

11D6
29
2
1967-72
2
Ex. 2
2L
Magasin

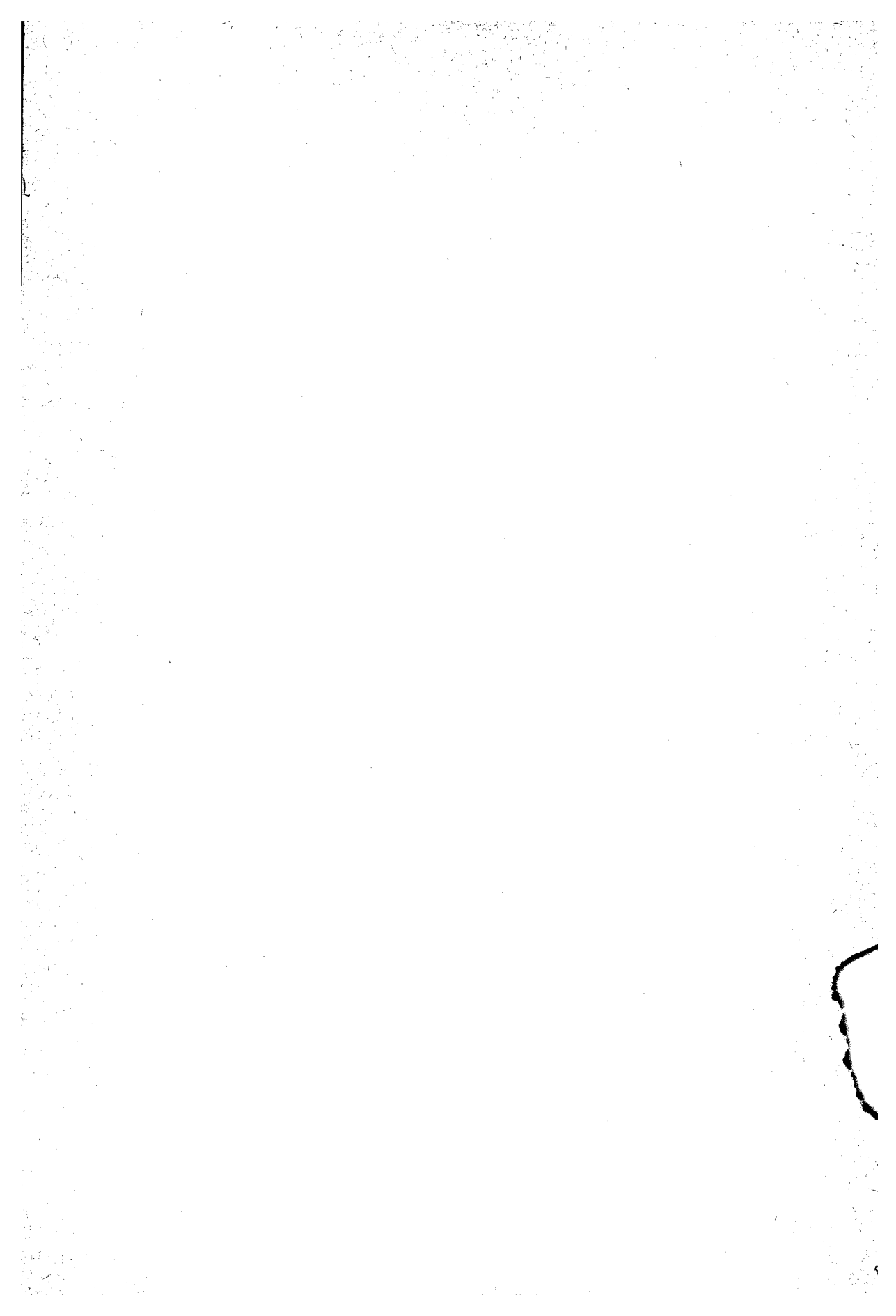
B

VOLUME II

LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS

RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1967



VOLUME II

LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS

RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

H1106

A29

S2

1967-72

2

EX.2

DL

Magasin

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

Membres

Claude Castonguay, *président*
 Louis-Philippe Bouchard
 Jacques de la Chevrotière
 Jacques Dinelle
 William A. Dyson
 Rév. Père André-M. Guillemette
 Georges A. Lachaine
 Jeanne d'Arc LeMay Warren

Secrétaire

Gérard Nepveu

* * *

<i>Conseiller en administration hospitalière</i>	Bernard Brousseau, M. D., D. T. M. & H., D. H. A.
<i>Conseiller adjoint en administration hospitalière</i>	Michel Gingras, M. D., M. A. H.
<i>Conseiller en bien-être social</i>	Nicolas Zay, L. Sc. P. & E., Ph. D., M. S. S.
<i>Conseiller adjoint en bien-être social</i>	Yolande Boissinot, M. S. S. (Laval)
<i>Conseiller économique</i>	Nicole Vaillancourt Martin, M. A. Écon. (Montréal), M. Sc. Écon. (Londres)
<i>Conseiller juridique</i>	René Dussault, LL. L., avocat, Ph. D. (Londres)
<i>Conseiller médical</i>	Roger Dufresne, M. D., F. R. C. P. (Canada)
<i>Conseiller médical adjoint</i>	Jacques Brunet, M. D., F. R. C. P. (Canada)
<i>Conseiller en recherche</i>	Marc-Adélard Tremblay, L. S. A., M. A., Ph. D.
<i>Directeur des études spéciales</i>	André Hurtubise, B. Eng., M. A. Écon. (Montréal)
<i>Directeur des relations publiques et assistant-secrétaire</i>	Benoît Payeur



*À Son Excellence
le Lieutenant-gouverneur en Conseil
de la province de Québec*

Nous, membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, avons l'honneur de vous présenter le deuxième volume de notre rapport qui porte sur les médecins internes et résidents.

Nous prions Votre Excellence de bien vouloir agréer ce deuxième volume de notre rapport que nous vous soumettons respectueusement.

C. Castonguay,
président

William A. Dyson

L.-Philippe Bouchard

A.-M. Guillemette, O. P.

Jacques de la Chevrotière

Georges A. Lachaine

Jacques Dinelle

Jeanne d'Arc LeMay Warren

Gérard Nepveu,
secrétaire

Québec, 1967.

Arrêté en conseil
Chambre du Conseil exécutif

Numéro 556

Québec, le 10 mars 1967.

PRÉSENT :

le Lieutenant-gouverneur en Conseil

**CONCERNANT la Commission d'enquête
sur la santé et le bien-être social**

ATTENDU QUE, par l'arrêté en conseil numéro 2046 du 9 novembre 1966, une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social a été créée ;

ATTENDU QUE cette commission a été chargée de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social ;

ATTENDU QUE les questions relatives à l'assurance-maladie et aux problèmes soulevés à l'occasion des récentes négociations avec les médecins internes et résidents sont particulièrement urgentes ;

ATTENDU QU'un nombre considérable d'organismes, d'associations ou d'individus ont signifié leur intention de présenter un mémoire à la Commission et ont demandé d'être entendus en audience publique ;

IL EST ORDONNÉ en conséquence, sur la proposition du ministre de la Santé :

QUE, sans restreindre son mandat, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social donne, dans ses études, priorité aux questions relatives à l'assurance-maladie et à la formation, aux relations professionnelles, aux conditions de travail et au mode de rémunération ou d'allocation des médecins internes et résidents et fasse rapport sur ces questions avant le 1er juillet 1967 ;

QUE la date du 1er janvier 1968, prévue pour le rapport final de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, soit reportée au 1er juillet 1968, afin de permettre à tous les nombreux organismes qui ont exprimé le désir de soumettre un mémoire à la Commission, particulièrement dans le domaine du bien-être social, de disposer du temps requis par les travaux de recherche indispensables à la préparation de leur mémoire.

Le greffier du Conseil exécutif,
Jacques PRÉMONT.

*

Dans le volume I, qui traitera de l'assurance-maladie, la Commission fera une présentation générale de son rapport. Ce volume sera, conformément à l'arrêté en conseil No 1673 du 22 juin 1967, remis au gouvernement vers le 15 août 1967, soit quelques semaines après le volume II qui porte sur une question particulière.

*

Introduction

Le 16 février 1967, les médecins internes et résidents du Québec, le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux du Québec signent une entente dont les clauses portent sur le statut, les conditions de travail et les relations professionnelles des médecins internes et résidents. Cette entente est l'aboutissement de longs pourparlers, marqués par la formation des syndicats professionnels de médecins internes et résidents.

Dès 1960, les médecins internes et résidents se groupent en trois associations professionnelles selon la sphère d'influence universitaire où ils se trouvent. À la suite d'une discussion laborieuse, avec les autorités hospitalières, de la question des traitements, ils acceptent en 1964 des augmentations qu'ils jugent, cependant, insuffisantes. Au même moment et pour répondre à leur demande, est établi un comité consultatif permanent, composé de représentants de leurs propres associations, du ministère de la Santé, des associations hospitalières et du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ¹. Ce comité démarre péniblement ; une direction mal définie jointe à un manque d'initiative de la part du ministère de la Santé en compromettent singulièrement l'efficacité. Il n'en parvient pas moins à adresser au ministère de la Santé, auquel il devait rendre compte de son travail, des représentations unanimes. Les autorités gardent d'abord un long silence, puis opposent un refus globale.

Les trois associations décident alors de se transformer en des syndicats professionnels. Le 15 février 1966, les médecins internes et résidents du Québec se constituent en un cartel syndical comprenant trois unités incorporées en vertu de la Loi des syndicats professionnels ² :

Le Syndicat des médecins résidents de Montréal ;
The Association of Interns and Residents of Montreal ;
L'Association des médecins résidents et internes de Québec.

En juin 1966, les syndicats donnent à l'Association des hôpitaux du Québec les avis requis et le gouvernement délègue son représentant à la table des négociations. Ces dernières, qui ne débutent qu'au

1. Par la suite « le Collège », ou le sigle C. M. C. P. Q., désigne le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

2. En avril 1967, le Syndicat des médecins résidents de Montréal groupait 900 membres, *the Association of Interns and Residents of Montreal* 800 membres et l'Association des médecins résidents et internes de Québec 400 membres.

mois de septembre 1966, se trouvent dans une impasse vers la mi-décembre : la question des traitements constitue la pierre d'achoppement. Les négociations reprennent en janvier 1967, à la faveur d'une proposition du gouvernement d'appliquer, avec effet rétroactif au 1er juillet 1966, l'échelle de traitement en vigueur en Ontario. Les syndicats rejettent cette proposition à deux reprises au cours d'assemblées générales.

À la fin de janvier 1967, après une journée d'étude des médecins internes et résidents, le gouvernement fait connaître sa décision irrévocable de ne pas poursuivre les négociations et de mettre provisoirement en application l'échelle de traitement en vigueur en Ontario. À la même occasion, le gouvernement fait part de son intention de confier à notre Commission l'étude de l'ensemble de la question en nous demandant d'y donner priorité, et, dans l'éventualité où notre rapport ne serait pas déposé le 1er juillet, d'accorder aux internes et aux résidents, à compter de cette date, la même hausse de salaire que celle que pourraient recevoir leurs confrères d'Ontario. Le 7 février, les médecins internes et résidents acceptent « temporairement » l'offre du gouvernement et signent, le 16 février, une entente à cet effet.

Le 10 mars, le Lieutenant-gouverneur en Conseil confie à notre Commission, par l'arrêté en conseil numéro 556, la tâche d'étudier les problèmes relatifs « à la formation, aux relations professionnelles, aux conditions de travail et au mode de rémunération ou d'allocation des médecins internes et résidents » et nous prie de faire rapport sur ces questions avant le 1er juillet 1967.

*

La Commission dont le travail était déjà considérable, puisqu'on lui demandait de faire rapport à la même date sur l'assurance-maladie, se mit résolument à l'œuvre. Elle entendit au cours des derniers mois les organismes qui lui ont soumis des mémoires sur la question des médecins internes et résidents. Il convient de souligner que la grande majorité des personnes ou des organismes entendus ont recommandé une réforme importante de l'enseignement de la médecine et du système de formation des médecins internes et résidents.

La tâche confiée à la Commission se révéla d'autant plus complexe que les problèmes reliés à la formation des médecins internes et résidents ont des répercussions multiples sur d'autres secteurs du domaine de la santé que la Commission se propose d'étudier dans des rapports ultérieurs. Ainsi, la Commission devra nécessairement compléter le présent rapport lorsqu'elle aura exploré à fond les problè-

mes connexes, tels que l'enseignement de la médecine au niveau universitaire, la recherche dans le domaine de la santé et l'organisation du système hospitalier.

Le présent rapport, qui comprend deux parties, traite des problèmes des médecins internes et résidents plus directement reliés aux questions qui ont fait l'objet des négociations.

Dans la première partie, la Commission s'applique à décrire la situation présente : le statut, les effectifs et le mode de rémunération de ces médecins ainsi que l'organisation du système de formation. Dans la seconde partie, elle trace d'abord un parallèle entre le présent système de formation et celui qui prévalait au début du siècle et formule, ensuite, un certain nombre de recommandations dont la mise en application entraînera des modifications profondes des études médicales, des cadres de formation et des effectifs d'enseignement et de recherche.

Afin de permettre une meilleure compréhension des problèmes de formation des médecins internes et résidents, la Commission croit nécessaire de préciser, dès le début, les objectifs généraux de l'enseignement de la médecine.

L'enseignement de la médecine a pour but :

de permettre à l'étudiant d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice d'une médecine de qualité, c'est-à-dire d'acquérir une formation professionnelle ;

d'apprendre à l'étudiant à penser par lui-même, c'est-à-dire à analyser, à déchiffrer, à préciser et à résoudre un problème, bref, de lui donner une formation scientifique. Ainsi, dans l'optique d'une formation continue, l'étudiant acquiert l'habitude d'apprendre par lui-même sa vie durant ;

d'apprendre à l'étudiant à juger et à tenir compte de l'importance relative des aspects biologiques, psychologiques, sociaux et économiques d'un problème médical ;

de permettre à l'étudiant de s'orienter vers le type particulier de médecine qui répond le mieux à ses aspirations et aux besoins de la société ;

d'assurer la continuité des programmes et de permettre à l'étudiant d'atteindre à des connaissances supérieures dans sa spécialité ;

de favoriser l'intégration de l'étudiant à l'équipe de la santé et de le préparer à la collaboration dans l'exercice de sa profession ;

de répondre aux besoins grandissants d'effectifs médicaux, sur le plan tant quantitatif que qualitatif.

Situation actuelle des médecins internes et résidents

Situation actuelle des médecins internes et résidents

1. Définitions

Médecin interne

Un médecin interne est un diplômé en médecine admis dans un hôpital d'enseignement afin d'y recevoir le complément de formation nécessaire à l'obtention du droit d'exercice.

Quel qu'en soit le régime, l'internat est toujours requis, au Canada et aux États-Unis, pour l'obtention du droit d'exercice. Au Québec, il est d'une durée de douze mois. L'interne fait des stages obligatoires et successifs en chirurgie, en médecine, en obstétrique et en pédiatrie. Toutefois, un nouveau règlement, adopté le 19 avril 1967 par le Bureau provincial de médecine du Collège, prévoit que la rotation ne sera plus obligatoire à compter du 1er janvier 1968 pour les diplômés des facultés de médecine du Canada et des États-Unis.

Médecin résident

À l'heure actuelle, il existe dans les hôpitaux d'enseignement du Québec, en plus des médecins internes, trois autres types de médecins en formation :

- a) le résident, qui est un médecin, c'est-à-dire un docteur en médecine, en période de formation post-universitaire et qui suit un programme approuvé en médecine générale ou dans une spécialité ;
- b) le résident en recherche clinique ¹, qui est un médecin qui ne détient pas nécessairement un permis d'exercice et qui se consacre à la recherche clinique. Sa formation exige qu'il accomplisse certains actes médicaux sous la responsabilité de ses professeurs ;
- c) le chargé de recherche ², qui est un médecin qui ne détient pas nécessairement un permis d'exercice, qui n'exerce pas la médecine et qui se consacre à la recherche pure.

1. *Clinical fellow.*

2. *Research fellow.*

La confusion qui existe dans la terminologie médico-hospitalière nous oblige à définir deux autres types de médecins qui travaillent en milieu hospitalier :

- a) le chargé d'enseignement ¹, qui est un médecin qui ne détient pas nécessairement un permis d'exercice et qui se consacre à plein temps à l'enseignement ;
- b) le médecin d'établissement, qui est engagé par l'hôpital pour donner des soins aux malades. Le Collège en donne la définition suivante : « Le médecin d'établissement est un médecin dont l'activité s'exerce dans un établissement où il doit donner des soins médicaux » et qui n'est pas en stage de formation. Le terme moniteur est parfois improprement utilisé pour désigner ce médecin.

La Commission est d'avis qu'une terminologie uniforme doit être adoptée à travers la province pour désigner les internes, les résidents, les résidents en recherche clinique, les chargés de recherche, les chargés d'enseignement et les médecins d'établissement. Cela permettrait de mettre fin à la confusion qui existe dans ces termes tant en milieu hospitalier qu'au Collège lui-même et au ministère de la Santé.

2. Les effectifs de l'internat et de la résidence

La Commission n'a pu trouver de données précises sur les effectifs de l'internat et de la résidence au Québec. Les statistiques sont en effet fort confuses et on y décèle des écarts difficiles à expliquer. La Commission a été incapable d'obtenir, tant du Collège que de la majorité des hôpitaux, des renseignements précis sur le nombre, le statut professionnel et le cadre de formation des médecins internes et résidents. Le ministère de la Santé, pour sa part, qui rémunère par son Service de l'assurance-hospitalisation tous les médecins internes et résidents de la Province, n'a pu nous fournir que des photocopies des listes obtenues directement du Collège.

Dans les pages qui suivent, c'est en fonction des besoins du Québec en effectifs médicaux que nous étudierons les données dont nous disposons sur la répartition des médecins internes et résidents, le grand nombre de médecins qui ne détiennent pas de permis d'exercice et les conséquences de la disposition relative à la citoyenneté de la loi médicale.

1. *Teaching fellow.*

A. — Internes et résidents

Le nombre de médecins en formation ou classifiés comme tels dans les hôpitaux de la province de Québec est très élevé. Le tableau I indique qu'au 1er janvier 1967, 2,475 médecins étaient en stage de formation, représentant 28% de la population totale des médecins inscrits au Collège. Cette proportion est sensiblement plus élevée qu'aux États-Unis (14%) et en Ontario (11.5%).

TABLEAU I

**Répartition de tous les médecins
qui détiennent ou non un permis d'exercice
inscrits au Collège ¹**

	Nombre	Pourcentage
<i>Catégories sous permis</i>		
Médecins en pratique générale ou en spécialité, au Québec ou à l'étranger	6,403	72
Médecins en formation dans les hôpitaux de la province de Québec	879	9
<i>Total des médecins sous permis.</i>	<u>7,222</u>	<u>81</u>
<i>Sans permis</i>		
Médecins étrangers (excluant le reste du Canada et les États-Unis) en formation dans les hôpitaux	1,032	12
Médecins canadiens et américains, non québécois, en formation dans les hôpitaux . .	302	4
Médecins internes des universités de la province de Québec	262	3
<i>Total des médecins sans permis</i>	<u>1,596</u>	<u>19</u>
<i>Sous permis et sans permis</i>		
Total des médecins en formation dans les hôpitaux de la province de Québec	2,475	28
<i>Total des médecins inscrits au Collège . .</i>	<u>8,818</u>	<u>100</u>

1. Données tirées telles quelles du rapport annuel du Collège, 1er janvier 1967.

Les tableaux II, III et IV qui suivent donnent un aperçu de la répartition géographique des médecins internes et résidents selon l'année de résidence.

TABLEAU II

Internes et résidents selon l'année de résidence
et la répartition géographique ¹
15 décembre 1966

	<i>Internes</i>	<i>Résidents</i>				<i>Total</i>
		<i>Année I</i>	<i>Année II</i>	<i>Année III</i>	<i>Année IV</i>	
1. Chicoutimi	12	8	7	2	7	24
2. Québec	100	60	48	32	39	179
3. Trois-Rivières . .	4	-	1	-	1	2
4. Sherbrooke	9	11	2	3	2	18
5. Montréal	360	293	285	293	419	1,290
<i>Total</i>	485	372	343	330	468	1,513

TABLEAU III

Comparaison du nombre des internes et des résidents
entre les provinces d'Ontario et de Québec ²

	<i>Québec</i>	<i>Ontario</i>
Internes	485	312
Résidents	1,513	800
<i>Total</i>	1,998	1,112

1. Données tirées du rapport du Collège au ministère de la Santé, 15 décembre 1966 (document dactylographié).

2. Données fournies par le C. M. C. P. Q.

TABLEAU IV

Internes et résidents selon la répartition géographique ¹ 1er mars 1967

	<i>Internes</i>	<i>Résidents</i>
1. Chicoutimi	10	30
2. Québec	101	167
3. Trois-Rivières	4	3
4. Sherbrooke	11	18
5. Montréal	298	1,714
<i>Total</i>	424	1,932

À la lecture de ces tableaux, trois faits retiennent l'attention :

1. D'une part, le Collège déclare qu'il y a au Québec 485 internes alors que le maximum de postes qu'il reconnaît pour l'internat est de 481. D'autre part, la compilation des rapports des hôpitaux d'enseignement au Collège pour l'année 1966/67 nous a permis de dénombrer 424 internes juniors.
2. Selon les chiffres obtenus du Collège, le nombre total des médecins internes et résidents s'élèverait à 1,998, alors que la compilation des rapports de 46 des 53 hôpitaux d'enseignement pour la même année a permis de recenser 2,356 internes et résidents. La Commission ne peut expliquer un tel écart entre les listes qui proviennent d'une même source, sinon en supposant qu'un certain nombre d'internes et de résidents occupent actuellement des postes non reconnus par le Collège ou, encore, que les mêmes noms apparaissent sur la liste de deux hôpitaux différents parce que les stages n'y durent que quelques mois.
3. On compte deux fois plus d'internes et de résidents au Québec qu'en Ontario. Par ailleurs, le rapport médecin/population est à peu près le même dans les deux provinces. Si le pourcentage de résidents était de l'ordre de 12% au Québec comme en Ontario, le rapport médecin/population du Québec serait davantage inférieur à celui de l'Ontario. Il apparaît donc que le Québec maintient son rapport médecin/population grâce à un nombre important de médecins-résidents étrangers.

1. Rapport annuel des hôpitaux du Québec au Collège pour l'année 1966/67.

Médecins sans permis d'exercice ¹

Les médecins sans permis sont des médecins qui n'ont pas encore obtenu le droit d'exercice. Au tableau V sont compilées les principales données sur la répartition des médecins sans permis et en formation dans les hôpitaux du Québec.

TABLEAU V

Statistiques générales sur les médecins sans permis d'exercice dans la province de Québec (mai 1966 et janvier 1967 ²)

	Mai 1966	Janvier 1967
A. Inscrits au Collège		
1. Internes de la province de Québec . . .	245	262
2. Internes, résidents et chargés d'enseignement venant des autres provinces et des États-Unis	304	302
3. Internes, résidents et chargés d'enseignement venant d'en dehors du Canada et des États-Unis	<u>1,114</u>	<u>1,032</u>
<i>Total</i>	1,663	1,596
Immigrants	543	617
Ayant subi l'E. C. F. M. G. ³	314	317
Cas spéciaux (Plan Colombo et autres)	N. D.	37
B. Non inscrits au Collège	3	34

1. Ces médecins qui ne détiennent pas de permis d'exercice sont parfois improprement appelés « médecins non licenciés ».
2. Données tirées du rapport annuel du Collège sur les médecins qui ne détiennent pas de permis d'exercice, mai 1966 et janvier 1967.
3. E. C. F. M. G. : Examen de l'Educational Council for Foreign Medical Graduates.

La Commission trouve inadmissible la présence dans les hôpitaux de résidents non inscrits au Collège ; selon le tableau, le nombre de ces derniers s'élevait à 34 en janvier 1967, au Québec.

Avant d'obtenir le permis d'exercice, les résidents étrangers doivent obtenir un statut d'immigrant ; or, des 1,032 étrangers inscrits au Collège, environ 50% seulement ont le statut d'immigrant. Il y a de bonnes raisons de croire qu'un grand nombre de résidents étrangers n'ayant pas le statut d'immigrant considèrent le Québec comme un pays de transit vers les États-Unis.

Enfin, seulement le tiers des résidents étrangers ont passé l'examen de l'*Educational Council for Foreign Medical Graduates* ou l'équivalent, lequel est une mesure de contrôle essentielle pour sauvegarder la qualité de la médecine au Québec.

B. — Citoyenneté des médecins n'ayant pas le droit d'exercice

La Loi médicale¹ exige que les candidats à l'exercice de la médecine soient au préalable des citoyens canadiens. Pour les étrangers, ceci signifie qu'ils doivent demeurer cinq ans dans la province avant d'obtenir leur permis d'exercice. Cette disposition de la Loi oblige donc les médecins étrangers à poursuivre leur formation pendant au moins cinq ans, quelles que soient leur compétence et leur expérience. Cela est d'autant plus significatif que le tableau VI montre qu'au Québec 70% des médecins internes et résidents qui ne détiennent pas de permis d'exercice ne sont pas citoyens canadiens.

1. S.R.Q., 1964, ch. 249, a. 46.

TABLEAU VI

**Statistiques sur la citoyenneté des médecins
ne détenant pas de permis d'exercice,
en formation dans la province de Québec ¹**

<i>Citoyenneté</i>	<i>Mai 1966</i>		<i>Janvier 1967</i>	
	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Canadiens	497	29	520	31
Européens	290	16	255	15
Américains	57	3	68	4
Africains	15	1	79	4
Sud-Américains	306	17	233	15
Asiatiques	401	28	431	30
Océaniens	102	6	10	1
<i>Total</i>	1,668	100	1,596	100

1. Données tirées du rapport annuel du Collège sur les médecins ne détenant pas de permis d'exercice, mai 1966 - janvier 1967.

La Commission estime que l'exigence de la citoyenneté pour l'octroi du droit d'exercice aux médecins immigrants n'a plus sa raison d'être pour les raisons suivantes :

- a) cette obligation dirige vers la spécialisation des médecins qui souvent n'ont aucun intérêt pour celle-ci ; d'où leur faible rendement professionnel ;
- b) cette obligation entraîne une perte considérable et inutile de services professionnels dont notre population a besoin et contribue à maintenir un déséquilibre dans la répartition des omnipraticiens et des spécialistes ;
- c) cette obligation joue davantage contre la venue de professionnels francophones qu'anglophones. En effet, les professionnels qui souhaitent immigrer au Québec et s'intégrer à la communauté anglophone peuvent s'établir temporairement dans les autres provinces où l'exigence de la citoyenneté n'existe pas et venir exercer au Québec au moment où la citoyenneté leur est octroyée ;
- d) s'ils n'optent pas pour la spécialisation, les médecins immigrants sont contraints de se soumettre à un internat susceptible de se dérouler dans des postes non reconnus par le Collège.

En fait d'enseignement, on réduit ces médecins à la portion minime, cependant qu'on exige d'eux le maximum de services. Au 15 décembre 1966, on en dénombrait au moins 304 dans cette situation.

La Commission est d'avis que les exigences relatives à l'octroi d'un permis d'exercice devraient avoir pour objet l'intégrité, la compétence et la connaissance suffisante de l'une ou l'autre langue officielle, plutôt que la citoyenneté.

3. Organisation du système d'enseignement

Au cours des cinquante dernières années, l'augmentation constante et rapide des connaissances médicales a orienté un nombre toujours plus considérable de jeunes médecins vers la spécialisation. Le désir d'acquérir des connaissances plus approfondies, le prestige accru des médecins spécialistes et l'accès plus facile des milieux hospitaliers ont fortement contribué à cette orientation. Les hôpitaux ont dû accepter la présence d'un grand nombre de médecins résidents, mais sans apporter de modifications appréciables aux structures d'enseignement.

A. — Les hôpitaux d'enseignement

C'est un fait que le Québec a conçu et développé son système hospitalier en vue de fournir des soins aux malades. Les structures hospitalières répondent principalement à cette fonction. Aussi, le système de formation des médecins internes et résidents a-t-il dû se développer dans des établissements qui n'avaient pas été aménagés en fonction de l'enseignement.

C'est donc sans déroger au but premier pour lequel ils furent fondés, sans modifier leurs structures administratives et sans effectuer d'investissements additionnels que les hôpitaux du Québec ont accepté la tâche d'enseignement que leur imposait l'évolution de la science médicale. La plupart des hôpitaux s'en sont acquittés généreusement avec des moyens parfois fort limités. Ils en retiraient, cependant, des avantages importants : garde de nuit, assistance dans les salles d'opération, participation aux consultations externes, surveillance constante des salles d'urgence, suppléance à un personnel technique inexpérimenté ou inexistant.

Le système d'enseignement, qui s'est développé dans les hôpitaux existants, a amené certains d'entre eux à s'affilier aux facultés de médecine et en a incité d'autres à postuler l'agrément du Collège.

a) Les hôpitaux universitaires

Il n'existe actuellement au Québec aucun hôpital universitaire au sens propre du terme. Toutefois, le *Royal Victoria Hospital*, d'une part, par ses rapports étroits avec la faculté de médecine de l'université McGill, est pratiquement l'équivalent d'un hôpital universitaire. D'autre part, l'Université de Sherbrooke terminera bientôt l'établissement du premier véritable centre hospitalier universitaire du Québec.

b) Les hôpitaux d'enseignement affiliés

Il existe actuellement un certain nombre d'hôpitaux d'enseignement affiliés à une faculté de médecine pour donner l'enseignement universitaire et post-universitaire. Six de ces hôpitaux sont affiliés à la faculté de médecine de l'université McGill, huit à la faculté de médecine de l'Université de Montréal et treize à la faculté de médecine de l'université Laval ¹.

1. Mémoire des doyens des facultés de médecine de la province de Québec à notre Commission, 1967, p. 49.

c) Les hôpitaux d'enseignement agréés par le Collège

Le Collège est l'organisme responsable de l'agrément des hôpitaux aux fins d'enseignement. Le nombre d'hôpitaux agréés par le Collège est considérable. Le tableau VII révèle que l'enseignement au niveau de l'internat se dispense dans 44 hôpitaux, alors que 53 hôpitaux dispensent l'enseignement des spécialités.

TABLEAU VII

Hôpitaux d'enseignement ¹

	<i>Hôpitaux publics</i>	<i>Hôpitaux privés</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Nombre de postes définis ²</i>	<i>Nombre de postes indéfinis ³</i>	<i>Nombre de postes remplis</i>
1. Hôpitaux reconnus pour l'internat	28	0	13,228	481	0	424
2. Hôpitaux reconnus pour une partie de l'internat ¹	16	0	12,660	N.D.	0	—
3. Hôpitaux reconnus pour la résidence	51	2	32,741	635	176	1,932

1. Données tirées du bulletin publié par le C. M. C. P. Q., janvier 1967.

2. Postes définis : places, dont le nombre est fixé par le Collège, qu'un service hospitalier offre à des médecins internes et résidents en formation.

3. Postes indéfinis : places, dont le nombre est illimité, qu'un service hospitalier offre à des médecins internes et résidents en formation (en 1966, on dénombrait, dans les hôpitaux du Québec, plus de 1,300 résidents occupant des postes indéfinis).

d) Les hôpitaux non agréés

En plus des hôpitaux agréés par le Collège, il y en a d'autres, appelés hôpitaux non agréés, qui reçoivent des internes ou des résidents. Ces hôpitaux, au nombre de 35 et qui se consacrent au soin des malades, ne sont pas organisés pour dispenser l'enseignement.

Les médecins qui occupent un poste dans des hôpitaux non agréés par le Collège sont rémunérés par le Service de l'assurance-hospitalisation. En réalité, ils sont rémunérés pour les services rendus aux malades dans le milieu hospitalier, et non pour leur permettre de poursuivre des études. La plupart d'entre eux sont des médecins qui ne détiennent pas de permis d'exercice et qui doivent passer cinq ans dans les hôpitaux de la province avant d'obtenir le droit d'exercer la médecine.

B. — L'enseignement à l'hôpital

Les hôpitaux étant progressivement devenus des milieux d'enseignement, sans pour autant modifier leurs structures en conséquence, il n'est guère surprenant que leurs services éducatifs ne soient pas adaptés aux conditions nouvelles de l'enseignement, que les salles de cours et de conférence soient insuffisantes, que les bibliothèques soient mal organisées, mal pourvues, pour ne pas dire inexistantes, et que les laboratoires d'enseignement se fassent encore rares.

Pour obtenir des renseignements sur l'orientation de l'enseignement dans les hôpitaux de la province, la Commission a fait parvenir aux hôpitaux d'enseignement agréés par le Collège un questionnaire sur le nombre de médecins internes et résidents, le nombre d'enseignants, les cadres de formation et les conditions de travail. Quarante-neuf des 53 hôpitaux agréés ont rempli le questionnaire. De façon générale, les réponses confirment l'existence de déficiences dans les cadres de formation.

a) Comités d'enseignement

Le comité d'enseignement d'un hôpital est l'organisme responsable de la coordination, de la surveillance et de la qualité de l'enseignement. À l'heure actuelle, il semble, d'après les réponses obtenues, que 70% des hôpitaux agréés pour fins d'enseignement ont un comité d'enseignement de la médecine (tableau VIII).

TABLEAU VIII

Nombre de comités d'enseignement dans les hôpitaux agréés

	<i>Hôpitaux qui possèdent un comité</i>	<i>Hôpitaux qui ne possèdent pas de comité</i>	<i>Total</i>
Nombre	34	15	49
Pourcentage	69.4	30.6	100

La Commission avait également demandé aux hôpitaux de lui fournir les procès-verbaux des réunions de leur comité d'enseignement pour les trois derniers mois. Comme en fait foi le tableau IX, les renseignements obtenus à cet égard sont fort décevants.

TABLEAU IX

Procès-verbaux des comités d'enseignement des hôpitaux agréés

	<i>Font un procès-verbal</i>	<i>Se réunissent, mais ne font pas de procès-verbal</i>	<i>Ne tiennent aucune séance</i>	<i>Total</i>
Nombre	20	14	15	49
Pourcentage . . .	40.8	28.6	30.6	100

b) Directeurs de l'enseignement de la médecine

Le directeur de l'enseignement de la médecine est responsable de la coordination de l'enseignement dans l'hôpital, avec la collaboration du comité d'enseignement. Selon les renseignements obtenus, seulement 43% des hôpitaux d'enseignement agréés ont un médecin responsable de l'enseignement dans leur milieu.

TABLEAU X

Nombre de directeurs de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux agréés

	<i>Hôpitaux qui ont un directeur en fonction</i>	<i>Hôpitaux qui n'ont pas de directeur</i>	<i>Total</i>
Nombre	21	28	49
Pourcentage . . .	42.9	57.1	100

Ces chiffres sont révélateurs des déficiences des structures du système actuel d'enseignement.

c) Bibliothèques

La qualité des bibliothèques est un bon indice de l'importance accordée à la formation des médecins internes et résidents dans les hôpitaux agréés. Il est évident que la consultation régulière de la littérature médicale, pour se mettre au courant des développements récents ou pour effectuer une recherche rétrospective, est d'une importance capitale pour tout le personnel médical.

La plupart des bibliothèques des hôpitaux d'enseignement du Québec ne répondent pas, en général, aux normes minimales nord-américaines ¹. La norme minimum pour les hôpitaux, peu importe leur dimension, leur spécialité ou le personnel médical, est de 150 à 170 abonnements aux périodiques et de 600 à 650 publications monographiques par année. Les hôpitaux d'enseignement doivent évidemment dépasser ce minimum qui s'applique à tout hôpital. Pour répondre à la norme minimum, une bibliothèque médicale, qu'elle soit d'un hôpital agréé ou non, devrait déboursier, pour se tenir à jour, environ \$ 9,000 à \$ 10,000 par année. Le montant devrait être plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement.

1. « Guidelines for Medical School Libraries », *Journal of Medical Education*, janvier 1965, vol. 40, No 1, partie 1, pp. 34-35.

Il suffit de comparer ces chiffres avec ceux que la Commission a obtenus des hôpitaux agréés pour l'enseignement aux internes et aux résidents pour se rendre compte du piètre état des bibliothèques médicales dans les hôpitaux d'enseignement du Québec. Pour ce qui est des périodiques, le nombre d'abonnements est inférieur à 150 dans 34 des 54 hôpitaux agréés pour l'enseignement. Seulement neuf hôpitaux reçoivent plus de 200 périodiques par année. D'après les réponses obtenues, le montant déboursé annuellement pour les périodiques et les volumes est inférieur à \$ 6,000 dans 73% des hôpitaux d'enseignement qui ont répondu à la question qui leur était posée. L'insuffisance des bibliothèques médicales des hôpitaux d'enseignement de la province est donc particulièrement frappante.

d) Heures de travail

À plusieurs occasions, les médecins internes et résidents ont souligné la prépondérance accordée, au cours de leurs études, aux services rendus aux malades par rapport à l'enseignement reçu. La moyenne des heures de travail des médecins internes et résidents dans les hôpitaux où ils reçoivent leur formation confirme cette prétention. D'après les réponses reçues des hôpitaux, la moyenne des heures de travail s'établit aux environs de 80 heures par semaine. Ceci comprend le travail de routine et de garde. Le nombre d'heures de travail des médecins internes et résidents varie de 40 heures par semaine dans quelques hôpitaux à plus de 100 heures par semaine dans d'autres. En fait, les réponses obtenues révèlent que les internes et les résidents travaillent plus de 100 heures dans six hôpitaux d'enseignement de la province. De plus, plusieurs médecins résidents ont des occupations professionnelles en dehors des cadres de leur formation, ce qui leur permet d'améliorer leur revenu au détriment de leurs études.

La Commission conçoit difficilement que des étudiants qui consacrent près de 80 heures par semaine au travail de base et de garde puissent se livrer à des études sérieuses.

e) Contrat

La majorité des hôpitaux d'enseignement exigent que les internes et les résidents signent un contrat. Pour illustrer dans quel esprit certains de ces contrats sont rédigés, la Commission a jugé bon d'en reproduire un ci-après.

Fonctions du docteur

1. Il sera affecté principalement à la chirurgie et à la recherche.
2. Il ne sera pas tenu de faire la garde générale, mais sera tenu de fournir toute la garde nécessaire à la bonne surveillance des patients de chirurgie,

sans égard au temps requis, ce qui peut vouloir dire une présence continue à l'hôpital de 24 heures et plus, si nécessaire, pour un cas particulier.

3. Lorsqu'il s'absentera de l'hôpital, il aura la responsabilité de voir à ce que ceci n'affecte en rien ses devoirs, donnera toujours tous les renseignements voulus pour être rejoint en peu de temps et transmettra provisoirement au résident de garde de l'hôpital général la surveillance de ses malades : autrement dit, il devra toujours se faire couvrir.
4. Il sera logé près des soins intensifs.
5. Son travail sera sous la responsabilité générale des chirurgiens ; cependant, pour les soins intensifs post-opératoires, il devra travailler en collaboration étroite avec le docteur qui a la responsabilité directe de ces soins.
6. Comme tâches, il devra :
 - a) surveiller étroitement tous les malades du service de chirurgie ;
 - b) préparer les réunions et y assister ;
 - c) assurer la bonne tenue des dossiers et inscrire les notes évolutives ;
 - d) faire les cédules opératoires et assister les chirurgiens ;
 - e) suivant le travail assigné, il ira aux recherches, soit pour travailler personnellement, soit pour assister les chirurgiens et le docteur (...) dans leurs recherches ;
 - f) produire durant l'année, sous la direction de ses chefs, un travail à publier et participer aux publications de ses chefs.
7. Autres règlements :
 - a) être présent aux salles d'opération à 8 h. précises, en ayant soin, pour les cas graves, de voir ces malades avant 8 h. afin de donner aux chirurgiens les renseignements urgents.
Les jours où il n'y a pas d'opérations, il commencera également à 8 h. pour une tournée personnelle de ses malades ;
 - b) voir les radiographies le plus tôt possible après leur prise et transmettre le résultat au chirurgien intéressé, ce dernier se fiant à lui pour en être informé ;
 - c) avertir le chirurgien immédiatement lorsqu'une complication se présente ;
 - d) toujours revoir les grands malades immédiatement avant de quitter l'hôpital ;
 - e) rester auprès du malade de la fin de l'intervention jusqu'à son installation définitive dans son lit, aux soins intensifs, en ayant soin de vérifier le fonctionnement de tous les appareils ;
 - f) suivre les directives du chirurgien pour les tubes et les pansements.
8. En retour de ses bons services, il aura droit de recevoir un enseignement et un entraînement progressif en chirurgie.
9. Le bon fonctionnement d'un service n'exclut pas nécessairement, de part et d'autre, des plaintes, des mécontentements et des manquements. Ces plaintes, ces mécontentements et ces manquements devront être transmis par écrit au chef de service de chirurgie. Leur règlement sera fait avec esprit de justice et de bonne entente.

Sans être un prototype, ce contrat est quand même assez révélateur d'une conception, malheureusement trop répandue dans les milieux hospitaliers, que l'on a de l'internat et de la résidence. Selon cette conception, l'interne et le résident sont engagés pour rendre des services aux malades et aux médecins, et on leur accordera, en retour, le droit ou mieux le privilège de recevoir un enseignement dans une spécialité.

C. — Les effectifs de l'enseignement et de la recherche

La participation des médecins à l'enseignement s'est modifiée progressivement au cours des dernières années. Fondé d'abord sur le bénévolat absolu, l'enseignement aux résidents n'apporta pas qu'un surcroît de travail aux médecins responsables ; ceux-ci en retiraient de nombreux avantages de sécurité pour eux et leurs malades, de rendement et d'efficacité dans leur pratique médicale. Flexner a pu écrire :

Income was simply divided among the lecturers, who reaped a rich harvest, besides, through the consultations which the loyalty of their former students threw into their hands ¹.

Indépendamment de ces considérations, la plupart des médecins ne faisaient que suivre une longue tradition, établie par Hippocrate, d'enseignement gratuit et spontané. Il n'y a pas de doute que cette ère de l'enseignement bénévole est maintenant révolue. L'enseignement, au Canada et aux États-Unis, s'est organisé sous la responsabilité de professeurs à temps plein dans les sciences cliniques. Cette orientation, amorcée aux États-Unis à la suite du rapport Flexner, s'est cependant réalisée très lentement dans la province de Québec, particulièrement dans le milieu canadien-français.

Le tableau XI donne le nombre de professeurs dans les facultés de médecine du Québec en 1966.

TABLEAU XI

Nombre de professeurs dans les facultés de médecine du Québec en 1966 ²

Facultés	Départements des sciences de base		Départements des sciences cliniques	
	À plein temps	À temps partiel	À plein temps	Bénévoles et à temps partiel
Laval	50	14	45	189
McGill	116	89	73	433
Montréal	72	35	82	332

1. A. Flexner : *Medical Education in the United States and Canada, A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Bulletin No 4, New-York, 1910, p. 7.
2. Tableau extrait du mémoire des doyens des facultés de médecine de la province de Québec à notre Commission, 1967.

Les professeurs à temps plein en sciences cliniques doivent participer activement à l'enseignement universitaire et post-universitaire ainsi qu'à l'enseignement continu.

Pour satisfaire aux exigences du conseil d'agrément des écoles de médecine nord-américaines, les facultés de médecine doivent atteindre un rapport de quatre étudiants par professeur de médecine au niveau universitaire. Les facultés de médecine de Laval et de Montréal sont encore loin d'avoir atteint cette norme.

Comme l'a signalé le rapport Gundy ¹, les effectifs en recherche clinique et en recherche pure sont grandement insuffisants au Canada. De plus, le recrutement de chercheurs dans les facultés de médecine, au rythme où il se fait actuellement, ne permet pas d'espérer que les besoins soient satisfaits dans un avenir prochain (tableau XII).

TABLEAU XII

Distribution du personnel de recherche dans les facultés de médecine et leurs institutions affiliées en 1966 ²

<i>Classes</i>	<i>Laval</i>	<i>McGill</i>	<i>Montréal</i>	<i>Total au Québec</i>	<i>Total au Canada</i>
Investigateurs	56	248	125	429	1,513
Assistants professionnels . . .	8	101	72	181	441
Techniciens	68	321	266	655	1,956
Étudiants gradués . .	41	238	82	361	1,109
Médecins s'adonnant à la recherche, mais sans être candidats à un grade supérieur	4	92	18	114	320
Chercheurs en stage post-doctoral	1	16	5	22	82
Étudiants stagiaires d'été	55	147	87	289	987
Secrétaires et aides cléricaux	8	95	66	169	437
<i>Total</i>	241	1,258	721	2,220	6,838

1. Charles Gundy : *La recherche médicale au Canada — analyse des besoins immédiats et futurs*, décembre 1965.
2. Ce tableau est reproduit intégralement du mémoire des doyens des facultés de médecine de la province de Québec à notre Commission, 1967.

La recherche médicale est indispensable à la formation des internes et des résidents, quelle que soit leur orientation future. Le recrutement de médecins orientés vers ce secteur qui pourront offrir cette formation scientifique est très important. Pourtant, au Canada, le nombre de médecins qui s'orientent vers des carrières de recherche est minime. Une enquête a démontré qu'actuellement 1.7% seulement des étudiants entrent en première année de médecine avec l'intention de se diriger en recherche ¹. Ce faible indice va même en décroissant à mesure que progressent les études de médecine pour atteindre, au terme de celles-ci, un pourcentage inférieur à 1%, ce qui représente en chiffre absolu un finissant par école de médecine.

D. — Les organismes responsables

La résidence fut au début de son histoire le fait d'un petit nombre et il en fut ainsi fort longtemps. Au moment de la formation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, en 1929, moins de 30% des diplômés en médecine optaient pour la spécialisation.

Ce n'est que vers 1950 que le Québec s'intéressa à l'enseignement post-universitaire. Le législateur conféra alors au Collège le pouvoir de faire des règlements relatifs à la spécialisation et d'organiser ses propres examens de compétence. De 1950 à 1956, les examens ne furent pas obligatoires, le Collège pouvant décerner des certificats de spécialistes sur l'étude du *curriculum vitae* et de la pratique antérieure du candidat. En 1956, les examens devinrent obligatoires pour tous les candidats à l'une ou l'autre des spécialités reconnues par le Collège. Le Collège est donc à l'heure actuelle entièrement responsable de la qualité de la formation des médecins internes et résidents.

Dans les autres provinces canadiennes, la résidence et l'examen pour l'obtention du certificat de spécialiste sont sous l'autorité complète du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui est le seul organisme responsable des examens et des critères d'admission des candidats.

Toutefois, même si légalement le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est absent du système québécois, on doit reconnaître l'influence salubre qu'il a eue depuis sa fondation sur l'évolution de l'enseignement post-universitaire. Il a été à la fois une source d'inspiration et le garant d'un certain niveau d'excellence.

1. John Mount : *Canadian Students' Choice of Fields of Medical Practice*, 24th. Annual-Meeting, Association of Canadian Medical Colleges, Saskatoon, Sept. 14-16, 1966.

Même si au Québec ses diplômes ou certificats ne sont pas requis pour l'exercice d'une spécialité, ils ont gardé un prestige indéniable qui fait que la majorité des spécialistes tentent de les obtenir.

E. — Rémunération et bourses

L'internat et la résidence ont pris naissance en l'absence de structures précises et dans un contexte socio-économique qui ne prévoyait pas de rémunération. Au début, le jeune médecin considérait comme un privilège le fait d'être admis dans un hôpital pour y suivre un aîné et profiter de son expérience. Dans ce contexte, ceux qui désiraient se spécialiser devaient en assumer eux-mêmes les frais. Au cours des années, la notion de rémunération s'est associée à la notion de résidence et d'internat ; des échelles de traitement ont été établies et les hôpitaux ont commencé à rémunérer les résidents et les internes.

Peu à peu, avec l'accroissement du nombre de médecins désireux de se spécialiser, l'hôpital a découvert l'utilisation qui pouvait être faite de ce personnel médical supplémentaire. Toutefois, personne ne s'est arrêté à établir les bases rationnelles de la rémunération des médecins résidents et on s'en est tenu au principe que l'enseignement reçu compensait pour les services rendus. Avec l'adoption en 1960 de la Loi de l'assurance-hospitalisation, le gouvernement a dû faire face au problème de la rémunération des internes et des résidents. Même si, depuis, les médecins internes et résidents du Québec ont reçu des augmentations de traitement, ils sont d'avis que l'échelle actuelle ne correspond ni à leurs besoins, ni aux services qu'ils rendent à l'hôpital, ni à la place qu'ils occupent dans la société (tableau XIII).

TABLEAU XIII

Échelle de salaires en vigueur avant les négociations, demande syndicale, entente en février 1967 et échelle proposée en Ontario pour juillet 1967 ¹

Groupe	Échelle en vigueur avant les négociations	Demande syndicale	Entente signée	Échelle de l'Ontario (proposée pour juillet 1967)
	\$	\$	\$	\$
Interne	225	400	334	335
Résident I	305	500	367	393
Résident II	330	550	400	443
Résident III	380	600	450	501
Résident IV	430	650	500	551

1. Les montants sont des montants mensuels.

Les traitements sont versés aux médecins internes et résidents par le Service de l'assurance-hospitalisation en vue de favoriser la formation médicale et aussi en fonction des services qu'ils rendent aux malades.

En plus de ces traitements, les médecins internes et résidents peuvent obtenir des bourses d'études supérieures. En effet, plusieurs organismes leur offrent des bourses, selon, toutefois, des critères très différents. À l'heure actuelle, les principales catégories de bourses sont :

a) les bourses de formation professionnelle du ministère de la Santé

Le ministère de la Santé de la province de Québec octroie des bourses renouvelables pour une période de trois ans et jusqu'à un maximum de \$ 3,000 de façon à compléter un revenu annuel n'excédant pas \$ 6,000. Ces bourses sont versées en vertu d'un programme fédéral-provincial. Une somme de \$ 1,586,000 a été attribuée de cette façon par le ministère de la Santé en 1966 (tableau XIV).

TABLEAU XIV

**Sommes attribuées en bourses d'étude en 1966
par le ministère de la Santé de la province de Québec ¹**

<i>Secteurs</i>	<i>Source</i>	<i>Montant</i>
		\$
Psychiatrie	provinciale	300,000
Bourses d'été	provinciale	129,000
Unités sanitaires	provinciale	77,500
Hygiène	féd. - prov.	60,000
Divers *	provinciale	15,000
Formation professionnelle	féd. - prov.	1,004,900
<i>Total **</i>		<u>1,586,400</u>

* Ces sommes sont attribuées à l'intérieur des services du ministère pour le perfectionnement de quelques employés de ces services.

** Le total et les détails sont les chiffres approximatifs disponibles au ministère de la Santé. Les renseignements ont été obtenus au ministère de la Santé.

1. Extrait du mémoire présenté à notre Commission par les médecins résidents du Québec, avril 1967, p. 102.

b) bourses des Services psychiatriques du ministère de la Santé

Pour favoriser le recrutement en psychiatrie, les Services psychiatriques offrent aux médecins résidents deux sortes de bourses.

D'une part, les médecins résidents en psychiatrie reçoivent, en plus de leur rémunération, une bourse annuelle de \$ 1,500, \$ 1,800, \$ 2,100 ou \$ 2,400, selon leur année de formation ; en échange, ils s'engagent à exercer au Québec pendant autant d'années qu'ils ont été récipiendaires de bourses.

D'autre part, des bourses spéciales sont accordées aux omnipraticiens qui désirent se spécialiser en psychiatrie. Ces bourses sont au montant de \$ 6,000 par année après une année de médecine générale, avec augmentation de \$ 1,000 par année supplémentaire d'exercice jusqu'à un maximum de \$ 10,000, le tout en supplément du traitement de base versé au médecin résident. En retour, le médecin s'engage à travailler dans une institution psychiatrique d'une région défavorisée du Québec.

c) bourses du Conseil de la recherche médicale du Canada

Le Conseil de la recherche médicale du Canada offre aux médecins, même s'ils ne détiennent pas de permis d'exercice, des subventions de \$ 3,500 au niveau de l'internat avec augmentation au cours des années subséquentes jusqu'à un maximum de \$ 7,000 par année. À ces subventions s'ajoutent des allocations pour les enfants, ainsi que pour les frais de transport et de congrès. Le montant maximum de \$ 7,000 est prévu pour les candidats qui reçoivent des bourses ou des allocations d'autres organismes. Ces bourses sont réservées aux médecins qui se dirigent vers une carrière en recherche.

d) bourses de perfectionnement du ministère de l'Éducation

Le ministère de l'Éducation de la province de Québec met à la disposition de tous les diplômés d'universités et d'écoles de formation artistique, scientifique ou technique des bourses de perfectionnement. Ces bourses sont de \$ 2,000 ou \$ 3,000 par année, selon que le candidat est célibataire ou marié. Une allocation supplémentaire de \$ 500 est accordée aux candidats qui étudient à l'étranger.

e) autres bourses

Il existe enfin diverses autres catégories de bourses octroyées par le Conseil de la recherche médicale du Québec ¹ et le Conseil des arts ainsi que les subventions privées. Cependant, les bénéficiaires de ces bourses sont en nombre restreint.

1. Arrêté en conseil No 2305 du 2 décembre 1964.

Étudiants en médecine de 4e année

L'année académique pour les étudiants en médecine de 4e année a été prolongée à douze mois. Pour cette raison et à la suite d'une entente entre le ministère de la Santé et les doyens des facultés de médecine des universités Laval et de Montréal, tous les étudiants en médecine de 4e année reçoivent une allocation de \$ 125 par mois. Cette allocation leur est versée en compensation des revenus qu'ils auraient pu réaliser par leur travail, au cours des mois d'été. L'université McGill a refusé, jusqu'à maintenant, de faire de même pour ses étudiants afin qu'ils ne soient pas considérés comme des travailleurs par les hôpitaux où ils reçoivent leur formation.

La Commission se propose de traiter ce problème dans un rapport ultérieur portant sur l'enseignement dans le domaine de la santé. Elle est cependant d'avis que cette allocation doit être considérée comme une bourse d'études et que les étudiants en médecine ne doivent rendre en milieu hospitalier que les services essentiels à leur formation.



Réforme de l'enseignement de la médecine

Réforme de l'enseignement de la médecine

1. Parallèle historique

L'organisation de l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire est actuellement remise en question dans la plupart des pays. Aux États-Unis, les rapports Saunders ¹, Coggeshall ², Millis ³ témoignent d'une prise de conscience des problèmes qui existent dans l'enseignement de la médecine. En France, le rapport Debré ⁴ recommande des transformations profondes du système d'enseignement.

Les difficultés rencontrées dans l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire nous reportent à une autre période de l'évolution de la médecine en Amérique du Nord. Flexner, en 1910, a décrit la situation de l'enseignement universitaire et a préconisé des changements. Son rapport, qui s'inspirait surtout des structures d'enseignement des écoles allemandes et de certaines écoles d'avant-garde des États-Unis, a déterminé une transformation radicale de l'enseignement de la médecine au niveau universitaire dans les pays anglo-saxons au cours des cinquante dernières années.

Le projet de réforme exposé dans ce rapport proposait une révision des critères d'admission dans les écoles de médecine, des modifications au programme d'études, l'amélioration du personnel enseignant et une augmentation des budgets de fonctionnement. Les changements suggérés étaient à ce point radicaux que, dans les cinq ans qui suivirent la publication du rapport, le nombre des écoles de médecine aux États-Unis passa de 156 à 95. En 1927, dix-sept ans après la publication de ce rapport, on ne comptait plus que 80 écoles de médecine. Directement ou indirectement, les recommandations du rapport Flexner avaient contribué, aux États-Unis, à la fermeture de près de la moitié des écoles de médecine.

1. R. H. Saunders : « The University Hospital Internship in 1960 », *Journal of Medical Education*, juin 1961, vol. 36, No 6, pp. 561-676.
2. L. T. Coggeshall : *Planning for Medical Progress through Education*, Association of American Medical Colleges, Evanston, Illinois, avril 1965.
3. J. S. Millis (chairman) : « The Graduate Education of Physicians », *The Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education*, American Medical Association, Chicago, septembre 1966.
4. Robert Debré : « Reform in France », *Journal of Medical Education*, avril 1966, vol. 41, No 4, pp. 332-343.

Voici en quels termes Flexner décrivait l'initiation à l'exercice de la médecine à cette époque :

The likely youth of that period, destined to a medical career, was at an early age indentured to some reputable practitioner, to whom his service was successively menial, pharmaceutical and professional ¹.

La situation est à peu près la même aujourd'hui au niveau post-universitaire. La nature des services qu'ils sont appelés à rendre, la variété des tâches auxquelles ils sont astreints et les heures interminables de faction qu'on leur impose nous inclinent à croire que le milieu hospitalier tient davantage ses internes et ses résidents pour des serviteurs que pour des étudiants diplômés.

L'analogie est frappante au sujet du grand nombre d'écoles de formation. Flexner mentionnait que la plupart des établissements pouvaient être considérés comme des écoles de médecine seulement par privilège. Dès que le nombre de médecins praticiens atteignait la douzaine dans un milieu donné, on pouvait s'attendre à voir surgir une école de médecine. La situation présente dans l'enseignement post-universitaire n'est pas tellement différente. Et ce phénomène est encore plus accentué au Québec que dans le reste de l'Amérique du Nord. Alors que les États-Unis comptent 1,300 hôpitaux reconnus pour la formation des internes et résidents, et le Canada 140, on en dénombre 53 dans la seule province de Québec ; encore qu'à ceux-ci il faille ajouter les 35 hôpitaux non agréés pour l'enseignement, mais qui reçoivent quand même des médecins internes et résidents.

Enfin, l'absence de l'université du cycle de formation qui nous intéresse nous reporte à l'une des recommandations les plus importantes de Flexner. Celui-ci recommandait fortement que toutes les écoles de médecine soient placées sous l'autorité des universités afin d'améliorer et de préserver la qualité de l'enseignement. Force nous est de constater que, un demi-siècle plus tard, la situation de notre enseignement post-universitaire ressemble étrangement à celle que déplorait Flexner, les liens entre nos hôpitaux d'enseignement et l'université étant très ténus, sinon inexistants.

Pour illustrer le caractère artisanal de l'enseignement dispensé aux médecins internes et résidents au Québec, qu'il suffise de mentionner qu'un médecin peut devenir spécialiste en faisant quatre stages d'une année dans des hôpitaux différents, de qualité diverse et dont certains n'ont aucune affiliation universitaire.

1. A. Flexner, *op. cit.*

Le parallélisme entre la situation de l'enseignement universitaire au début du siècle et celle qui prévaut aujourd'hui dans l'enseignement post-universitaire est saisissant, même si les cycles d'enseignement sont différents. Aux États-Unis, il n'a pas échappé à Millis ¹, qui en a relevé tous les aspects avant de proposer une modification profonde des structures. Il ne fait plus de doute qu'une réforme non moins radicale s'impose au Québec si l'on veut vraiment rationaliser le système.

2. Les études médicales

La réforme de l'enseignement secondaire et pré-universitaire au Québec, à la suite du rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement ², nécessite une adaptation de la part des universités. L'un des objectifs de l'enseignement pré-universitaire est d'établir une liaison organique, claire et bien définie entre l'enseignement secondaire et l'enseignement universitaire.

Au niveau universitaire, le rapport Parent recommande la coordination et l'uniformisation des structures quant aux diplômes décernés et propose un schéma général comprenant trois cycles.

Le premier cycle comporterait au moins trois années d'études, à la fin desquelles serait décernée une licence. Ce premier diplôme universitaire devrait couronner des études suffisamment spécialisées, quoique à des degrés divers, pour être reconnu et accepté par tous comme un diplôme de fin d'études débouchant sur le marché du travail. Viendrait ensuite un second cycle menant à l'obtention d'un diplôme d'études supérieures, puis un troisième conduisant au doctorat.

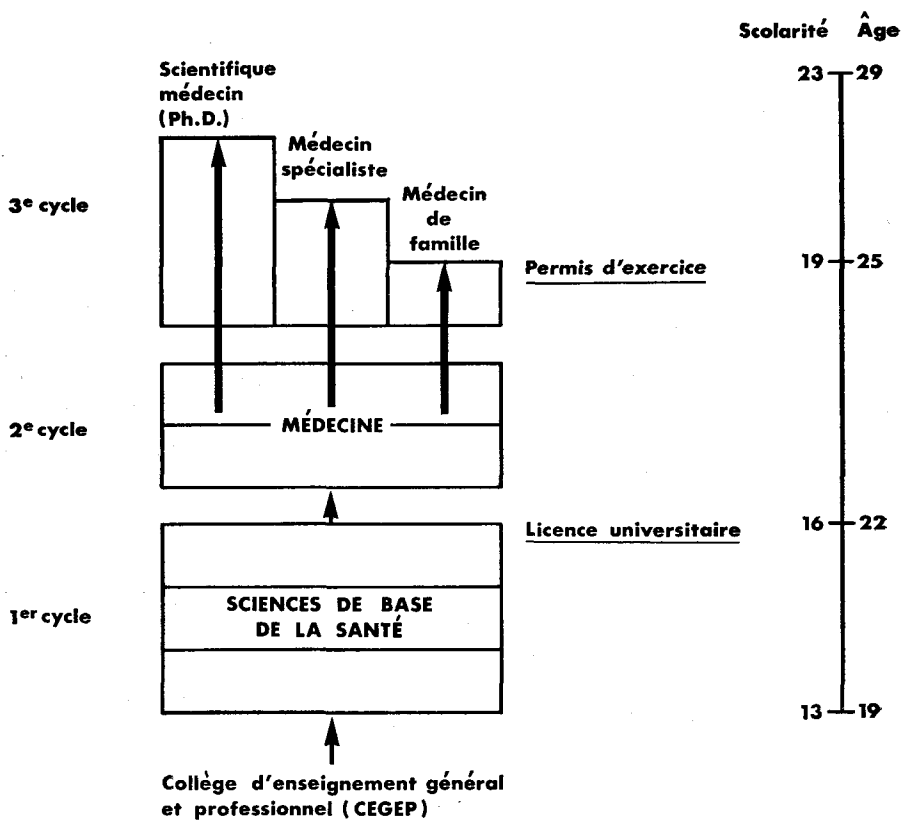
C'est donc à la lumière des recommandations du rapport Parent et avec le souci d'aligner le programme des études médicales sur celui des études universitaires en général que la Commission se propose d'étudier l'ensemble du problème de l'enseignement de la médecine dans un rapport ultérieur.

Pour le moment, la Commission se bornera à donner les grandes lignes de l'orientation et à illustrer celles-ci par un schéma.

1. J. S. Millis, *op. cit.*

2. Dans la suite du texte, nous utilisons l'expression « rapport Parent » pour désigner le rapport de cette commission.

SCHÉMA DES ÉTUDES MÉDICALES



La Commission croit que les étudiants devraient être admis en médecine après 13 ans de scolarité, soit au sortir des collèges d'enseignement général et professionnel. Dans le premier cycle d'études, d'une durée de trois ans, on devrait tenir compte de l'évolution des sciences de la santé, au point de vue tant scientifique que social. Le programme d'études devrait assurer l'acquisition de connaissances de base dans les sciences biologiques ainsi que dans les sciences du comportement, telles que la sociologie et la psychologie. Le premier cycle conduirait à une licence et permettrait à l'étudiant de se diriger vers le marché du travail ou d'accéder à l'école de médecine ou à d'autres disciplines, telles que l'art dentaire.

L'intégration dans ce premier cycle de plusieurs types de professionnels de la santé, tels que les dentistes, les pharmaciens, les sociologues médicaux et les biologistes doit être fortement encouragée. D'autant plus qu'elle contribuera à jeter les bases de l'esprit d'équipe qui devra, dans l'avenir, animer les professionnels de la santé.

Le deuxième cycle conduirait au diplôme de docteur en médecine. Le programme d'études serait avant tout orienté vers l'acquisition des connaissances médicales essentielles à l'exercice de la profession. L'enseignement y serait à la fois théorique et pratique. La deuxième année serait consacrée à la formation en milieu hospitalier et devrait correspondre à l'une des années de résidence exigées par le Collège pour l'obtention du droit d'exercice.

À ce niveau, des options précoces, avec possibilité de recyclage, permettraient à l'étudiant de se diriger vers le type de résidence de son choix, soit en médecine de famille, soit en spécialité. L'année d'internat comme telle disparaîtrait pour être remplacée par la première année de résidence.

Le troisième cycle conduirait soit à un diplôme d'études supérieures en médecine de famille ou dans une spécialité médicale ou chirurgicale, soit à un doctorat (Ph. D.). Le système d'options au niveau du deuxième cycle permettrait de diminuer la durée des études pour l'obtention de ces grades supérieurs. La progression d'un candidat vers l'un ou l'autre de ces diplômes d'études supérieures pourrait s'effectuer suivant de multiples modalités.

Cette nouvelle structure des études médicales permettrait d'accéder à l'exercice de la médecine après dix-neuf années de scolarité, alors que le système actuel en exige vingt. Dans le contexte d'une réduction de la somme de travail imposée aux étudiants en milieu hospitalier, la Commission est d'avis qu'il serait possible de concilier les objectifs d'une meilleure formation avec une diminution de la durée

des études médicales. Elle croit même qu'il serait préférable, au pis aller, de prolonger la durée de l'année académique à dix ou à onze mois, plutôt que d'ajouter une autre année. L'évolution rapide de la science exige, en effet, beaucoup plus une formation de l'esprit que l'acquisition de connaissances encyclopédiques. Rien ne permet de croire que la prolongation des études médicales améliorerait le rendement futur des médecins. Beaucoup plus importante pour le maintien de la qualité des soins est l'acquisition par le médecin de nouvelles connaissances tout au long de sa vie médicale.

3. Le système d'enseignement

A. — Les hôpitaux

Une partie importante de l'enseignement de la médecine doit être dispensée à l'hôpital. C'est la nature même de l'exercice de la profession qui l'exige. Cet enseignement, étant à la fois le complément et le prolongement de celui qui se donne à l'université, doit être soumis aux mêmes exigences. Rien ne justifie qu'il soit donné au petit bonheur.

La première partie de ce rapport a signalé de nombreuses déficiences dans le système actuel d'enseignement aux médecins internes et résidents. Face à ces déficiences, la Commission croit que le concept de l'unité d'enseignement clinique, tel que l'a défini l'Association des facultés de médecine du Canada, doit se réaliser dans tous les hôpitaux d'enseignement. Les modalités de réalisation pourront varier d'un endroit à l'autre, à condition, toutefois, de respecter certains principes de base selon lesquels on devra :

- a) donner au résident des responsabilités graduées selon sa compétence et sa préparation ;
- b) garantir un nombre suffisant de lits d'enseignement dans des secteurs déterminés de l'hôpital ;
- c) offrir un programme qui assure la continuité des études et en confier la responsabilité à des professeurs compétents ;
- d) définir le rôle et la fonction de la faculté de médecine et de l'université dans le domaine de l'enseignement post-universitaire.

Voici la définition de l'unité d'enseignement clinique approuvée par l'Association des facultés de médecine du Canada :

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

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

Dans une unité d'enseignement clinique, toutes les énergies du personnel doivent être canalisées vers la solution des problèmes de chaque malade pris individuellement. Le personnel a la responsabilité à la fois du soin des malades et de la formation de l'étudiant. Les traitements donnés aux malades doivent toujours y être exemplaires. L'unité d'enseignement clinique constitue le meilleur stimulant pour la recherche clinique et l'évaluation de nouvelles techniques thérapeutiques. Le nombre de lits pour traitement actif mis à la disposition de l'enseignement doit être d'au moins dix pour chaque étudiant de dernière année.

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

L'Université de Sherbrooke est actuellement à établir le premier centre hospitalier universitaire du Québec. Ce centre, qui a comme objectifs l'enseignement, le soin des malades et la recherche, sera aménagé selon le concept de l'unité d'enseignement clinique. La faculté de médecine de l'université McGill, grâce à une longue tradition de relations étroites avec ses hôpitaux affiliés, réalise déjà en grande partie ce concept. Il semble, cependant, que les facultés de médecine de Montréal et de Laval pourraient plus difficilement réaliser des unités d'enseignement clinique dans leurs hôpitaux d'enseignement actuels. Aussi, réclament-elles chacune un centre hospitalier universitaire dans lequel se coudoieraient les diverses disciplines de la santé.

Les centres hospitaliers universitaires ne pourraient, cependant, pas dispenser l'enseignement universitaire et post-universitaire à tous les étudiants dans le domaine de la santé. Le concours des hôpitaux d'enseignement demeurerait nécessaire pour assurer la formation d'un grand nombre de médecins de famille et de spécialistes. Ce concours devrait s'inscrire dans le cadre d'une affiliation formelle aux facultés de médecine et d'une acceptation de leur part de responsabilités dans l'organisation de l'enseignement. Il va sans dire que les objectifs, les structures et les cadres de formation de ces hôpitaux devraient être profondément modifiés.

Quant aux hôpitaux agréés par le Collège pour fins d'enseignement, en général ils n'offrent pas, à cause de structures déficientes et du manque de professeurs, de garanties suffisantes au point de

vue tant matériel que pédagogique. En conséquence, la Commission est d'avis que, d'une part, la plupart de ces hôpitaux devront se retirer du domaine de l'enseignement et que, d'autre part, l'agrément de ceux qui y demeureront devra relever d'un organisme formé de représentants du Collège, des facultés de médecine des universités, de l'Association des hôpitaux du Québec et des ministères de l'Éducation et de la Santé.

La Commission poursuivra l'examen de cette question dans un rapport ultérieur.

Recommandations

La Commission recommande :

1. *QUE la réforme de l'enseignement de la médecine en milieu hospitalier se fonde sur le concept de l'unité d'enseignement clinique et qu'elle en respecte tous les principes.*
2. *QUE l'agrément des hôpitaux pour fins d'enseignement s'effectue à partir de critères précis et rigoureux et que le système actuel fasse, dans cette perspective, l'objet d'une révision complète.*
3. *QUE l'agrément des hôpitaux pour fins d'enseignement relève d'un organisme formé de représentants du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, des facultés de médecine, de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et des ministères de l'Éducation et de la Santé.*

B. — Les effectifs de l'enseignement et de la recherche

La poursuite des objectifs de l'enseignement post-universitaire dans les hôpitaux d'enseignement serait une tentative irréalisable si un grand effort n'était pas fait pour améliorer rapidement le personnel d'enseignement et de recherche du point de vue tant quantitatif que qualitatif. Les changements dans les structures et l'organisation du système d'enseignement seraient voués à l'échec, si un nombre beaucoup plus grand de professeurs à temps plein n'était pas prévu.

Bon nombre de professeurs cliniciens doivent être engagés à temps plein en raison des responsabilités d'enseignement, de recherche, d'administration et de soins aux malades qui leur incombent. Un enseignement clinique de qualité dans les hôpitaux requiert, en effet, des professeurs à temps plein qui coordonnent les programmes, en dirigent la mise en application, surveillent et contrôlent le travail des étudiants et sont constamment à leur disposition pour discuter leurs problèmes.

Non seulement la majorité de ces professeurs à temps plein doivent-ils avoir reçu une solide formation dans le domaine de la recherche, mais ils doivent continuer à s'y intéresser et à y œuvrer. Car, en médecine, recherche et enseignement ne sauraient se dissocier. Pour dispenser un enseignement qui soit au point et donner la perspective véritable d'une science qui est en évolution constante, le professeur de médecine peut difficilement, surtout au niveau post-universitaire, ne pas s'adonner lui-même à la recherche.

La recherche joue un rôle fondamental dans la formation médicale :

La recherche est aujourd'hui un élément absolument essentiel à la formation de jeunes médecins et à l'enseignement continu. L'école de médecine ne peut plus enseigner à un médecin toutes les méthodes de diagnostic dont il aura besoin tout au long de sa carrière. L'art lui-même change bien trop vite... Les écoles de médecine doivent s'efforcer surtout d'enseigner l'ensemble des principes de base de la médecine et la façon d'appliquer ces grands principes à des cas particuliers. Elles doivent surtout aider les étudiants à comprendre comment la recherche médicale produit une connaissance nouvelle et comment chacun peut évaluer les nouvelles découvertes. Cela veut dire que la plupart des étudiants des bonnes écoles de médecine doivent aujourd'hui apprendre à penser en fonction de la recherche, même si la plupart d'entre eux ne deviendront jamais des chercheurs de carrière ¹.

Tout doit être mis en œuvre pour attirer un plus grand nombre de jeunes médecins vers la carrière de chercheur scientifique, car un personnel suffisant et compétent est essentiel pour permettre la réforme du système d'enseignement de la médecine.

Plusieurs problèmes se posent au cours de la formation de ces professeurs-chercheurs dont les principaux sont la longueur de la période de formation, l'incertitude de la carrière en recherche médicale, surtout au point de vue des octrois futurs, l'influence des États-Unis qui attirent un certain nombre des nôtres et le niveau des traitements qui est sensiblement inférieur, en moyenne, à ceux des États-Unis et à ceux que procurent en général les autres domaines de la médecine.

1. Robert S. Morison : « Clinical Research in the Community », *Canadian Medical Association Journal*, 25 janvier 1964, vol. 90, No 4, pp. 335-340.

L'assurance-maladie peut contribuer grandement à procurer des salaires convenables aux professeurs à temps plein qui sont défavorisés par le système actuel. Le rapport Gundy est très explicite au sujet de l'insuffisance actuelle dans les montants de rémunération des enseignants et des chercheurs ¹. Le principe de la rémunération à l'acte comporte de grands désavantages pour les médecins enseignants et les chercheurs. Ce mode de rémunération risque d'entraîner une dispersion de leur énergie. La Commission traitera dans un rapport ultérieur l'intégration des professeurs à temps plein dans l'enseignement post-universitaire, leur mode de rémunération, leur rôle dans le milieu hospitalier et leurs conditions de travail. La Commission est d'ores et déjà persuadée, cependant, de la nécessité de revaloriser le rôle des enseignants et des chercheurs médicaux en milieu hospitalier et, à son avis, seules des conditions de rémunération convenables pourront attirer des candidats d'élite en nombre suffisant.

Recommandations

La Commission recommande :

4. *QUE l'enseignement post-universitaire soit dispensé par des professeurs qui se consacrent entièrement à l'enseignement, à la recherche et au traitement des malades dans le cadre de leur enseignement.*
5. *QUE l'on revalorise le rôle des enseignants et des chercheurs médicaux en milieu hospitalier et que l'on fixe leur rémunération à un niveau suffisant afin d'encourager les candidats compétents à embrasser ces carrières en nombre suffisant et à y demeurer.*

C. — Les effectifs de la résidence

Le nombre de résidents doit reposer sur certain nombre de critères, dont l'un nous paraît fondamental : les besoins futurs de la société. C'est, en premier lieu, la Société qui bénéficiera de la qualité de la médecine de demain ; aussi, doit-elle s'intéresser à la formation de ses futurs médecins et prendre tous les moyens nécessaires pour qu'ils soient en nombre suffisant. L'université, le Collège et les hôpitaux d'enseignement doivent conjuguer leurs efforts pour assurer l'admission d'un plus grand nombre de candidats aux études médicales et encourager ceux qui en manifestent le goût et les aptitudes à poursuivre des études post-universitaires en milieu hospitalier.

1. Charles Gundy, *op. cit.*, p. 31.

Cette politique de recrutement, axée sur les besoins de la société et basée sur la nécessité d'augmenter le nombre de médecins par rapport à notre population, pose trois conditions essentielles, savoir :

- 1) que l'orientation et le contenu des études médicales, en milieu hospitalier et en milieu universitaire, correspondent au rôle que le médecin sera appelé à jouer dans la société de demain et aux exigences futures de l'exercice de la médecine;
- 2) que nos facultés de médecine et nos hôpitaux d'enseignement disposent des conditions matérielles nécessaires et des effectifs suffisants dans l'enseignement et la recherche ;
- 3) que les étudiants qui auront reçu une formation universitaire ou post-universitaire dans notre milieu soient encouragés à pratiquer la médecine au Québec.

1) L'orientation et le contenu de la formation

Dans une section antérieure sur les études médicales, nous avons proposé une orientation nouvelle du cours de médecine qui entraînerait, dès le premier cycle, des modifications importantes du programme d'études. Ces changements sont nécessaires pour répondre aux besoins en effectifs médicaux. L'évolution des connaissances et de la pratique médicale, l'apparition de nouvelles professions de la santé et l'influence des conditions psychologiques et socio-économiques sur l'état de santé des individus exigent au départ une intégration des sciences de la santé. Plus de jeunes auront ainsi accès aux études médicales et, surtout, aux sciences générales de la santé.

Par contre, la désertion des professions de chercheur, d'enseignant et de médecin de famille souligne l'absence d'options véritables au sein de la formation médicale. Dès le deuxième cycle de formation, les options devront se différencier en fonction des divers domaines d'activité du médecin. Cette modification sera de nature à faciliter et à diversifier l'orientation des jeunes médecins et à les attirer très tôt vers des spécialités pour lesquelles ils se sentiront mieux préparés.

Les types de résidence. — Le milieu d'enseignement hospitalier, de niveau universitaire et post-universitaire, devra s'adapter étroitement à ce système d'options précoces et appliquer rigoureusement les programmes d'enseignement de la médecine générale, des diverses spécialités médicales et chirurgicales, et des disciplines de l'administration et de la recherche. Chaque type de résidence devra permettre la réalisation d'objectifs clairement définis au préalable.

a) Les médecins de famille

La réforme de l'enseignement doit viser à corriger le déséquilibre que l'on observe aujourd'hui dans la répartition des omnipraticiens et des spécialistes, car l'omnipraticien continuera à exercer un rôle essentiel. Bien que la pratique médicale s'oriente de plus en plus en fonction du cadre hospitalier, l'équilibre entre l'offre de services et la demande de soins médicaux obligera toujours le malade à consulter, en premier, l'omnipraticien. Or, on conçoit mal que, dans un contexte où une grande diversité de moyens techniques sont essentiels à l'analyse diagnostique, l'omnipraticien ne soit pas mieux intégré au milieu hospitalier, tant au niveau de la formation que de la pratique. Cette absence d'intégration a largement contribué à la déconsidération progressive et universelle de ce mode d'exercice de la médecine. L'évolution des sciences de la santé de même que l'apparition constante d'outils nouveaux qui ne se trouvent qu'à l'hôpital exigent de l'omnipraticien une formation professionnelle plus complète et mieux appropriée aux conditions nouvelles de la pratique.

Il est vain de croire qu'un jeune médecin s'orientera vers la médecine générale si celle-ci ne lui offre pas certaines garanties de satisfaction professionnelle. Si l'on veut s'assurer la présence de médecins de première ligne, on doit s'efforcer de les mieux préparer, d'accroître leur compétence et de leur fournir l'équipement nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. En tant que premier médecin consulté, l'omnipraticien doit être bien préparé

- a) à diagnostiquer les différents problèmes cliniques ;
- b) à évaluer les implications des facteurs personnels, familiaux et sociaux sur la maladie ;
- c) à traiter les maladies courantes à domicile et en milieu hospitalier ; et
- d) à collaborer avec les autres professionnels de la santé, notamment les services sociaux, afin d'assurer le bien-être du malade et de sa famille.

Les jeunes médecins qui s'orientent vers la médecine générale devront s'intéresser tout particulièrement aux besoins psychologiques, économiques et sociaux de la communauté. La sensibilisation des jeunes médecins aux besoins du milieu dans lequel ils exerceront leur activité deviendra de plus en plus l'une des principales préoccupations de l'enseignement.

b) Les médecins spécialistes

Si la société réussit à se donner suffisamment d'omnipraticiens, la proportion des médecins spécialistes dans l'ensemble des effectifs médicaux diminuera. Étant donné l'accroissement continu des connaissances médicales, il sera toujours souhaitable d'encourager les futurs médecins à acquérir une compétence particulière accrue dans un secteur donné de la médecine. Le système d'enseignement des spécialités doit être assez flexible pour suivre l'évolution de la spécialisation progressive de la profession médicale. Se situant au niveau d'une formation post-universitaire, cet enseignement doit de plus être fondé sur un juste équilibre entre l'expérience clinique et l'acquisition d'une discipline intellectuelle de niveau supérieur.

Jusqu'ici la résidence était réservée aux étudiants qui voulaient acquérir une compétence particulière dans un domaine donné de la médecine. Cet état de choses a fortement influencé la conception, la nature et l'organisation de l'enseignement en milieu hospitalier. L'accent porte incontestablement sur l'aspect professionnel de la formation, c'est-à-dire sur la maîtrise d'une technique susceptible d'être dépassée à plus ou moins brève échéance. L'enseignement post-universitaire conduisant au diplôme de spécialiste doit être entièrement repensé de façon à transférer l'accent sur la formation scientifique.

c) Les scientifiques médicaux

Le système de la résidence dans les hôpitaux d'enseignement devra être conçu et organisé en vue de satisfaire les besoins pressants d'enseignants et de chercheurs dans le domaine de la médecine. Actuellement, entre 1 et 2% seulement des étudiants en médecine du Québec se dirigent vers la carrière académique, alors qu'aux États-Unis le pourcentage atteint 4%¹. Ce type de carrière, qui implique de longues années d'études et qui suppose un intérêt prononcé pour la science et la recherche pure, attire peu de candidats. Les retards accumulés dans ce domaine ainsi que les impératifs de la formation d'un plus grand nombre de médecins et de la transformation du cours de médecine exigent que des efforts substantiels soient déployés afin d'encourager les étudiants à embrasser une carrière scientifique.

La majeure partie de l'enseignement doit, dès le 2e cycle, être dispensée dans les hôpitaux d'enseignement, et il faudra que les chercheurs se soient eux-mêmes familiarisés, par un stage de résidence, avec le milieu hospitalier d'enseignement.

1. Lucien L. Coutu : « Le rôle de l'université et des hôpitaux dans la formation du personnel de la santé », *Bulletin du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec*, janv.-févr. 1967, No 45, pp. 1-11.

L'hôpital d'enseignement doit être capable d'offrir au résident qui se destine à la recherche pure et à la recherche clinique un programme adapté à ses besoins et à son orientation future. Le milieu hospitalier devra donc intégrer les résidents en recherche pure et en recherche clinique dans des cours conduisant à des diplômes d'études supérieures.

Recommandations

La Commission recommande :

6. *QUE des options précoces permettent aux étudiants d'acquérir une meilleure formation en médecine générale dans les diverses spécialités médicales et chirurgicales ainsi que dans le domaine de la recherche.*
7. *QUE l'enseignement dispensé au médecin de famille soit conçu et organisé en fonction de son rôle futur dans la société et en vue de revaloriser son statut.*
8. *QUE le médecin de famille soit intégré au milieu hospitalier partout au Québec.*
9. *QUE les facultés de médecine, les hôpitaux et le ministère de la Santé favorisent toute initiative ayant pour but d'orienter les médecins vers les carrières de l'enseignement et de la recherche et de les y retenir en permanence.*
10. *QUE les effectifs de la résidence et leur répartition entre les diverses spécialités s'établissent en fonction des besoins de la population.*

2) Les conditions matérielles

Nous avons souligné, au cours de l'analyse de la situation actuelle, que les hôpitaux affiliés et les hôpitaux agréés ne disposent ni des ressources humaines, ni des conditions matérielles nécessaires à la réforme de l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire.

Pour favoriser le recrutement d'enseignants et de chercheurs, il est essentiel d'améliorer les conditions matérielles dans les hôpitaux d'enseignement. Bureaux, salles de cours, laboratoires d'enseignement et de recherche, bibliothèques devront être aménagés de façon à permettre aux hôpitaux de remplir leur fonction d'enseignement.

Les facultés de médecine désirent, d'une part, transformer les hôpitaux affiliés en de véritables centres d'enseignement. D'autre part, le centre hospitalier de Sherbrooke et les projets des universités Laval, McGill et de Montréal seraient de nature à améliorer sensiblement la situation.

3) Les résidents

Nous avons posé, comme troisième condition à une politique de recrutement de futurs médecins, la nécessité d'encourager les étudiants qui reçoivent actuellement leur formation universitaire ou post-universitaire dans notre milieu à exercer leur profession au Québec.

Du point de vue quantitatif au moins, l'émigration de nos médecins canadiens-français ne revêt pas un caractère alarmant. Cependant, les jeunes médecins qui, au terme d'un stage de formation prolongé dans les meilleurs hôpitaux et universités américains, s'installent aux États-Unis, représentent le plus souvent pour nous une perte de candidats les mieux préparés aux carrières de recherche et d'enseignement.

Par contre, l'immigration de médecins étrangers nous permet d'accroître, dans une forte proportion, le nombre de nos résidents. Les conditions qui leur ont été faites jusqu'ici ne les encouragent cependant pas à demeurer au Québec.

L'expérience du Canada et des États-Unis en matière de recrutement indique que, par suite des besoins accrus de la société, des exigences académiques et du coût croissant des études de médecine, il faut compter sur l'apport de l'immigration. Le recours à des médecins immigrants, pour maintenir l'équilibre entre les besoins de soins médicaux et les effectifs, peut se faire à des niveaux plus ou moins avancés de la formation médicale et, parfois, au terme de cette formation. Cependant, la province de Québec ne saurait compter indéfiniment sur l'immigration pour augmenter ses effectifs. Elle devrait plutôt s'efforcer de recruter des candidats aux études médicales à l'intérieur de ses frontières et les former elle-même.

Les médecins étrangers sont porteurs d'un diplôme de médecine quand ils arrivent au Québec, mais une disposition de la Loi médicale, portant sur la citoyenneté, les contraint à s'inscrire comme internes, résidents ou médecins d'établissement dans les hôpitaux durant une période de cinq ans afin de pouvoir obtenir un permis d'exercice du Bureau provincial de médecine. L'abolition de la disposition relative à la citoyenneté et le choix de critères plus appropriés pour l'admission des médecins étrangers à l'exercice de la médecine auraient pour

résultat de les amener plus tôt à la pratique et de réduire sensiblement le nombre des résidents. Nous avons vu précédemment que les effectifs de la résidence sont, compte tenu de la population, beaucoup plus élevés au Québec qu'en Ontario. Or, ni les hôpitaux, affiliés ou agréés, d'enseignement, ni les facultés de médecine ne sont en mesure à l'heure actuelle de dispenser un enseignement de qualité à un aussi fort contingent de sujets.

La Commission est d'avis que la Loi médicale doit être modifiée de façon à faire disparaître la disposition relative à la citoyenneté, que des critères pour l'admission des médecins étrangers désireux d'exercer la médecine au Québec doivent être définis en conformité des nouvelles exigences du Collège approuvées par le Bureau provincial de médecine le 19 avril 1967, qu'un registre de tous les médecins résidents doit être établi et tenu à jour par le Collège, et que la loi doit obliger tous les médecins et hôpitaux concernés à fournir au Collège les renseignements nécessaires à la tenue de ce registre. Ainsi, on pourra, en tout temps, connaître de façon précise le nombre et le statut des médecins en formation dans la province, ainsi que l'endroit où ils se trouvent.

Certaines circonstances de la situation des médecins résidents — charge de travail et services rendus, contrat de travail avec l'hôpital, intervention du Service d'assurance-hospitalisation dans la rémunération, effectifs considérables par rapport à l'ensemble des effectifs médicaux — ont contribué à faire oublier que la résidence est une période de formation ; aussi a-t-elle été plutôt regardée comme un service de soins à bon marché. L'habitude de considérer les résidents comme une main-d'œuvre essentielle au fonctionnement des services de soins a amené les hôpitaux non affiliés ou non agréés à engager des médecins d'établissement, des étrangers pour la plupart, et à les assimiler, pour les fins de la rémunération, aux internes et aux résidents.

La Commission est d'avis qu'il faut faire une distinction nette entre le médecin d'établissement et l'étudiant de niveau post-universitaire ; que le médecin d'établissement devrait détenir un permis d'exercice et que sa rémunération ne devrait pas venir du Service d'assurance-hospitalisation. Au reste, le médecin d'établissement ne sera plus considéré comme un médecin résident. En effet, muni d'un permis régulier d'exercice, le médecin immigrant n'aura qu'à s'intégrer au cadre régulier de la pratique médicale.

Recommandations

La Commission recommande :

11. *QUE la citoyenneté canadienne ne soit plus exigée pour les étrangers qui satisfont aux exigences du*

Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et qui veulent exercer la médecine au Québec.

12. *QUE les médecins diplômés des facultés de médecine d'en dehors du Canada et des États-Unis, désireux d'exercer la médecine au Québec, satisfassent aux exigences suivantes pour obtenir le droit d'exercice :*
 - a) *qu'ils possèdent le statut d'immigrant s'ils ne sont pas déjà citoyens canadiens ;*
 - b) *qu'ils détiennent un diplôme d'une faculté de médecine reconnue par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ;*
 - c) *qu'ils subissent avec succès l'examen de l'Educational Council for Foreign Medical Graduates ou l'examen équivalent du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ;*
 - d) *qu'ils aient une connaissance suffisante de la langue française ou anglaise ;*
 - e) *qu'ils se soumettent à une période d'exercice contrôlé d'une durée de deux ans dans un hôpital agréé ;*
 - f) *qu'ils se conforment aux autres règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.*
13. *QUE le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec soit prié d'établir un registre des médecins résidents et de le tenir à jour.*
14. *QUE tous les médecins et hôpitaux concernés soient obligés par la loi de fournir au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec les renseignements nécessaires à la tenue du registre des médecins résidents.*
15. *QUE les médecins d'établissement soient tenus de se munir d'un permis pour l'exercice de la médecine et soient rémunérés selon le mode en vigueur dans le cadre régulier de la pratique médicale.*

D. — Les conditions nécessaires à la formation des résidents

L'utilisation croissante des services hospitaliers depuis l'entrée en vigueur de la Loi d'assurance-hospitalisation a largement contribué à la détérioration des conditions d'enseignement en milieu hospitalier.

Les administrations hospitalières ont dû concentrer leurs efforts sur l'organisation des soins aux malades. Le travail de base et les heures de garde ont pris le pas sur les études. Or, l'instauration d'un régime d'assurance-maladie, dont la couverture s'étendra vraisemblablement aux soins dispensés en consultation externe, risque fort d'aggraver la situation. En effet, il est à prévoir que la demande accrue de soins médicaux qu'entraînera l'établissement d'un régime d'assurance-maladie sera dirigée principalement vers l'omnipraticien. Étant donné que, dans les régions de Montréal et de Québec, les médecins de famille ne représentent qu'une proportion minime des effectifs médicaux, cependant que l'on y retrouve la majeure partie des effectifs de la résidence, les malades auront recours automatiquement aux consultations externes des hôpitaux.

Les médecins résidents risquent donc, une fois de plus, d'être appelés à combler les rangs de la médecine de première ligne. C'est une situation qu'il faut à tout prix éviter et on n'y parviendra qu'en soumettant l'enseignement post-universitaire à des normes rigides d'organisation et de contrôle.

La charge de travail du résident doit de toute nécessité se concilier avec les exigences de l'enseignement. Le travail de base et les heures de garde qu'on lui impose se justifient uniquement par le fait que, dans le cadre d'une responsabilité partagée, ils constituent un élément essentiel de la formation professionnelle.

Puisque l'enseignement post-universitaire doit dépasser largement l'initiation aux techniques de la pratique spécialisée, les travaux pratiques doivent céder le pas aux cours théoriques, aux cliniques, à la recherche et à l'étude. Toute augmentation du travail de routine se fait au détriment de cette partie du programme qui constitue la principale garantie de la qualité des effectifs futurs. En même temps qu'ils font l'expérience des actes médicaux, les résidents doivent acquérir les habitudes intellectuelles nécessaires au maintien de leur savoir et à l'exercice d'un esprit critique vis-à-vis les nouvelles thérapeutiques. C'est par un contact étroit et suivi avec la science médicale qu'ils développeront chez eux l'habitude de l'effort intellectuel personnel.

Contrat. — De même, la restructuration de l'enseignement post-universitaire ainsi que la refonte des programmes en vue de rétablir l'équilibre entre les cours théoriques, les cliniques, la recherche et l'étude, d'une part, et le travail de base, de l'autre, contribueront à revaloriser le statut des médecins résidents et exigeront une révision du contrat de résidence.

Par ce contrat, le médecin résident devrait simplement s'engager à observer la discipline de l'hôpital et à limiter son activité professionnelle aux occupations jugées nécessaires à sa formation. Les responsables de l'enseignement devraient tracer le programme de travaux pratiques du résident et le Comité de la formation médicale ¹, dont il sera question plus loin, devrait voir à uniformiser cette pratique dans tous les hôpitaux d'enseignement. Ainsi, seuls les actes médicaux indispensables à leur formation seraient inscrits au programme de travail des résidents.

Recommandations

La Commission recommande :

16. *QUE les conditions régissant l'activité professionnelle des médecins résidents en milieu hospitalier soient conformes aux objectifs de l'enseignement de la médecine.*
17. *QUE le Comité de la formation médicale définisse, dans un contrat type, les droits et les obligations réciproques du médecin résident et de l'hôpital d'enseignement.*

E. — Les allocations aux résidents

Principes. — Les médecins résidents reçoivent leur formation en milieu hospitalier. La nature même du programme d'études les appelle à collaborer étroitement avec le médecin enseignant au traitement du malade. Les actes médicaux qu'ils posent et les services qu'ils rendent aux malades sont partie intégrante des études post-universitaires et doivent être conformes aux objectifs décrits précédemment. C'est pourquoi les critères, tels que la valeur des services rendus, la compétence, le rendement et la productivité, qui justifient normalement la détermination de la rémunération ne peuvent s'appliquer dans leur cas. Ces critères entreraient en conflit avec les objectifs de l'enseignement.

1. Voir p. 64.

La Commission considère que seul un système d'allocations qui respecte les exigences de l'enseignement de la médecine en milieu hospitalier peut favoriser l'acquisition de connaissances supérieures et le recrutement des effectifs nécessaires.

Nature des allocations. — Le principe des allocations de base à tout médecin résident reconnaît la nécessité d'une forme de subvention à l'étudiant diplômé pour lui faciliter l'accès, en toute tranquillité d'esprit, à des études supérieures. Dans cette optique, le résident participe à l'exercice de la médecine en milieu hospitalier à titre d'étudiant et la société lui rend un témoignage concret de sa considération pour les études post-universitaires. Le montant des allocations n'est pas déterminé en fonction du rendement ou de la productivité de l'individu, mais plutôt en fonction de ses besoins personnels et familiaux et des exigences de sa formation professionnelle. La Commission est d'avis que ces allocations doivent être considérées comme des bourses d'étude et, comme telles, qu'elles ne doivent pas être assujetties aux lois de l'impôt sur le revenu.

La Commission estime que les bourses allouées par le Conseil médical du Canada (voir le tableau XV) peuvent servir d'indication pour les discussions futures avec les résidents, en considérant ces montants comme un minimum.

TABLEAU XV

**Échelle des bourses du Conseil de la recherche médicale,
échelle selon l'entente signée et échelle proposée
en Ontario pour juillet 1967 ¹**

<i>Groupe</i>	<i>Bourses du Conseil de la recherche médicale ²</i>	<i>Échelle selon l'entente signée par les médecins inter- nes et résidents</i>	<i>Échelle de l'Ontario (proposée pour juillet 1967)</i>
	\$	\$	\$
Interne	308	334	335
Résident I	358	367	393
Résident II	408	400	443
Résident III	458	450	501
Résident IV	508	500	551

1. Les montants sont des montants mensuels.

2. À ces montants, s'ajoutent des allocations de \$ 500 par année pour le premier enfant et de \$ 200 par année pour chacun des autres enfants. Si l'étudiant continue en recherche au delà de la 4e année, la bourse peut atteindre \$ 7,000 par année.

Les montants actuels versés aux résidents peuvent aussi servir d'exemple, mais à condition qu'on accepte qu'ils doivent répondre aux besoins des individus, qu'on y ajoute des suppléments pour les enfants et qu'ils soient considérés comme un minimum. La Commission est d'avis que le Comité de la formation médicale ¹ devrait déterminer et réviser périodiquement les montants d'allocations et faire au ministre responsable les recommandations appropriées.

Recommandations

La Commission recommande :

18. *QUE soit établi, en faveur des médecins résidents, un système d'allocations qui respecte les exigences de l'enseignement de la médecine en milieu hospitalier et favorise l'acquisition de connaissances supérieures et le recrutement des effectifs nécessaires.*
19. *QUE l'allocation versée à tous les médecins résidents soit graduée selon les années de résidence.*
20. *QUE l'allocation versée aux médecins résidents tienne compte des charges financières familiales.*
21. *QUE le Comité de la formation médicale détermine et revise périodiquement les montants d'allocations et fasse au ministre responsable les recommandations appropriées.*

Bourses. — La Commission considère que la formation médicale au niveau post-universitaire doit être encouragée et planifiée en vue des besoins futurs en effectifs médicaux. En outre, il est indispensable qu'un certain nombre de médecins aux études post-universitaires reçoivent une partie de leur formation en dehors du Québec. Ceci est particulièrement important pour les médecins qui s'orientent vers une carrière universitaire, car ils doivent étendre davantage le champ de leurs connaissances et approfondir certains secteurs particuliers.

Des bourses doivent être accordées en vue d'attirer les médecins résidents vers les secteurs où les effectifs médicaux sont insuffisants. Le Comité de la formation médicale devra veiller à recommander l'attribution de ces bourses en tenant compte de l'évolution des effectifs et des besoins dans les différents secteurs de la médecine.

1. Voir p. 64.

Plusieurs résidents reçoivent actuellement des bourses d'études qui leur permettent soit de compléter leur rémunération, soit de poursuivre des études à l'étranger. La Commission rappelle qu'elle a déjà signalé au chapitre précédent que l'attribution de ces bourses ne se fait pas toujours selon des critères précis, et en fonction d'une planification judicieuse et réaliste.

Recommandation

La Commission recommande :

22. *QUE des bourses soient accordées pour attirer les médecins résidents vers des secteurs où les effectifs ne sont pas suffisants ou pour leur permettre de poursuivre des études de perfectionnement à l'étranger.*

Actes médicaux posés par les médecins résidents. — Le statut d'étudiant des médecins résidents exige qu'ils ne soient pas rémunérés pour les services qu'ils rendent aux malades. D'un autre côté, le médecin responsable peut-il être justifié comme tel de demander au malade des honoraires pour les services rendus par le résident ? La Commission a déjà insisté sur la nécessité d'améliorer les conditions de rémunération des médecins enseignants et chercheurs dans le milieu hospitalier, en soulignant les désavantages de la rémunération à l'acte ; il nous apparaît également fondamental qu'une demande d'honoraires trouve son origine dans les services rendus effectivement par le médecin. La Commission croit que le médecin responsable ne peut être justifié de demander des honoraires pour l'acte médical posé par le résident, s'il n'a effectivement rendu aucun service professionnel personnel au malade.

F. — Comité de la formation médicale

Au terme de notre étude sur la situation des médecins résidents au Québec et sur les moyens de rendre celle-ci plus conforme aux exigences d'un enseignement post-universitaire moderne, il convient certes de nous interroger sur le type d'organisme qui devra être responsable de cet enseignement.

À l'heure actuelle, le Collège a seul le pouvoir de surveiller l'enseignement aux médecins internes et résidents et de s'assurer de sa valeur. Toutefois, il a récemment recommandé que cette responsabilité soit partagée avec les facultés de médecine.

En Angleterre, Ellis ¹, secrétaire de l'*Association for Study of Medical Education*, est d'avis que les écoles de médecine des universités ont un rôle important à jouer dans la formation des résidents, mais qu'elles ne devraient pas en assumer l'entière responsabilité. Aux États-Unis, Millis est très ferme là-dessus ; il soutient que l'enseignement de la médecine ne peut pas et ne doit pas, pour un certain nombre d'années à venir, relever entièrement des universités.

Le rôle de l'université dans la réforme de l'enseignement post-universitaire apparaît primordial. Cependant, nous nous demandons à notre tour s'il est opportun de confier aux universités la responsabilité exclusive de cet enseignement. Car la refonte et la mise à jour constante des programmes d'enseignement intéressent aussi au plus haut point la profession médicale de même que la société en général.

Au Québec, la réforme de l'enseignement post-universitaire demandera une direction vigilante, active, ferme et efficace. Les responsables devront d'abord en faire accepter les objectifs généraux et mettre le plus tôt possible en application les moyens de les réaliser.

La Commission croit qu'un organisme devrait être créé pour prendre la direction de l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire. Cet organisme, qu'on pourrait appeler « Comité de la formation médicale », devrait être responsable envers le ministre de la Santé et tenu de lui faire rapport régulièrement. De façon à avoir un caractère vraiment représentatif, ses membres devraient être choisis au sein des organismes concernés : le Collège, les facultés de médecine du Québec, les médecins résidents du Québec, l'Association des hôpitaux de la province de Québec et les ministères de la Santé et de l'Éducation. Quant à la place de ce comité dans les structures du monde de la santé, la Commission entend la préciser dans un rapport ultérieur.

Le « Comité de la formation médicale » aurait comme fonctions principales :

- 1) d'élaborer, de coordonner et de voir à la mise en application des programmes d'études au niveau post-universitaire en fonction des objectifs poursuivis ;
- 2) de rédiger un contrat type et de surveiller la mise en exécution des contrats de résidence intervenus entre les hôpitaux d'enseignement et les médecins résidents ;

1. John R. Ellis : « Ideal Medical Education for the Resident and the Medical Student », *Canadian Medical Association Journal*, octobre 1966, vol. 95, No 14, pp. 702-708.

- 3) de reviser à périodes régulières la structure et le montant des allocations accordées aux médecins résidents ;
- 4) d'établir des normes pour l'attribution des bourses de perfectionnement dans le domaine de la santé, de coordonner les demandes, de fixer les montants et de faire des recommandations concernant l'attribution de ces bourses.

La création immédiate d'un tel comité s'impose si l'on veut que s'amorce le projet de réforme suggéré. Il devra posséder suffisamment d'indépendance et d'autorité pour pouvoir innover et être efficace. Le ministère de la Santé devra voir à le doter des structures et des budgets nécessaires à son bon fonctionnement et à sa permanence.

Les médecins résidents auront l'occasion de discuter régulièrement leurs problèmes et de participer aux décisions comme membres du comité. Ils pourront faire connaître leurs vues sur les modifications à apporter aux programmes de formation, aux conditions de travail ou aux barèmes d'allocations. Leur participation aux travaux du comité. Ils pourront faire connaître leurs vues sur les modifications objectifs communs et contribuera à prévenir les conflits.

La Commission est d'avis que l'élaboration des programmes d'études, la rédaction des contrats de résidence et la revision des allocations considérées comme des bourses d'études doivent se faire en conformité des objectifs de l'enseignement post-universitaire et que, partant, ces matières ne sauraient être sujettes à la négociation.

Recommandations

La Commission recommande :

23. *QU'un « comité de la formation médicale » soit créé pour prendre la direction de l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire et que ce comité soit responsable envers le ministre de la Santé.*
24. *QUE ce comité soit composé de représentants du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, de chacune des facultés de médecine de la province, des médecins résidents, de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation.*

25. *QUE ce comité permanent soit responsable :*

- a) *de l'élaboration, de la coordination et de la mise en application des programmes d'études au niveau post-universitaire ;*
- b) *de la surveillance de l'exécution des contrats de résidence intervenus entre les hôpitaux d'enseignement et les médecins résidents ;*
- c) *de la revision à périodes régulières de la structure et du montant des allocations accordées aux médecins résidents ;*
- d) *de l'établissement des normes pour l'attribution des bourses aux médecins résidents, de la coordination des demandes et de la détermination des montants.*

Conclusion

Nous avons étudié les questions relatives à la formation, aux relations professionnelles, aux conditions de travail et d'étude ainsi qu'au mode de rémunération ou de soutien des médecins résidents, à partir des principes fondamentaux en cause.

Nous nous sommes trouvés devant l'alternative suivante : ou bien considérer les médecins résidents comme des étudiants de niveau post-universitaire, ou bien les considérer comme des professionnels salariés engagés par l'hôpital pour donner des soins médicaux. Les anomalies et la confusion dans le système actuel découlent, à notre avis, de l'ambivalence qui existe au sujet de ces deux options bien différentes ; dans les faits, toutes les deux ont été prises simultanément. Or, il est essentiel de faire la distinction entre les études post-universitaires comme telles et les actes médicaux posés ou les services rendus aux malades en milieu hospitalier. La Commission considère que le médecin résident poursuit des études post-universitaires ; les actes médicaux qu'il pose et les services qu'il rend aux malades sont d'abord en vue de sa formation, et non pour servir l'hôpital ou son personnel senior. Face à des besoins de personnel médical compétent pour rendre les nombreux services médicaux requis, l'hôpital doit recruter ce personnel parmi les médecins en exercice pour éviter de compromettre les études des médecins résidents.

L'enseignement post-universitaire doit être organisé et structuré en fonction d'objectifs clairement définis, tels que l'acquisition par le médecin résident des connaissances nécessaires à l'exercice d'une médecine de qualité et la formation scientifique qui lui permette d'apprendre par lui-même toute sa vie et de se tenir ainsi au courant des nouvelles découvertes de la science médicale.

La réforme des cadres de formation, des conditions de travail et du mode de rémunération, que propose la Commission, a uniquement pour but de permettre au médecin résident d'acquérir une solide formation professionnelle et scientifique, sans être préoccupé par des problèmes d'ordre matériel.

Étant donné les objectifs recherchés, la Commission est d'avis que l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire doit subir des modifications profondes. Elle croit, en particulier, qu'il est essentiel :

- d'offrir assez tôt au cours des études médicales des options en vue d'un type particulier de pratique médicale, savoir la

médecine de famille, une spécialité médicale ou chirurgicale, ou la carrière d'enseignant ou de chercheur ;

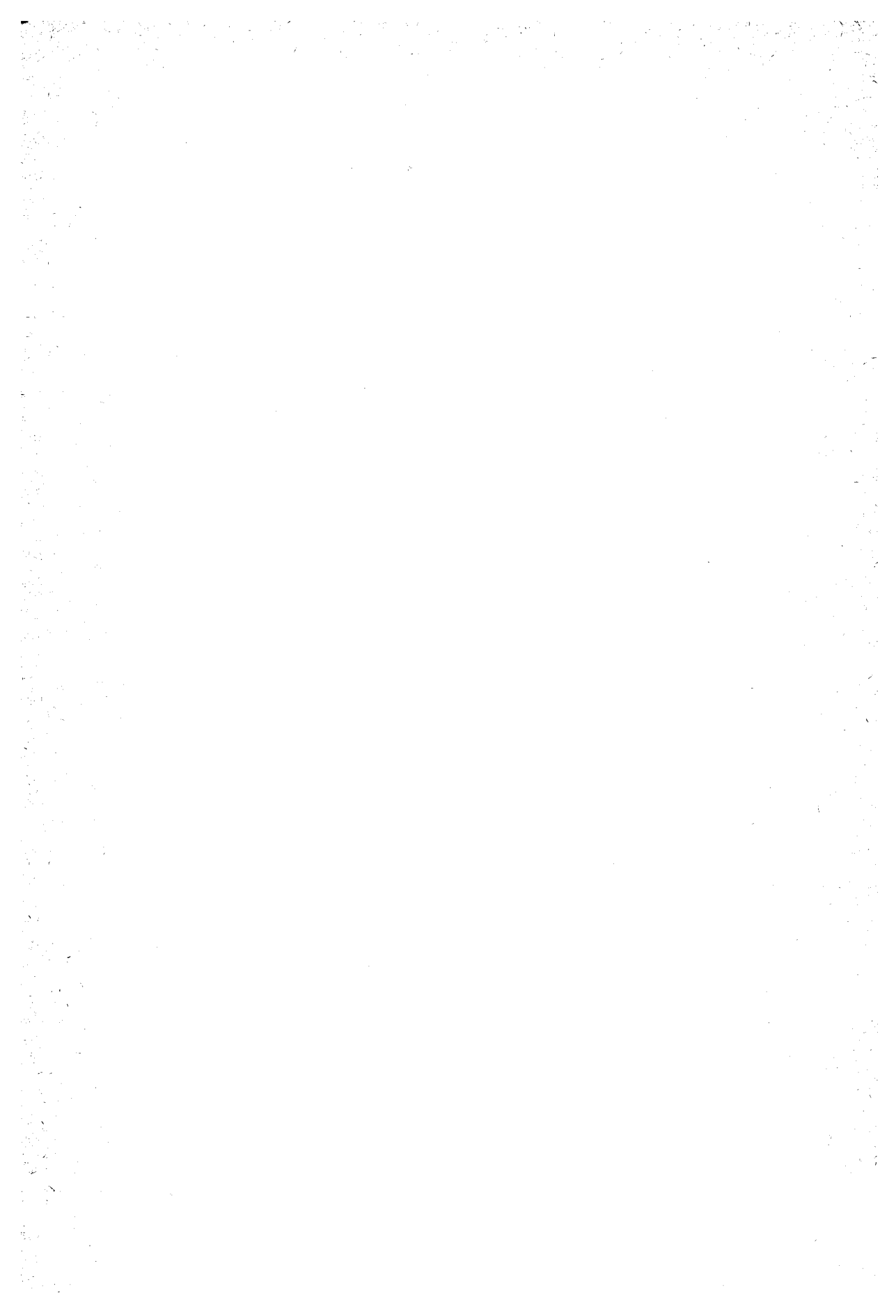
- de renseigner les futurs médecins et de favoriser leur orientation en fonction des besoins de la société ;
- d'aménager des hôpitaux d'enseignement en conformité des exigences de l'enseignement post-universitaire ;
- de prendre des mesures spéciales pour assurer le recrutement d'enseignants et de chercheurs médicaux en milieu hospitalier ;
- de doter les hôpitaux d'enseignement de laboratoires de recherche parfaitement équipés ;
- de considérer que les actes médicaux que posent les médecins résidents et les services qu'ils rendent aux malades font partie intégrante des études médicales et qu'ils doivent répondre aux objectifs précédemment définis ;
- d'accorder aux médecins résidents des allocations suffisantes pour leur permettre de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille, de façon à assurer le recrutement des effectifs futurs ;
- de constituer un organisme pour amorcer et diriger la réforme proposée.

Les changements demandés dans le système actuel seront sans effet en l'absence d'un organisme pleinement responsable de leur mise en œuvre. La Commission a proposé la formation d'un comité permanent groupant les différents organismes intéressés et responsable envers le ministre de la Santé. En France et en Angleterre, de tels organismes ont assumé la responsabilité des études médicales universitaires et post-universitaires. Aux États-Unis, on s'efforce actuellement de créer un organisme semblable afin de coordonner et de planifier l'enseignement post-universitaire.

Le « Comité de la formation médicale » devra être créé dans le plus bref délai. Il aura un rôle prépondérant à jouer dans la réalisation progressive de cette réforme et dans son orientation future. C'est à ce comité qu'il appartiendra de préciser les modalités de sa mise en œuvre et de déterminer les priorités.

La collaboration des principaux milieux intéressés et la présence de personnes compétentes au sein du comité permettront l'application rapide et efficace des changements suggérés.

En prenant cette attitude ferme, la Commission n'a qu'une volonté, celle de doter le Québec d'un système d'enseignement post-universitaire inférieur à nul autre au monde. De plus, la réforme suggérée pour la formation de nos futurs médecins est une condition essentielle à la pleine efficacité d'un régime d'assurance-maladie, conçu dans la perspective d'une mesure de sécurité sociale. Elle permet d'augurer une ère de progrès dans le domaine tant de la thérapeutique que de la prévention pour toute notre population. Un niveau supérieur de santé pour le Québec, c'est l'objectif ultime vers lequel tous les intérêts particuliers doivent converger.



Liste des recommandations

La Commission recommande :

1. *QUE la réforme de l'enseignement de la médecine en milieu hospitalier se fonde sur le concept de l'unité d'enseignement clinique et qu'elle en respecte tous les principes.*
2. *QUE l'agrément des hôpitaux pour fins d'enseignement s'effectue à partir de critères précis et rigoureux et que le système actuel fasse, dans cette perspective, l'objet d'une révision complète.*
3. *QUE l'agrément des hôpitaux pour fins d'enseignement relève d'un organisme formé de représentants du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, des facultés de médecine, de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et des ministères de l'Éducation et de la Santé.*
4. *QUE l'enseignement post-universitaire soit dispensé par des professeurs qui se consacrent entièrement à l'enseignement, à la recherche et au traitement des malades dans le cadre de leur enseignement.*
5. *QUE l'on revalorise le rôle des enseignants et des chercheurs médicaux en milieu hospitalier et que l'on fixe leur rémunération à un niveau suffisant afin d'encourager les candidats compétents à embrasser ces carrières en nombre suffisant et à y demeurer.*
6. *QUE des options précoces permettent aux étudiants d'acquérir une meilleure formation en médecine générale dans les diverses spécialités médicales et chirurgicales ainsi que dans le domaine de la recherche.*
7. *QUE l'enseignement dispensé au médecin de famille soit conçu et organisé en fonction de son rôle futur dans la société et en vue de revaloriser son statut.*
8. *QUE le médecin de famille soit intégré au milieu hospitalier partout au Québec.*

9. *QUE les facultés de médecine, les hôpitaux et le ministère de la Santé favorisent toute initiative ayant pour but d'orienter les médecins vers les carrières de l'enseignement et de la recherche et de les y retenir en permanence.*
10. *QUE les effectifs de la résidence et leur répartition entre les diverses spécialités s'établissent en fonction des besoins de la population.*
11. *QUE la citoyenneté canadienne ne soit plus exigée pour les étrangers qui satisfont aux exigences du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et qui veulent exercer la médecine au Québec.*
12. *QUE les médecins diplômés des facultés de médecine d'en dehors du Canada et des États-Unis, désireux d'exercer la médecine au Québec, satisfassent aux exigences suivantes pour obtenir le droit d'exercice :*
 - a) *qu'ils possèdent le statut d'immigrant s'ils ne sont pas déjà citoyens canadiens ;*
 - b) *qu'ils détiennent un diplôme d'une faculté de médecine reconnue par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ;*
 - c) *qu'ils subissent avec succès l'examen de l'Educational Council for Foreign Medical Graduates ou l'examen équivalent du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ;*
 - d) *qu'ils aient une connaissance suffisante de la langue française ou anglaise ;*
 - e) *qu'ils se soumettent à une période d'exercice contrôlé d'une durée de deux ans dans un hôpital agréé ;*
 - f) *qu'ils se conforment aux autres règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.*
13. *QUE le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec soit prié d'établir un registre des médecins résidents et de le tenir à jour.*
14. *QUE tous les médecins et hôpitaux concernés soient obligés par la loi de fournir au Collège des médecins*

et chirurgiens de la province de Québec les renseignements nécessaires à la tenue du registre des médecins résidents.

15. *QUE les médecins d'établissement soient tenus de se munir d'un permis pour l'exercice de la médecine et soient rémunérés selon le mode en vigueur dans le cadre régulier de la pratique médicale.*
16. *QUE les conditions régissant l'activité professionnelle des médecins résidents en milieu hospitalier soient conformes aux objectifs de l'enseignement de la médecine.*
17. *QUE le Comité de la formation médicale définisse, dans un contrat type, les droits et les obligations réciproques du médecin résident et de l'hôpital d'enseignement.*
18. *QUE soit établi, en faveur des médecins résidents, un système d'allocations qui respecte les exigences de l'enseignement de la médecine en milieu hospitalier et favorise l'acquisition de connaissances supérieures et le recrutement des effectifs nécessaires.*
19. *QUE l'allocation versée à tous les médecins résidents soit graduée selon les années de résidence.*
20. *QUE l'allocation versée aux médecins résidents tienne compte des charges financières familiales.*
21. *QUE le Comité de la formation médicale détermine et revise périodiquement les montants d'allocations et fasse au ministre responsable les recommandations appropriées.*
22. *QUE des bourses soient accordées pour attirer les médecins résidents vers des secteurs où les effectifs ne sont pas suffisants ou pour leur permettre de poursuivre des études de perfectionnement à l'étranger.*
23. *QU'un « comité de la formation médicale » soit créé pour prendre la direction de l'enseignement de la médecine au niveau post-universitaire et que ce comité soit responsable envers le ministre de la Santé.*

24. *QUE ce comité soit composé de représentants du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, de chacune des facultés de médecine de la province, des médecins résidents, de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation.*

25. *QUE ce comité permanent soit responsable :*

- a) de l'élaboration, de la coordination et de la mise en application des programmes d'études au niveau post-universitaire ;*
- b) de la surveillance de l'exécution des contrats de résidence intervenus entre les hôpitaux d'enseignement et les médecins résidents ;*
- c) de la revision à périodes régulières de la structure et du montant des allocations accordées aux médecins résidents ;*
- d) de l'établissement des normes pour l'attribution des bourses aux médecins résidents, de la coordination des demandes et de la détermination des montants.*

Index des tableaux

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
I — Répartition de tous les médecins qui détiennent ou non un permis d'exercice inscrits au Collège	19
II — Internes et résidents selon l'année de résidence et la répartition géographique — 15 décembre 1966 . . .	20
III — Comparaison du nombre des internes et des résidents entre les provinces d'Ontario et de Québec	20
IV — Internes et résidents selon la répartition géographique — 1er mars 1967	21
V — Statistiques générales sur les médecins sans permis d'exercice dans la province de Québec — mai 1966 et janvier 1967	22
VI — Statistiques sur la citoyenneté des médecins ne détenant pas de permis d'exercice, en formation dans la province de Québec	24
VII — Hôpitaux d'enseignement	27
VIII — Nombre de comités d'enseignement dans les hôpitaux agréés	29
IX — Procès-verbaux des comités d'enseignement des hôpitaux agréés	29
X — Nombre de directeurs de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux agréés	30
XI — Nombre de professeurs dans les facultés de médecine du Québec en 1966	33
XII — Distribution du personnel de recherche dans les facultés de médecine et leurs institutions affiliées en 1966	34
XIII — Échelle de salaires en vigueur avant les négociations, demande syndicale, entente de février 1967 et échelle proposée en Ontario pour juillet 1967	36
XIV — Sommes attribuées en bourses d'étude en 1966 par le ministère de la Santé de la province de Québec . . .	37
Schéma des études médicales	46
XV — Échelle des bourses du Conseil de la recherche médicale, échelle selon l'entente signée et échelle proposée en Ontario pour juillet 1967	62
	77

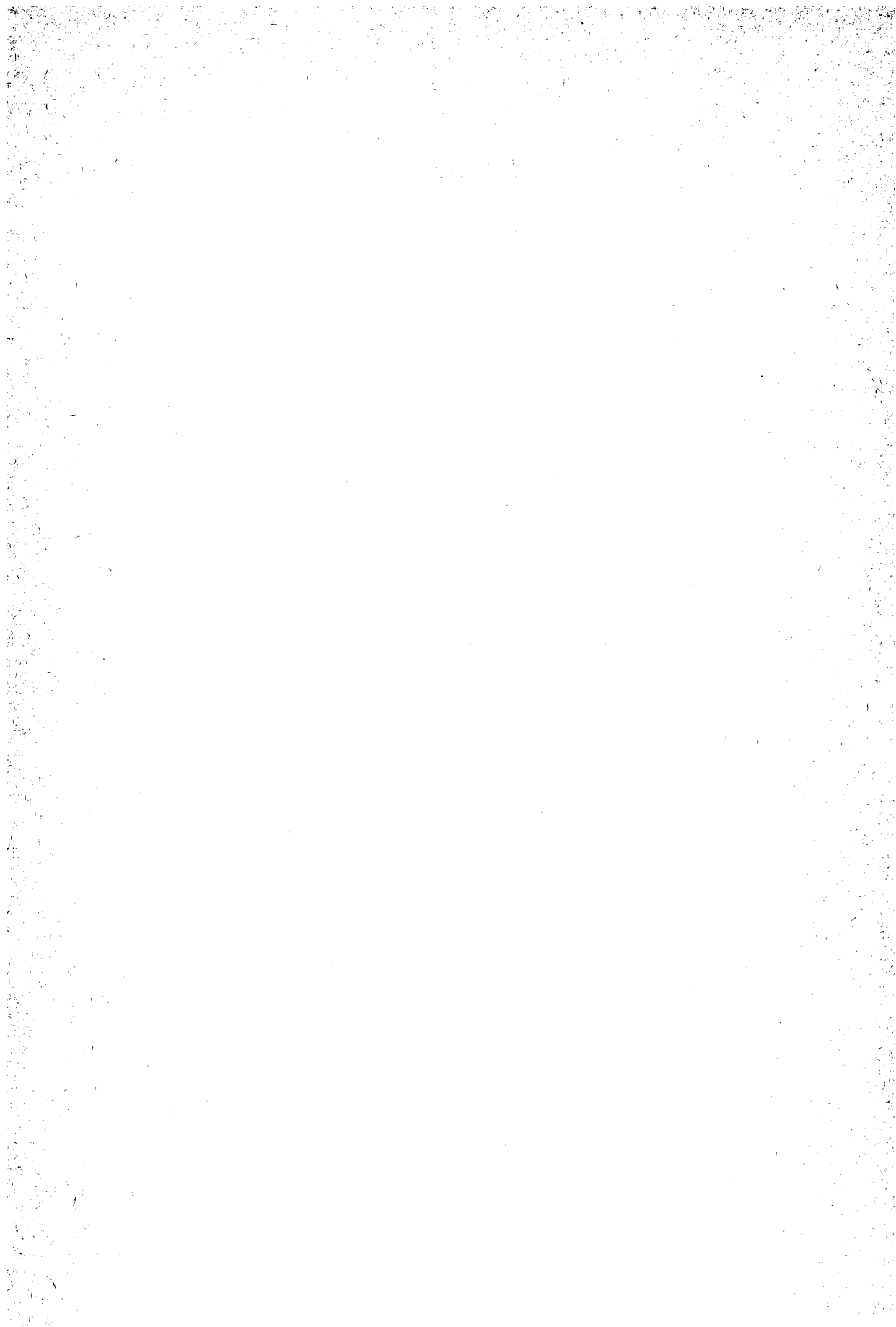


Table des matières

	<i>Page</i>
Introduction	11
CHAPITRE PREMIER	
Situation actuelle des médecins internes et résidents	17
1. Définitions	17
2. Les effectifs de l'internat et de la résidence	18
A. — Internes et résidents	19
B. — Citoyenneté des médecins n'ayant pas le droit d'exercice	23
3. Organisation du système d'enseignement	25
A. — Les hôpitaux d'enseignement	26
B. — L'enseignement à l'hôpital	28
C. — Les effectifs de l'enseignement et de la recherche . .	33
D. — Les organismes responsables	35
E. — Rémunération et bourses	36
CHAPITRE II	
Réforme de l'enseignement de la médecine	43
1. Parallèle historique	43
2. Les études médicales	45
3. Le système d'enseignement	48
A. — Les hôpitaux	48
B. — Les effectifs de l'enseignement et de la recherche . .	50
C. — Les effectifs de la résidence	52
D. — Les conditions nécessaires à la formation des ré- sidents	60
E. — Les allocations aux résidents	61
F. — Comité de la formation médicale	64
Conclusion	69
Liste des recommandations	73
Index des tableaux	77
	79

