



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

M É M O I R E

DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

**Document de consultation
sur les enjeux entourant la qualité,
l'accessibilité et le financement
des universités**

Présenté à la

Commission de l'éducation

Le 12 février 2004

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !
Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	2
Commentaires	3
1. Enseignement	3
1.1 Attentes sociales	3
1.2 Nouveaux modèles pédagogiques	5
1.3 Le <i>continuum</i> de l'enseignement et de la pratique de la médecine.....	6
1.4 Les facultés de médecine	7
1.5 Formation en médecine familiale et en médecine spécialisée	8
1.6 Éducation médicale continue ou développement professionnel continu	9
2. Recherche	10
Conclusion	10
Bibliographie	12

INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie la Commission de l'éducation de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer devant elle sur les enjeux entourant la qualité, l'accessibilité et le financement des universités.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire affiliées à la Fédération.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres; sa vision est à l'effet que cette mission doit se remplir dans le respect et la promotion des intérêts de la population, particulièrement en matière d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés. Cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation de la Fédération aux décisions entourant la planification, l'organisation et la prestation des soins de santé, et ce, à tous les niveaux où l'expertise médicale est requise, que ce soit dans la formation des nouveaux médecins, depuis l'école de médecine jusqu'à leur spécialisation, comme dans la prestation des soins de santé de qualité par le maintien de la compétence et le développement professionnel continu.

La Fédération souhaite présenter aux membres de la Commission parlementaire certains commentaires suite à l'étude du document de consultation sur la qualité, l'accessibilité et le financement des universités. La Fédération ciblera ses observations et suggestions vers les instances universitaires avec lesquelles elle interagit, à savoir les facultés de médecine du Québec; en particulier au chapitre du financement. La Fédération a délibérément choisi de ne pas se lancer dans un exercice comptable; elle s'en tiendra plutôt à formuler des avis visant à promouvoir la qualité et l'accessibilité aux écoles de médecine, lesquelles dépendent d'un financement adéquat. Investir dans le savoir, c'est investir dans l'avenir; la qualité et l'accessibilité aux soins médicaux de l'avenir en dépendent.

COMMENTAIRES

Environ 95 % des 7 500 médecins spécialistes œuvrent en milieu hospitalier, dont plus de 61 % œuvrent dans les centres hospitaliers et instituts universitaires et dans les centres hospitaliers affiliés où la majorité détiennent des titres de professeurs de différents niveaux (ne pas confondre « titre » avec « poste » rémunéré). Par exemple, à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, les médecins enseignants peuvent être, selon leur expérience et leur degré d'implication, soit des professeurs réguliers, titulaires ou agrégés, au nombre de 200 et rémunérés, soit des professeurs de clinique, à titre de titulaires, agrégés, adjoints, chargés d'enseignement ou responsables de formation clinique, beaucoup plus nombreux, au nombre de 1 700, et habituellement sans rémunération rattachée au titre.

Participant à la fois à l'enseignement aux étudiants des facultés de médecine, à la formation spécialisée des médecins résidents dans les hôpitaux et à l'éducation médicale continue par le biais de leurs associations professionnelles, les médecins spécialistes du Québec se sentent directement interpellés par la qualité, l'accessibilité et le financement des universités dotées d'une faculté de médecine.

Nos préoccupations concernent à la fois l'enseignement et la recherche.

1. ENSEIGNEMENT

Si on en juge par les attentes sociétales et les nouveaux modèles pédagogiques préconisés par les facultés de médecine, on peut s'attendre à ce que les universités dotées de facultés de médecine aient à consacrer des ressources importantes à la formation des nouveaux médecins et des autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, audiologistes, orthophonistes), et au maintien de la compétence de ces professionnels tout au long de leur carrière.

1.1 Attentes sociétales

Les sociétés québécoise et canadienne font de la santé leur principale préoccupation. De bon droit, ces sociétés exigent des soins de qualité, respectant les standards des pays développés, des soins plus accessibles et au moment opportun, supposant un nombre adéquat de médecins.

En ce sens, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) rendait public en 1996 un projet de transformation majeure de la formation des médecins spécialistes et publiait un document intitulé : *ProMEDS 2000 : « Compétences pour le nouveau millénaire, rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux »*, document qui délimite un cadre de compétences pour aider les spécialistes de demain à relever les innombrables défis qui les attendent à titre de prestataires de services de santé en offrant des soins spécialisés du plus haut calibre. Rappelons que le Collège royal est le seul organisme accréditeur des programmes universitaires de formation des médecins spécialistes au Canada;

nous nous sommes inspirés de son document et en citerons ici de larges extraits. Plus de 5 000 médecins spécialistes sont des membres associés du CRMCC.

La médecine a l'engagement solennel de servir la société. *ProMEDS 2000* émane de cet engagement et vise à examiner les besoins de la société canadienne en matière de soins de santé et à en évaluer les conséquences sur les programmes de formation postdoctorale. De là, les compétences générales communes requises des spécialistes (appelées les « 23 compétences clés ») ont été identifiées et colligées en sept grands rôles, en l'occurrence : *expertise médicale/prise de décisions cliniques, communication, collaboration, gestion, promotion de la santé, érudition et professionnalisme*.

Ainsi, la société attend des médecins spécialistes qu'ils possèdent des connaissances théoriques et pratiques qu'ils utiliseront pour recueillir et interpréter des données, prendre des décisions cliniques et exécuter des procédures diagnostiques et thérapeutiques dans la sphère de leur discipline et de leurs compétences. Mais la société s'attend en plus à ce que les soins prodigués par les médecins se caractérisent par une pratique clinique à jour, déontologique et respectueuse de la capacité de payer des citoyens; des soins qui se caractérisent également par une communication efficace avec les patients, les autres prestataires de soins de santé et la communauté. Ainsi, *l'expertise médicale et la prise de décisions cliniques* sont au centre de la fonction du spécialiste et puisent dans les compétences inhérentes aux autres rôles *d'érudition, de communication, de promotion de la santé, de gestion, de collaboration et de professionnalisme*. Le public, comme les responsables de l'éducation médicale, reconnaît de plus en plus l'importance de tous ces rôles pour réussir à titre d'expert médical. Au terme de leur résidence, tous les spécialistes devraient connaître l'essentiel de chacun des rôles et posséder les fondements nécessaires pour parfaire leurs connaissances au fil de leur carrière. Ces sept rôles sont apparus sensés et les compétences ont été qualifiées d'importantes par les directeurs de programmes universitaires et les nouveaux associé(e)s qui jugent cependant que les mécanismes de préparation étaient plutôt médiocres. Les 16 facultés de médecine ont toutes accepté de mettre la théorie en pratique en participant à des projets pilotes de mise en œuvre. Le Groupe de travail sur les besoins sociétaux de *ProMEDS*, en collaboration avec les projets pilotes, élabore les outils nécessaires à l'apprentissage, l'enseignement, l'évaluation et le perfectionnement du corps professoral.

Ce document est devenu le modèle à suivre en éducation médicale au Canada et fait école à l'étranger.

Voilà pour les normes de qualité que le patient attend de son médecin. Quant à l'accessibilité, tous les indicateurs, forums et travaux connus, ceux de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, démontrent une pénurie de médecins, actuelle et pour plusieurs années. Le gouvernement du Québec a donc augmenté de 64 % le nombre des inscriptions en médecine entre 1999 et 2003 (passant de 406 étudiants/an à 666 étudiants/an) et

souhaiterait maintenant ajouter 50 étudiants additionnels/an pendant quatre années : cette augmentation du nombre de médecins à former ne peut se faire à rabais avec réduction des standards de qualité découlant d'une pénurie de professeurs, de ressources et de lieux de stage.

1.2 Nouveaux modèles pédagogiques

Le rapport Hall en 1964 a donné lieu à la création de quatre nouvelles facultés de médecine au Canada, dont celle de l'Université de Sherbrooke. Suivant l'exemple de l'Université M^cMaster de Hamilton, la Faculté de médecine de Sherbrooke a introduit au Québec, au début des années quatre-vingt, un nouveau modèle pédagogique remplaçant le modèle traditionnel du cours magistral, à savoir le modèle de l'apprentissage par problèmes (A.P.P.). Contrairement au modèle historique et classique du cours magistral, à l'intérieur duquel un professeur peut enseigner à une cohorte plus ou moins importante d'étudiants et où l'ajout de 10 ou 15 étudiants à la classe reste toujours possible, le modèle des A.P.P. avec supervision par un enseignant de petits groupes de 8 ou 10 étudiants nécessite un corps professoral beaucoup plus important. Ce modèle pédagogique, nettement plus exigeant en ressources humaines, s'est maintenant imposé dans trois des quatre facultés de médecine québécoises. Le corps professoral ne peut désormais pas se résumer à quelques individus œuvrant à temps complet et exclusivement sur les campus universitaires; il doit compter maintenant sur de nombreux médecins cliniciens des hôpitaux.

Nous ne voulons pas poser de jugement de valeur sur la qualité des résultats obtenus par l'utilisation de ce modèle pédagogique comparativement au modèle traditionnel, ni sur la pertinence de le conserver dans un contexte d'accroissement impératif des entrées en facultés de médecine; mais s'il s'avère que les universités persistent à privilégier le modèle des A.P.P., alors il faudra corriger l'anomalie actuelle – qu'est l'enseignement non rémunéré ou mal rémunéré – et accorder aux cliniciens enseignants pour les heures de supervision fournies une rémunération incitative pour l'enseignement, rémunération qui sera en juste équilibre avec celle rattachée aux activités cliniques. Les facultés de médecine des universités ne peuvent pas toujours compter sur le bénévolat en enseignement.

Les informations qui circulent évaluent à environ 40 M \$ la valeur de l'enseignement fourni et non rémunéré dans le cadre des études médicales (doctorales et postdoctorales). Ce montant s'ajoute à un montant de plus de 16 M \$ pour compenser l'écart et le manque à gagner des facultés entre le coût moyen observé pour chaque étudiant du 1^{er} cycle en médecine et le montant des subventions *per capita* reçues, ce dernier montant devant servir essentiellement à l'amélioration des équipements et ressources matérielles des écoles de médecine. Ce sont là les deux demandes les plus importantes des facultés de médecine, auxquelles s'ajoutent quelques autres moins coûteuses mais nécessaires pour remplir les demandes que la société et le gouvernement leur adressent : la FMSQ

ne voit pas comment on peut s'attendre à ce que ces commandes soient remplies sans que les moyens matériels et financiers ne leur soient accordés.

Ce gouvernement poursuit un objectif avoué de rehausser la vie médicale universitaire, tant par un investissement immobilier (Centre hospitalier de l'Université de Montréal et Centre universitaire de santé de M^cGill), que par l'instauration de modes de rémunération adaptés aux milieux, dont un plan de carrière ou plan de pratique.

Dans son allocution à l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du 12 septembre 2003 à Montréal, le ministre Couillard définissait le plan de pratique des hôpitaux universitaires comme *un mode de fonctionnement où l'ensemble de la tâche du médecin [...] est compensé de façon intégrale*; et il ajoute que *ce que l'on veut, c'est que soit établi le principe que les médecins qui œuvrent en milieu universitaire soient compensés adéquatement, de façon compétitive, pour l'ensemble de leurs fonctions, incluant l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies*. Les facultés de médecine devraient recevoir à cet effet les sommes nécessaires pour défrayer les coûts de l'enseignement prodigué par les médecins, à la fois aux étudiants du niveau prédoctoral, aux résidents du niveau postdoctoral ainsi qu'aux médecins praticiens : il est impératif de bonifier l'enseignement des professeurs cliniciens pour atteindre les objectifs visés. Le financement du plan de pratique pourrait faire l'objet d'une entente entre le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux pour confier à la Régie de l'assurance maladie du Québec les sommes nécessaires à la rémunération des cliniciens enseignants, avec une enveloppe séparée de celle des soins.

1.3 Le *continuum* de l'enseignement et de la pratique de la médecine

Il est aujourd'hui reconnu qu'il ne peut y avoir de frontière entre les trois pôles traditionnels que sont la faculté de médecine des universités, l'hôpital universitaire comme lieu de formation des médecins résidents et la communauté médicale dispensatrice de soins. La formation du médecin et sa pratique sont en continuité. Ce *continuum* commence avec la formation des étudiants dans les écoles de médecine; il se poursuit aussitôt par le passage obligé des nouveaux diplômés vers un complément de formation indispensable en médecine familiale ou en médecine spécialisée dans un deuxième temps, habituellement en milieu hospitalier; enfin, ce *continuum* se perpétue pendant toute la vie professionnelle du médecin par des activités de développement professionnel continu pour assurer le maintien de la compétence, la médecine étant *a life-long learning activity*, que le médecin soit prestataire de soins, enseignant ou chercheur ou encore, comme c'est fréquemment le cas en médecine spécialisée, une combinaison des trois.

1.4 Les facultés de médecine

Les fluctuations considérables du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine du Canada et du Québec au cours des quarante dernières années sont à la source de problèmes majeurs vécus aujourd'hui par les écoles de médecine.

Dans les années qui ont suivi le rapport Hall de 1964, le nombre d'entrées dans les facultés de médecine du Canada a plus que doublé. Puis en juin 1991, Barer et Stoddart faisaient état que les prévisions démographiques du rapport Hall s'étaient révélées largement erronées et que conséquemment les inscriptions au premier cycle, de même que les postes de formation postdoctorale (résidence), étaient trop nombreux par rapport à la croissance de la population. Ces deux études ont tour à tour provoqué une augmentation importante, suivie d'une diminution toute aussi importante des admissions dans les facultés de médecine du Canada et des postes de résidence. Cette variation a d'abord mis une pression énorme sur les écoles de médecine, obligées de recruter et former rapidement des professeurs, lesquels dans un second temps sont devenus trop nombreux et n'ont pas été renouvelés, particulièrement au milieu des années quatre-vingt-dix, découlant de la volonté des gouvernements d'atteindre un déficit zéro au chapitre de leurs dépenses. Ainsi, lorsqu'au tournant des années 2000, le gouvernement du Québec, constatant une pénurie de médecins, a voulu à nouveau accroître le nombre d'étudiants, les facultés de médecine ne disposaient plus du corps professoral adéquat pour un enseignement de qualité. C'est du moins l'avis (1998-03) du Conseil médical du Québec.

Cet effet de yo-yo est néfaste. Ces deux études publiques des besoins canadiens en effectifs médicaux montrent que des projections sur des décennies ne fonctionnent pas. Ici au Québec, les travaux de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec se sont appuyés longtemps sur un modèle mathématique de projection de l'offre et de la demande de soins, modèle développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qui prévoyait, au milieu des années quatre-vingt-dix, un surplus de médecins, lequel devait perdurer jusqu'en 2016. En 2004, force est de constater qu'il manque près de 1 000 médecins spécialistes et presque autant d'omnipraticiens pour répondre aux besoins de la population.

Un enseignement médical de qualité passe impérativement par un monitoring permanent et réaliste, le plus exact possible, du nombre de médecins nécessaires au Québec. Une fois ce nombre déterminé et continuellement réévalué, il faut assurer un corps professoral suffisant, en qualité et en quantité, et des infrastructures adéquates : l'accessibilité et la qualité seraient ainsi prises en compte, sinon assurées. Il faut enfin assurer un financement proportionnel aux besoins. Le système de santé canadien et québécois est public; et pour garantir la qualité et l'accessibilité à un enseignement universitaire qui résultera subséquemment à un accès à des soins médicaux de qualité, le financement

nécessaire doit être d'abord public, avec un équilibre des frais de scolarité compatibles avec les valeurs des sociétés québécoise et canadienne.

En résumé, en 2004, nos facultés de médecine doivent avoir les moyens financiers de recruter et de former de nouveaux professeurs et moniteurs afin d'accueillir plus d'étudiants qu'elles devront former avec un *curriculum* renouvelé, respectant les orientations du Collège royal concernant les nouveaux rôles et compétences que la société attend des médecins. N'oublions pas que le contingentement des entrées en médecine, à la hausse ou à la baisse, n'est pas du ressort des universités elle-mêmes, mais qu'il est décidé par le gouvernement. Ce décideur demandeur doit donner au producteur les moyens nécessaires de s'acquitter de la tâche imposée.

1.5 Formation en médecine familiale et en médecine spécialisée

Une fois que l'étudiant en médecine a acquis un « savoir » théorique à la faculté de médecine, il doit alors apprendre son métier et acquérir le « savoir-faire » et le « savoir-être » qui feront de lui un médecin. C'est à cette phase de l'apprentissage que le projet de transformation de l'enseignement *ProMEDS 2000* s'applique tout particulièrement, comptant notamment sur les programmes postdoctoraux des universités. Cette mise à contribution des universités sera onéreuse en ressources humaines et financières. Nous citons à nouveau le document du CRMCC dans ses directives sur l'apprentissage en résidence et sur le perfectionnement du corps professoral :

Afin que nos diplômés de demain possèdent les compétences nécessaires qui sous-tendent les rôles décrits dans ProMEDS 2000, il faudra modifier nos stratégies d'enseignement et d'apprentissage. Ces rôles obligent [...] les programmes postdoctoraux des universités à chercher de nouveaux débouchés, de nouvelles méthodes d'enseignement et de nouveaux endroits où apprendre. Il faudra inclure des stratégies d'apprentissage progressif comme l'apprentissage par problèmes, l'enseignement assisté par ordinateur, avoir recours à des simulations uniformisées de procédures techniques...

D'autre part, les programmes de perfectionnement du corps professoral sont au centre de cette initiative, puisque les attitudes, comportements et habitudes professionnels se développent davantage pendant les années de formation postdoctorale qu'à tout autre moment du cycle de vie médicale. Le perfectionnement du corps professoral doit être perçu comme étant la contribution de la faculté aux programmes d'éducation permanente de ses professeurs. Les programmes de perfectionnement du corps professoral requièrent un effort coordonné et soutenu de la part de la direction de la faculté.

Les programmes classiques de résidence sont donc appelés à se transformer, demanderont du temps, plus de ressources humaines et matérielles dont il faudra assumer les coûts.

1.6 Éducation médicale continue ou développement professionnel continu

Pour tous les cliniciens en pratique médicale active, et ce, pour tous les milieux confondus, hôpitaux universitaires ou non, cabinets, pratique urbaine ou rurale, la mise sur pied du *Programme de maintien du certificat* par le Collège royal en l'an 2000 est un autre signe d'un changement majeur de perception de la pratique médicale. Pendant près de 75 ans, on a considéré que le candidat qui réussissait ses examens de spécialité médicale venait de se voir attribuer un certificat de compétence pour les 35 années suivantes. Le médecin était plus ou moins laissé à lui-même et libre de participer à des activités d'éducation médicale continue (ÉMC). Or, le nouveau programme du CRMCC plus dirigiste oblige le médecin à participer s'il veut conserver une reconnaissance de compétence. Et qui doit-être le maître d'œuvre du développement professionnel continu ? Le médecin lui-même, bien sûr, mais il doit être aidé, guidé. Le développement professionnel continu s'inscrit dans le cadre du *continuum* de l'enseignement médical.

En Amérique du nord et en Europe, les responsables d'éducation médicale continue des associations professionnelles et des universités, en absence de statistiques officielles, s'entendent pour admettre que les associations professionnelles offrent actuellement environ 80 % à 90 % des activités d'ÉMC. Leur financement, fréquemment assuré – au moins en partie – par l'industrie pharmaceutique, soulève de nombreuses critiques. D'autre part, les responsables d'ÉMC des universités ne peuvent faire plus : on peut affirmer que la portion du budget total des facultés de médecine québécoises dévolue à leur département d'ÉMC ne dépasse pas 1 % à 2 %. Une meilleure collaboration et même une synergie entre les maisons d'enseignement universitaire et les associations professionnelles apparaissent souhaitables. Il ne s'agit pas de confier aux universités la prise en charge globale du développement professionnel continu : il demeure la responsabilité ultime du médecin, à la fois personnelle et collective, avec le soutien des regroupements que sont les associations professionnelles. Mais les maisons d'enseignement pourraient être plus actives dans le développement des outils pédagogiques nécessaires au maintien de la compétence. Tout comme le jeune étudiant, le médecin en pratique active et les associations professionnelles impliquées en ÉMC redeviendraient vraisemblablement des consommateurs d'enseignement et paieraient des frais aux institutions qui fourniraient les outils de formation nécessaires.

Côté financement, soulignons qu'en octobre 2001, l'Union européenne des médecins spécialistes (18 pays membres et 11 autres associés) publiait un document (appelé « la déclaration de Bâle »), présentant sa position sur le développement professionnel continu. Le développement continu y est présenté

comme une obligation et son financement est assuré par celui qui paie les services du médecin, gouvernement ou patient.

2. RECHERCHE

Un document de 1999 du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) révèle que le quart des 7 000 médecins spécialistes ont toujours réservé une portion variable de leur temps à la recherche, habituellement sans rémunération et que la recherche en santé au Québec est impensable sans eux. Or, le FRSQ constate à regret que la proportion du temps consacré à la recherche clinique par l'ensemble des médecins et le nombre de médecins consacrant du temps à la recherche est en décroissance alarmante, par manque de soutien d'un plan de carrière.

Le FRSQ accorde des bourses d'étude dont se prévalent de jeunes médecins spécialistes prometteurs. À leur retour de stages de recherche, trop souvent, ceux-ci ne retrouvent pas les postes universitaires nécessaires à leur épanouissement, ni les ressources financières de soutien, leur permettant de continuer leur recherche, laquelle peut également bénéficier à l'enseignement. Il s'ensuit un décrochage qui doit être corrigé, et qui pourrait lui aussi l'être par la mise sur pied des plans de pratique et la création de postes universitaires.

En corollaire, la Fédération s'inquiète des importantes coupures annoncées publiquement concernant les subventions accordées annuellement au FRSQ.

CONCLUSION

En résumé, la Fédération des médecins spécialistes du Québec est préoccupée par le maintien de la qualité de l'enseignement face à l'accroissement impératif du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine des universités québécoises, sans que ne leur aient été données les garanties de ressources humaines et matérielles nécessaires; ces ressources dépendent d'un financement inadéquat et difficile à évaluer, compte tenu de la gestion fermée des universités. On ne sait pas vraiment ce qui, dans le budget global des universités, revient à chacune des facultés. Il nous apparaît nécessaire d'assurer la transparence de l'utilisation des fonds voués à la formation médicale dans les universités, surtout pour des programmes contingentés qui sont liés à une priorité gouvernementale et sociétale.

Des ressources humaines et matérielles additionnelles devront être disponibles pour les programmes de formation postdoctorale de résidence, actuellement en transformation profonde pour mieux répondre aux attentes de la société, et qui seront subséquemment suivis d'un programme de développement professionnel permanent s'étendant sur toute la vie professionnelle active. Un investissement dans l'instauration crédible de plans de pratique serait bénéfique pour les trois niveaux du *continuum* de l'enseignement et de la pratique de la médecine. Ceci implique la mise en place d'un mécanisme assurant que les fonds consentis sont utilisés pour financer l'enseignement et la recherche dans le domaine médical.

Comme le secteur des soins de santé continuera d'évoluer, il importe de concevoir des mécanismes de surveillance permanente des besoins de la population afin d'assurer un fonctionnement harmonieux et l'adaptation sociétale des facultés de médecine; il faut éviter les fluctuations temporelles néfastes du nombre de médecins que l'on demande aux universités de former. La base du financement des facultés de médecine est à revoir.

L'excellence dans les soins de santé spécialisés est un objectif qu'il nous incombe de poursuivre et il passe par l'accessibilité et le financement d'universités de qualité pour la formation des nouveaux médecins et le maintien de la compétence des praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). General Competenciesl Disponible : URL :<http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>.

Allocution du D^r Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, prononcée lors du Colloque de l'ACMDP sur l'interdisciplinarité et le partage des actes. Le Conseiller 2003;13(3), no 3, 3-6.

American Board of Medical Specialties (ABMS). Disponible : URL: <http://www.abms.org>.

Barer ML, Stoddart GL. Vers des politiques intégrées sur les effectifs médicaux au Canada, rapport préparé pour la conférence fédérale/provinciale/territoriale des sous-ministres de la santé. Juin 1991.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. ProMEDS 2000 : compétences pour le nouveau millénaire : rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux. Ottawa: CRMCC; septembre 1996.

Comité conjoint CRÉPUQ-MEQ sur le niveau des ressources. Le niveau des ressources de fonctionnement des universités québécoises : comparaison aux autres universités canadiennes, 1995-1996 à 2002-2003 : rapport. Montréal: CRÉPUQ; 26 novembre 2002.

Conseil médical du Québec. Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir. Québec: Éditeur officiel du Québec; octobre 1998.

Conseil médical du Québec. Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et en médecine de 2000-2001 à 2002-2003. Québec: Éditeur officiel du Québec; juillet 2000.

Fonds de la recherche en santé du Québec, Fédération des médecins spécialistes du Québec. Médecins-chercheurs. Soutenir la carrière des médecins-chercheurs au Québec. Montréal: FRSQ/FMSQ; janvier 2003.

Lapointe F. Avons-nous les moyens de financer les universités ? Étude sur les finances publiques. Montréal: FEUQ; janvier 2004.

Provost J, Bertrand L, Matte G, Robitaille P. Organisation des services médicaux au Québec, flexibilité qualitative, intégration globale et regroupement des ressources : pour votre santé, notre compétence; pour votre bien-être, notre engagement. Montréal: FMSQ; 14 juin 1999.

Québec. Ministère de l'Éducation. Commission parlementaire sur la qualité, l'accessibilité et le financement des universités : document de consultation. Québec: Éditeur officiel du Québec; 2003.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Avis de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. Québec: MSSS; décembre 1999.

Syndicat canadien de la fonction publique. Mémoire présenté par le secteur universitaire du SCFP affilié à la FTQ à la Commission parlementaire sur la qualité, l'accessibilité et le financement des universités. Montréal: SCFP; 6 février 2004.

Union européenne des médecins spécialistes. Basel Declaration. UEMS Policy on Continuing Professional Development. Bruxelles: UEMS; 20 octobre 2001.

Fédération des médecins spécialistes du Québec
2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
(514) 350-5016

Site : <http://www.fmsq.org>