un cas fort particulier. Plusieurs l'ont déjà affirmé, nous parlons ici d'un projet de loi « mastodonte » et le mot est à peine trop fort. Mais ce n'est pas seulement en raison du nombre extrêmement élevé de pages et d'articles que le projet de loi se mérite ces superlatifs, mais également en raison des remous importants qu'il provoquera inévitablement dans l'ensemble du plus important réseau de services publics du Québec, et ce, après trois ans de tumulte causé par la pandémie de COVID-19 qui a déjà passablement épuisé ses principaux acteurs.

Cela dit, même si nous trouvons fort questionnables les délais extrêmement courts laissés aux différents groupes intéressés pour bien analyser et commenter ce projet de loi d'importance, la FMRQ est heureuse d'être du rendez-vous malgré les limites de temps nettement insuffisantes pour mieux analyser l'ensemble de ce projet de loi d'ampleur hors du commun.

Cela dit, la pandémie a également fait ressortir ce qui était déjà clair pour nous : notre réseau de la santé a besoin d'une modernisation majeure. La FMRQ a eu l'occasion à de nombreuses reprises de parler de l'importance de mieux assurer l'adéquation organisationnelle du réseau avec les nouvelles réalités de la pratique médicale, notamment en matière de recours aux technologies de l'information. Nous l'avons déjà écrit à l'attention de cette commission et pour reprendre une image : il est plus que temps de sortir les « fax » du réseau de la santé et de faire entrer ce dernier dans le 21^e siècle ! Le projet de loi n^o 15 ne vise pas nécessairement à modifier l'ensemble des façons d'assurer les soins et services de santé, mais pour un jour réaliser cela, il faut probablement déjà commencer par changer des bases du réseau. En ce sens, malgré

d'importants défauts, des éléments perfectibles et notamment un article 392 qui ne passe pas auprès de la relève médicale (sujet sur lequel nous reviendrons), la FMRQ reconnaît que le projet de loi n° 15 pourrait constituer une première étape d'une réforme souhaitable et souhaitée. Mais le succès d'une réforme de l'ampleur proposée dépendra tout de même en bout de piste de la capacité du gouvernement de mobiliser positivement (et non par la menace ou les contraintes) l'ensemble des acteurs du réseau, dont ceux et celles qui s'appêtent à y investir leur vie professionnelle, comme c'est le cas des médecins résident·e·s du Québec. Sur ce dernier aspect, c'est plutôt mal parti à notre avis...

Compte tenu des courts délais de préparation en vue de notre passage devant la commission, la FMRQ a concentré ses énergies sur les aspects du projet de loi qui sont les plus susceptibles de toucher les médecins résident·e·s, sans un tour exhaustif de tous les principaux éléments du projet de loi dont certains nous préoccupent bien que nous ne les abordions pas nécessairement dans ce mémoire. La FMRQ pourrait proposer un complément de mémoire avant la fin des consultations selon l'évolution des échanges à venir entre les différents groupes de la société civile et les membres de la commission.

Un projet de réforme ambitieux basé sur une vision large et structurée, mais avec d'importants défauts

Lors des audiences sur le projet de loi 11, en février 2022, nous écrivions ceci à cette commission :

« (...) 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. »

Nous reconnaissons qu'avec le projet de loi n° 15, le gouvernement présente cette fois un projet basé sur une vision du système de santé beaucoup plus globale et structurée que les plus récents projets de réforme. Même si nous ne partageons pas nécessairement toutes les pistes de solution qui y sont mises de l'avant et même s'il demeure des éléments majeurs qui contredisent les objectifs annoncés sur lesquels nous reviendrons, il faut souligner que la proposition prend davantage en compte les principaux paramètres de notre système de santé. Cela nous apparaît plus porteur d'un potentiel de réussite que les précédents projets de réformes qui tentaient trop souvent de régler des problèmes à la pièce avec, force est de constater, de modestes succès, voire des effets négatifs comme les projets de réformes des lois 10 et 20 du milieu des années 2000.

Cela dit, pour ce qui est des dispositions du projet de loi qui proposent des contraintes au travail des médecins spécialistes ou, pourrait-on dire, des restrictions à leur autonomie professionnelle, le gouvernement semble encore malheureusement avoir recouru à la méthode consistant à instrumentaliser le pouvoir législatif pour se positionner stratégiquement dans ses négociations avec une fédération médicale, mais cette fois en visant la FMSQ plutôt que la FMOQ, comme ce fut le cas avec le projet de loi 11. Nous laisserons le soin à nos collègues de la FMSQ d'élaborer davantage à ce sujet, dont sur celui de possibles atteintes à leur droit de négocier les conditions de leurs membres.

Cependant, nous ne pouvons pas passer sous silence que le projet de loi, dans sa forme actuelle, semble, au surplus, vouloir imposer des paramètres aux médecins spécialistes avec la menace, en cas d'impasse, d'en faire payer le prix à la relève médicale. Il n'y a pas d'autre lecture possible de l'unique article 392 du projet de loi, qui suggère la possibilité d'attacher des conditions de pratique futures à des étudiants en médecine comme condition d'entrée en résidence. Une proposition qui en plus d'être moralement et légalement douteuse, est à sa face même un échec assuré dans son application. Nous reviendrons sur cet article plus loin.

Ne pas refaire les erreurs du passé

Le ministre de la Santé dans de très récentes sorties publiques semblait partager notre constat que des contraintes liées à la pratique médicale sont contreproductives et il a récemment annoncé que certaines de ces contraintes devraient être abolies pour les médecins de famille, avec un objectif avoué que nous partageons de rendre la profession plus attractive auprès de la relève médicale. Nous ne pouvons que nous réjouir de ces annonces, quoique les plus importants détails de ces changements demeurent encore à convenir avec les organisations concernées, dont la FMRQ qui représente les finissant-e-s en médecine de famille qui sont très certainement les personnes les plus préoccupées par le processus déterminant l'octroi des postes en pratique, processus qui permet également une répartition des ressources sur l'ensemble du territoire du Québec. Compte tenu de ces annonces, nous avons été d'autant plus surpris de constater que le projet de loi n° 15 comporte, paradoxalement, de nouvelles contraintes à la pratique médicale qui pourraient affecter les jeunes médecins, mais cette fois-ci pour ceux qui choisiraient les autres spécialités que la médecine de famille. Croit-on pouvoir régler un problème causé par le gouvernement du Québec en 2015 en répétant la même erreur pour un autre sous-groupe de médecins ?

Rappelons aux membres de la commission que de fort malheureuses décisions improvisées en 2015 (annoncées par courriel un 21 décembre par un sous-ministre adjoint de l'ex-ministre Gaétan Barrette) ont eu pour effet de limiter géographiquement la pratique de nos finissant-e-s en médecine de famille en leur imposant – après la période

de choix des postes – des obligations de facturation dans les nouveaux sous-territoires que sont devenus les réseaux locaux de services (RLS). Encore aujourd'hui, ces mesures ont pour effet de saper nos efforts pour valoriser la médecine de famille. Les derniers chiffres de ce printemps du jumelage pour les postes en résidence sont en voie de le démontrer, malheureusement encore cette année, avec un nombre important de postes de résidence laissés vacants en médecine de famille et un nombre croissant d'étudiant·e·s en médecine de nos facultés qui préfèrent faire leur résidence hors du Québec.

Nous rappelons également à la commission que les jeunes médecins du Québec ont déjà subi des « clauses orphelin » négociées entre le gouvernement et la FMSQ dans le milieu des années 1990 et le gouvernement a dû finalement reculer sous les pressions populaires menées par les jeunes médecins et la FMRQ. Nous espérons ainsi qu'on écartera rapidement toute nouvelle proposition du genre afin de ne pas revenir 30 ans en arrière.

Retirer les dispositions discriminatoires à l'article 392

C'est pourquoi la FMRQ réitère que les mesures de l'article 392, prévoyant d'imposer d'avance des « conditions de travail » à des personnes qui en sont à plusieurs années encore d'occuper les fonctions liées à ces conditions, doivent être retirées, de même que toute autre disposition actuelle ou à venir qui irait dans le sens de faire supporter le fardeau de changements organisationnels envisagés sur les épaules des jeunes médecins. Toute entente que le gouvernement ou le ministère pourrait convenir pour trouver des solutions à des enjeux soulevés par le projet de loi n° 15, ne devrait en aucun cas reposer sur des solutions inéquitables envers la relève médicale et par ailleurs illégales dans ce cas-ci. Ne répétons pas les erreurs du passé.

De plus, ces mesures constitueraient certainement une atteinte au droit de négocier les conditions de travail des médecins par les organisations les représentant légalement.

Les membres de la FMRQ rencontrent déjà des difficultés à se trouver un poste à la fin de leur résidence, après plus ou moins 10 ans de formation universitaire, en raison notamment de la limitation du nombre de postes dans plusieurs spécialités autres que la médecine de famille. Le gouvernement détermine déjà les postes disponibles en fonction des besoins de toutes les régions du Québec, dans le cadre d'un plan quinquennal, alors il n'y a aucune raison d'ajouter davantage de contraintes à la pratique et encore moins dès l'entrée en résidence. Dans tous les cas, il va sans dire que la pertinence et la faisabilité de prévoir des conditions pour une pratique qui débiterait de cinq à sept années plus tard à des personnes qui n'ont même pas encore arrêté leurs plans de pratique professionnels nous semblent plutôt douteuses. Il va sans dire également que les besoins populationnels peuvent passablement changer durant cette période.

Il est à noter que cet article 392 est un calque remanié d'un ancien article de la LSSSS que quelqu'un au gouvernement a décidé de ramener dans le projet de loi n° 15, avec vraisemblablement une idée en tête puisque, à notre connaissance, cette disposition - qui semble sortie, comme on dit, « des boules à mites » - n'a jamais été appliquée, du moins au cours des 30 dernières années et pour cause, la FMRQ en aurait contesté énergiquement la légalité.

Il faut préciser que ce vieil article 503 de la LSSSS ramené dans le projet de loi no 15 de façon un peu brouillonne n'était déjà pas un modèle de rédaction législative. Mais puisqu'il se retrouve maintenant dans un projet de loi déposé, nous devons questionner quelles sont les intentions législatives derrière cela :

- Quelle est la logique du ratio de 25% des postes ? Pourquoi viser spécifiquement les postes des spécialités autres que la médecine de famille ? Pourquoi cette question de transfert de postes d'une spécialité à une autre, puisque les postes sont déjà répartis en fonction des évaluations de besoins futurs de chaque spécialité ?
- Devons-nous comprendre de ce texte de loi que le ministre consulterait les partenaires uniquement pour la détermination des postes prévus au 2^e alinéa (donc pour les postes dans les spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire) et non pour les postes en médecine de famille ? Si c'est le cas, pourquoi ? Et pourquoi consulter uniquement les partenaires nommément désignés ?

- Pourquoi la consultation prévue au dernier paragraphe de l'article 392 du PL15, s'il devait être adopté, n'a-t-elle pas été mise à jour selon la pratique, d'au moins les dix dernières années, de déterminer les admissions en médecine et en résidence par des décrets du gouvernement qui suivent des avis de la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* qui réunit, plusieurs fois par année, l'ensemble des acteurs impliqués, dont la FMRQ, des acteurs qui comptent une précieuse expertise en matière de besoins d'effectifs médicaux ?

Modifications proposées liées à l'article 392 du projet de loi

La FMRQ demande ainsi le retrait de l'article 392 du projet de loi ou encore, au minimum, le retrait des dispositions que nous jugeons illégales, et ce, de la façon suivante :

« 392. Le gouvernement détermine chaque année le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale post-doctorale. Ce nombre comprend :

- 1° les postes de stages de formation en médecine familiale ;
- 2° les autres postes de stages de formation requis pour l'une ou l'autre des spécialités reconnues dans un règlement pris en application de la Loi médicale (chapitre M-9).

~~Le gouvernement peut, en vue de favoriser une répartition rationnelle des ressources médicales entre les régions, autoriser chaque année certains des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d'une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l'établissement que le ministre détermine.~~

~~Ces postes ne peuvent excéder 25% du nombre de postes qui, parmi l'ensemble des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, sont destinés à de nouveaux stagiaires. Lorsqu'un poste visé au deuxième alinéa n'est pas comblé, il devient automatiquement un poste de stagiaire en formation de médecine familiale sans être assorti d'un engagement à pratiquer dans une région ou pour un établissement déterminé.~~

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

Le nombre de postes visé au **premier deuxième** alinéa est déterminé après consultation par le **ministre des groupes représentés au sein de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, dont le** ~~du~~ Collège des médecins du Québec ~~des et les~~ universités du Québec ayant une faculté de médecine, et de Santé Québec. »

Maintenir la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec

Il est important de distinguer les plans d'effectifs médicaux prévus à l'article 195 du projet de loi de la question des besoins des effectifs nécessaires dans 10-15 ans qui sont déterminés par les décrets annuels sur le nombre de postes d'admissions en médecine et le nombre d'admissions en résidence¹ suivant des recommandations de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec.

Évidemment, le nombre de postes d'admissions en médecine conditionne le nombre de postes nécessaires en résidence 4 à 5 ans plus tard, soit le nombre d'années d'études universitaires nécessaires pour compléter le doctorat en médecine. Ce doctorat est préalable à l'entrée en résidence, ce qui suppose de 2 à 7 années supplémentaires au niveau postdoctoral, selon les différentes spécialités et surspécialités, à donner des soins directs aux patients du Québec. De plus, la résidence est suivie d'un *fellowship* généralement d'une ou deux années de plus pour ceux et celles qui se dirigent vers une pratique en milieu universitaire.

Ainsi, pour planifier le nombre de médecins qu'il faut collectivement former pour assurer l'adéquation entre les besoins populationnels et les effectifs médicaux, l'exercice suppose de faire des prévisions 10 à 15 ans d'avance (le temps moyen pour former un médecin) avec toute l'incertitude que cela peut comporter. Le projet de loi n° 15 ne précise d'ailleurs pas clairement comment se ferait cet exercice si le projet de loi devait être adopté tel que présenté, au-delà des dispositions plutôt confuses à ce sujet à l'article 392, dispositions que nous avons déjà commentées. De l'avis de la FMRQ, le système actuel, dont la structure dénommée *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* est un précieux lieu de réflexion et d'analyse qui serait absolument à conserver. Il est d'ailleurs à souligner que la pertinence de cette table a été soulignée lors du Congrès international de médecine universitaire (CIMU) qui s'est tenu au Palais des

¹ Exemple du décret de 24-2021 *Concernant la détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale pour 2021-2022* : https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/lois_reglements/2021F/73923.pdf

Congrès de Québec le weekend dernier. Tous les acteurs préoccupés par les questions de relève médicale, dont le MSSS, le ministère de l'Éducation supérieure, celui de l'immigration, les facultés de médecine et les fédérations médicales y sont réunis² et ils y mettent en commun leurs points de vue et leur expertise afin de formuler des recommandations les plus pertinentes possibles au gouvernement du Québec quant aux besoins d'avenir en santé. De plus, ce lieu de concertation est de plus en plus utilisé pour aborder d'autres questions analogues en matière de formation médicale. Sans surprise, puisqu'il s'agit du seul lieu où tous les principaux acteurs sont réunis. L'existence d'un tel forum est une revendication de longue date de la FMRQ afin de permettre des échanges sur les dossiers trop souvent oubliés de la formation de la relève médicale. Cette Table permanente et ses comités de suivi ont fait largement la preuve de leur utilité, notamment durant la pandémie de COVID-19 où des recommandations au gouvernement du Québec sur des décisions importantes à prendre en matière de formation de la relève ont pu être rapidement formulées.

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

Nous avons soulevé devant cette commission en 2022, que le Québec a trop souvent négligé d'arrimer la formation médicale en médecine à ses différentes réformes en santé. En fait, nous avons rappelé que, depuis environ une quinzaine d'années, la formation médicale au Québec s'est développée complètement en parallèle des débats entourant notre système de santé québécois³.

² « Le MES et le MSSS se sont concertés pour la réalisation du présent mémoire. Le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration participe aux travaux de la Table de concertation. La Table de concertation réunit aussi le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI), le Collège des médecins du Québec, la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec, la Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales, la Conférence des vice-doyens aux études médicales de 1er cycle, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins résidents du Québec, la FMSQ et la Fédération médicale étudiante du Québec (...) »

https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2022-2463_memoire.pdf

³ <https://fmrq.qc.ca/nos-actions-nos-idees/un-debat-est-necessaire-au-quebec-sur-les-roles-et-les-responsabilites-des-acteurs-de-leducation-medicale/>

C'est un enjeu sur lequel la FMRQ insiste depuis plusieurs années. Par exemple, la réforme majeure des modes d'enseignement et d'évaluation de la médecine spécialisée qui a été graduellement implantée dans les facultés de médecine, partout au Canada, en 2017 - la « compétence par conception », traduction de l'organisme promoteur de la méthode « Competence by Design (CBD) », le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Cela est venu graduellement transformer la formation de nos membres avec des effets pervers très inquiétants y compris, à terme, de possibles perturbations sur notre système de planification des effectifs médicaux au Québec. Il aura fallu quatre rapports de la FMRQ depuis 2018, des sorties publiques en 2022⁴ et un exhaustif rapport de chercheurs indépendants⁵ concluant à l'absence de fondements scientifiques à ladite réforme pour que des changements soient enfin envisagés à cette « méthode pédagogique » en décembre dernier, avec l'appui du CMQ et de nos quatre facultés de médecine. Il est tout de même révélateur que le gouvernement du Québec n'ait été vraisemblablement impliqué dans ce dossier malheureusement qu'une fois que de l'aide financière ait dû être apportée à nos facultés aux prises avec cette réforme bâclée aux effets négatifs mal évalués.

Nous assistons actuellement à un épisode similaire avec cette fois une proposition de réforme du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui veut imposer une année supplémentaire obligatoire de résidence en médecine de famille. Les mêmes ratés en matière de gouvernance se sont posés dans ce dossier, mais cette fois, la FMRQ a alerté le MSSS à ce sujet dès 2019. Mais comment expliquer que cette proposition, qui se discute depuis des années dans les cercles restreints de la formation médicale au Canada, n'ait vraisemblablement pas été portée à la connaissance du gouvernement du Québec par ses principaux promoteurs, dont des directions de programmes de médecine de famille de nos facultés de médecine, avant que les scénarios d'application d'une telle proposition ne soulèvent d'importants enjeux financiers pour le gouvernement du Québec, ce qui était tout à fait prévisible ? Ce n'est pas un secret que nous avons au

⁴ <https://fmrq.qc.ca/formation-postdoctorale/competence-par-conception/>

⁵ Boyer, Bissonnette, Baillargeon et Morneau-Guérin, *Analyse critique d'un changement de paradigme pédagogique dans le cadre de la résidence en médecine au Québec*, 109 pages.
<https://www.editionsdel'apprentissage.com/ewExternalFiles/Analyseparadigmere%CC%81sidence.161222.septembre.2022-2.pdf>

Québec une capacité d'accueil limitée dans le nombre de places de résidence en médecine de famille et la proposition du CMFC nécessiterait éventuellement près de 500 nouvelles places !

Lorsque l'on connaît les énergies énormes qu'ont dû consacrer nos quatre facultés de médecine québécoises pour ajouter, depuis environ cinq ans, moins d'une centaine de nouvelles places, il est facile de prendre la mesure des enjeux colossaux soulevés par la proposition du CMFC. De plus, même si nous avons les places et les ressources suffisantes, nous avons déjà des données (de même que le MSSS lui-même) démontrant que l'ajout d'une année de résidence obligatoire en médecine de famille aurait un effet négatif important sur l'attractivité de cette spécialité auprès des étudiant·e·s en médecine.

L'application de cette proposition représenterait donc un contre-courant majeur à tous les efforts déployés au cours des dernières années pour valoriser la médecine de famille. C'est d'ailleurs cet objectif de valorisation que le ministre Dubé a invoqué récemment pour justifier son intention d'assouplir certaines contraintes de la pratique qui sont inhérentes à l'actuel processus d'attribution des PREM en médecine familiale. Pourtant, au moment d'écrire ces lignes, des discussions sont toujours en cours au sujet de la proposition du CMFC au sein d'un comité chapeauté par le Collège des médecins du Québec (où le MSSS et la FMRQ sont représentés par ailleurs), mais de façon tout à fait incompréhensible, personne ne semble à l'heure actuelle en mesure de dire quels contenus liés à la formation des médecins de famille seraient inclus dans cette année supplémentaire de résidence en médecine de famille et les discussions portent déjà paradoxalement sur les meilleures façons d'implanter la mesure ! Comme si l'on voulait mettre en place un important changement pour se demander par la suite ce que l'on veut en faire. Cela nous rappelle malheureusement ce qui a été fait en 2017 avec la Compétence par conception : lancer une réforme et improviser ensuite pour gérer ses répercussions...

Nous pourrions également parler du projet de permis de pratique pancanadien de la médecine, un dossier poussé depuis plusieurs années notamment par l'Association médicale canadienne et l'Association des facultés de médecine du Canada. Un dossier

juridiquement complexe qui soulève d'importantes questions de juridictions fédérale-provinciales et qui pourrait avoir des effets importants positifs sur la mobilité de la main-d'œuvre médicale, mais également des conséquences importantes sur l'organisation des soins et des services au sein du notre réseau de la santé. Est-ce que le gouvernement du Québec est informé de l'avancement de ce dossier ou ne le sera-t-il que lorsqu'il aura déjà fait l'objet d'un consensus pancanadien des acteurs de la formation médicale, comme ce fut le cas pour la CPC et la proposition d'ajout d'une année supplémentaire en médecine de famille ? Souhaitons plutôt que les décideurs publics du Québec puissent être plus activement impliqués dans ces discussions à l'échelle canadienne et non seulement lorsque des enjeux financiers se posent une fois que des réformes sont déjà pratiquement ficelées, voire déjà mises en œuvre, comme ce fut le cas avec la CPC en 2017.

Pour le maintien et la bonification de ressources et d'expertise au sein du MSSS sur les questions de formation médicale

Voilà pourquoi si l'éventuelle mise en œuvre du projet de loi n° 15 crée une nouvelle agence (Santé Québec) chargée de prendre la relève du MSSS pour l'opérationnalisation du système de santé, la FMRQ croit que le suivi d'importants enjeux d'orientations politiques, dont ceux liés à la formation médicale, devrait demeurer une responsabilité du MSSS. Ce dernier doit absolument conserver et bonifier ses ressources spécialisées sur les questions de formation médicale. Une réflexion sur un meilleur arrimage de ces enjeux liés à la formation médicale se pose d'ailleurs possiblement au sein du gouvernement, puisque ces enjeux interpellent à la fois minimalement le MSSS et le MES et alors que le CMQ, responsable des questions de certification et de permis de pratique, relève plutôt de la ministre Lebel, ministre du Conseil du Trésor, comme les autres ordres professionnels du Québec. C'est dans le même sens que la FMRQ revendique depuis quelques années la création d'un forum québécois sur les enjeux de formation médicale, un peu comme l'est déjà la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* pour le dossier de détermination des admissions en médecine et en résidence. La FMRQ suggère en ce sens que le mandat de cette structure déjà existante puisse être élargi pour en faire, pourquoi pas, une nouvelle « Table de

concertation permanente sur la formation médicale et la planification de l'effectif médical au Québec. » Nous croyons que cela serait d'une grande pertinence afin de contribuer à corriger ce que nous avons déjà qualifié, devant cette commission, « d'angle mort des réformes en santé », soit l'arrimage de la formation médicale à l'organisation de notre réseau québécois de la santé.

Un point technique relatif au traitement des plaintes par un médecin examinateur

Dans la partie VII du projet de loi intitulé « Plaintes et qualité des services », l'article 576 prévoit les cas de plaintes référées au médecin examinateur, mais sans préciser clairement la situation qui prévaut pour les médecins résidents. Dans la section « Examen d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien », les articles 42 à 52 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient explicitement que les plaintes visant les « résidents » sont traitées par des médecins examinateurs. Cela constitue la pratique actuellement en vigueur, et ce, depuis longtemps déjà. Nous ne comprenons pas pourquoi l'article 576 du projet de loi ne prévoit pas explicitement le cas des résidents en médecine qui, rappelons-le, posent dans le cadre de leur résidence des « actes médicaux », avec des particularités en matière de responsabilité professionnelle, et nous jugeons en conséquence qu'un médecin examinateur est bien mieux habilité à juger de la qualité de ces actes par nos membres qu'un commissaire aux plaintes, cela dit avec respect. La FMRQ propose donc de réintégrer l'exception pour les résidents en médecine comme cela figure aux articles actuellement en vigueur de la LSSSS.

Conclusion

Nous écrivions ceci à cette commission en 2022 :

« 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 Barrette, nous sommes collectivement passés à une logique de décentralisation salubre. (...) 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. »

Force est d'admettre que le projet de loi n° 15 comporte des propositions qui peuvent aller dans le sens de ce que nous souhaitons et comporter les bases d'un véritable changement souhaité et souhaitable, pour ne pas dire incontournable. Toutefois, l'ampleur des changements proposés est telle que la mobilisation de tous les acteurs du réseau nous apparaît incontournable. Pour s'en assurer, il faudra d'abord expurger le projet de loi des dispositions contre-productives qui ciblent malhabilement des groupes de professionnels en particulier, comme les médecins spécialistes, ou les dispositions selon nous illégales qui sont susceptibles d'engendrer de la mobilisation à l'encontre de la réforme auprès de la relève médicale alors qu'ils et elles pourraient être d'important·e·s allié·e·s de la modernisation de notre réseau de santé.

Les médecins résident·e·s seraient prêt·e·s à s'investir à remodeler le système de santé et à le rendre plus performant au bénéfice de la population et plus stimulant pour les professionnels qui y oeuvrent. Mais pour cela, encore faut-il leur faire une place à part entière sans condition de pratique inéquitable ou discriminatoire comme, fort

malheureusement, le propose le gouvernement avec notamment l'article 392 du projet de loi et d'autres dispositions qui limitent l'autonomie professionnelle des médecins. La FMRQ espère que le gouvernement et ses autres partenaires feront preuve de courage politique en trouvant des solutions constructives et mobilisantes qui ne font surtout pas supporter le fardeau des réformes sur le dos ou au détriment de groupes en particulier, que ce soit la relève médicale ou d'autres groupes.

Nous remercions encore le gouvernement du Québec, les parlementaires 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 sont déjà impliqué-e-s et où ils et elles espèrent y consacrer leur vie professionnelle au service de la population du Québec.