

Pour un CHUM fort et en santé

Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique sur le CHUM
par la Coalition pour un seul CHU, *unseulchu.org*

Office de consultation publique de Montréal
11 décembre 2006

Présentation de l'organisme

Adresse

unseulchu.org
C.P. 324, Succursale Rosemont
Montréal, Québec
H1X 3B8

Internet : www.unseulchu.org
Courriel : communications@unseulchu.org

unseulchu.org est une coalition non-partisane de citoyens inquiets des dérapages budgétaires appréhendés dans la construction des centres hospitaliers universitaires montréalais, le CHUM et le MUHC.

La coalition, dont le principal porte-parole est le **Dr Denis Lazure**, fait actuellement circuler une pétition, comptant à ce jour plus de **2000** signataires, réclamant la construction d'un seul mégaCHU.

Ont appuyé unseulchu.org :

Denis Lazure, médecin psychiatre, ministre des Affaires sociales dans le cabinet Lévesque, ex-directeur de plusieurs hôpitaux.

Guy Rocher, sociologue, Université de Montréal ; il fut membre de plusieurs commissions et comités d'enquête ou d'étude, québécois et canadiens, sur des questions d'intérêt public.

Pierre-André Julien, économiste, Université du Québec à Trois-Rivières, récipiendaire du Prix Marcel-Vincent et Chevalier de l'Ordre national du Québec en 2006.

Jean Dorion, président général, Société Saint-Jean-Baptiste de Montréal, ex-directeur de cabinet du ministre responsable de l'application de la Charte de la langue française, délégué général du Québec au Japon (1994-2000).

Robert Laplante, directeur, Institut de recherche en économie contemporaine et directeur, revue *L'Action nationale*.

Yves Beauchemin, écrivain.

Bernard Bigras, député du Bloc Québécois.

Jean-Claude St-André, député du Parti Québécois.

Henri Brun, professeur émérite, Droit constitutionnel, Université Laval.

Rodrigue Tremblay, professeur émérite, Économie, Université de Montréal.

Table des matières

Présentation de l'organisme	2
Table des matières	3
Mémoire : pour un CHUM fort et en santé	4
ANNEXE A	
Mégahôpitaux des CHU Montréal et McGill : Évitions un second désastre olympique !.....	10
ANNEXE B	
L'art d'obtenir un médecin pour le prix de deux.	13

Pour un CHUM fort et en santé

La compétition entre les mégahôpitaux nuira au développement et à l'épanouissement du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

La coalition pour un seul centre hospitalier universitaire à Montréal (unseulchu.org) s'inquiète des conséquences des dépassements de coûts appréhendés pour la construction des deux mégahôpitaux à Montréal, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le McGill University Health Centre (MUHC). La coalition estime que les besoins en santé ne justifient pas la construction de deux mégacentres hospitaliers dans un périmètre de quelques kilomètres et que les ressources financières du gouvernement sont insuffisantes pour mener à terme ces deux projets gigantesques. Unseulchu.org propose donc que dans un premier temps, ne soit construit que le CHUM et que soit imposé un moratoire sur la construction du MUHC. La coalition estime que l'intérêt public serait ainsi mieux servi.

L'idée de ne construire qu'un seul méga-CHU n'est pas neuve. Elle a été suggérée à maintes reprises au cours des dernières années, notamment par la Coalition des médecins pour une justice sociale et le Dr Denis Lazure, ex-ministre de la Santé. Plus récemment, il y a quelques semaines, lors d'un atelier organisé par l'Office de consultation publique de Montréal, le président de l'Ordre des architectes du Québec, André Bourassa, affirmait que la construction de deux mégahôpitaux en même temps « n'a pas de sens » et contrevient au développement durable. Dans un contexte où il faudra nécessairement couper pour éviter les dépassements de coûts, M. Bourassa assure que ce sont les espaces verts et l'intégration urbaine du CHUM qui écopent en premier. Voilà qui limitera la fonctionnalité du CHUM. Soulignons également que des coupures pour éviter les dépassements de coûts affecteraient bien davantage le

CHUM que le MUHC, celui-ci pouvant compter sur ses volumineux fonds de dotation pour compléter un budget restreint¹.

À ces préoccupations il faut ajouter celles que doivent susciter les dépenses que vont entraîner les changements de vocation des immeubles des hôpitaux existants. Le recyclage de ces bâtiments est rarement évoqué. Il va pourtant coûter des sommes considérables en plus de poser des problèmes d'urbanisme sur lesquels la réflexion publique est quasiment inexistante. Ces coûts implicites doivent être pris en compte dans l'évaluation globale des projets car ils font peser le risque d'un véritable désastre d'aménagement urbain.

De plus, l'envergure des projets - chacun représentant l'équivalent d'un Stade olympique en investissements publics - créera une rareté dans les ressources du secteur de la construction, ce qui aura pour conséquence une augmentation des prix. Même si les deux mégahôpitaux étaient nécessaires (ce que nous ne croyons pas), il serait moins onéreux de les construire un après l'autre plutôt que parallèlement.

Mais il y a plus. La dispersion des surspécialités entre le MUHC et le CHUM empêchera le développement sous un même toit de l'ensemble des expertises. En pédiatrie, le rapport des Drs Bernard et Dufresne a déjà démontré qu'étant donné la baisse du taux de natalité et de la durée d'hospitalisation, il n'y a plus la masse critique au Québec pour justifier deux hôpitaux pédiatriques universitaires offrant tous les services. Il faudra donc procéder à un « partage des spécialités » entre Sainte-Justine et le Montreal Children's Hospital, c'est-à-dire que certaines interventions ne seront pratiquées que dans l'un ou l'autre des deux centres hospitaliers. Il en va de même pour plusieurs autres spécialités dans le secteur des adultes.

¹ La fondation du MUHC est largement en avance sur celle du CHUM dans sa collecte de fonds. Notons également que le fonds de dotation de l'Université McGill approche le milliard alors que les fonds combinés de Laval, Montréal et Sherbrooke ne dépassent pas les 300 millions.

Le partage des spécialités est un problème difficile dont la résolution nécessite la bonne volonté de toutes les parties. Or, malheureusement, le rapport Baron et les campagnes de publicité chocs de l'Université McGill en décembre 2005 ont clairement démontré que celle-ci n'est pas prête à céder un iota et que les négociations, actuellement au point mort, seront ardues. Étant donné le prestige dont jouit l'université McGill, cela n'augure rien de bon pour le nouveau CHUM. Pour le dire dans les mots du président du Collège des médecins, le Dr Lamontagne, lors d'une intervention en commission spéciale de l'Assemblée nationale :

« McGill va réussir à avoir son centre ultraspécialisé à part, avec vraiment son CHA à part. [...] puis laissez-moi vous dire que, d'ici 10 ans, les «kings», ça va être eux autres, puis ça, c'est ça que je vais un peu craindre, comme francophone. »²

Construire le CHUM en priorité permettrait de concentrer graduellement les surspécialités en évitant entre celui-ci et le méga-MUHC une guerre de tranchées qui nuirait inévitablement au développement de la médecine spécialisée dans son ensemble. Il est absurde d'exiger d'un hôpital moderne et à la fine pointe de la technologie, qu'on a construit précisément pour concentrer les services sous un même toit, qu'il cède la moitié de ses champs d'expertise les plus prestigieux. C'est un nouveau CHUM fonctionnant au maximum de son potentiel et en mesure de fournir l'ensemble des services dont les Québécois ont besoin. Pas d'un CHUM atrophié par manque de vision.

Pourquoi suggérons-nous la construction en priorité du CHUM et non celle du MUHC ? Dans un contexte où la pénurie de médecins spécialistes et omnipraticiens se fait cruellement sentir et où le Québec ne nage pas dans les surplus budgétaires, il est impératif d'investir là où ça compte. Or, McGill a beau exceller en recherche, elle fournit moins de 10 % des médecins

² <http://www.assnat.qc.ca/fra/37legislature1/DEBATS/journal/cs/050303.htm>

exerçant au Québec puisque la majorité de ceux qu'elle forme s'exilent. À l'opposé, l'Université de Montréal a formé près de 40 % des médecins pratiquant au Québec et ses médecins sont les meilleurs au pays, selon le Conseil médical canadien (examens 2000-2006). Rappelons que 29 % des Québécois n'ont toujours pas accès à un médecin de famille.

Alors que le taux d'exode des médecins des universités de langue française oscille entre 5 et 15 %, celui de McGill avoisine encore les 50 %. Lorsqu'on compare le taux d'exode après deux et cinq ans, on constate que les médecins qui quittent, principalement pour l'Ontario et les États-Unis, ont peu tendance à revenir pratiquer au Québec. Le tableau 1 résume les données de l'exode des médecins pour les quatre facultés de médecine du Québec.

Tableau 1 : Taux d'exode moyen 2 ans après la graduation (1995-2004)³

	Proportion	Nombre de médecins par année
Laval	9,0 %	9,8
Sherbrooke	6,6 %	4,6
Montréal	10,6 %	17,6
McGill	45,7 %	55

En chiffres absolus, on constate que 550 étudiants de l'Université McGill ont, sur une période de dix ans, quitté le Québec, ce qui représente plus de 63 % de tous les départs de médecins. Une seule université, McGill, est donc responsable **de près des deux tiers de l'exode** des médecins au Québec.

Dans une publicité publiée dans la Presse, c'est la Ligue des femmes du Québec qui résume le mieux la situation :

- **78 %** des membres du Collège des médecins formés à Montréal l'ont été à l'Université de Montréal (UdeM).
- **81 %** des membres de l'Ordre des dentistes formés à Montréal l'ont été à l'UdeM.

³ Voir l'annexe B pour tous les détails à propos de l'exode des médecins au Québec.

- **83 %** des bacheliers de l'Ordre des infirmières formés à Montréal l'ont été à l'UdeM.
- **100 %** des pharmaciens formés à Montréal l'ont été à l'UdeM.

Alors, pourquoi donc offrir au CHUM seulement **50 %** des lits et des milliards ?

Construire en priorité le « nouveau » MUHC au lieu du CHUM reviendrait à exacerber la pénurie de médecins au Québec.

Soulignons également que la population est largement défavorable à la construction de deux CHU. Année après année, les sondages démontrent que le niveau d'appui aux deux projets est faible. En 2006, l'appui populaire au projet de construction de deux mégahôpitaux à Montréal était pratiquement identique à l'appui à la privatisation du Mont Orford, soit sous la barre des 30 %. C'est dire à quel point les Québécois ne sont pas désireux d'investir plus de 3,6 milliards dans cette double aventure, sans compter les dépassements habituels du coût des grands projets (généralement 50 %), ce qui porterait la note à plus de cinq milliards.

Il ne s'agit pas de prôner le délaissement de la recherche, mais bien de cadrer adéquatement le partage des dépenses et des investissements. Il semble que les vrais besoins soient ailleurs que dans deux mégaprojets pharaoniques. La grande majorité des Québécois réclame de meilleurs soins de première et deuxième lignes, des investissements dans les services de soins à domicile et dans les centres hospitaliers de soins de longue durée. Pourtant, on s'apprête à engloutir des milliards de dollars dans du béton constituant non pas une, mais deux « technopoles de la santé », établissements essentiellement voués à la recherche, à l'enseignement et aux soins surspécialisés. Mais pouvons-nous payer deux technopoles à Montréal ? L'argent économisé dans le béton pourrait ainsi être mieux utilisé dans le

financement de la recherche : il vaut mieux que l'argent aille au recrutement de chercheurs qu'au financement d'une bureaucratie chargée d'administrer une double infrastructure.

Nous proposons la construction d'un seul méga-CHU, le CHUM. Celui-ci pourrait desservir à la fois l'Université de Montréal et l'Université McGill dans le cas des surspécialités dont la concentration en un seul lieu est nécessaire. Des aménagements pourraient être faits pour que les professeurs de McGill puissent y enseigner en anglais. Voilà un projet réellement emballant et inclusif qui aurait le mérite à la fois de rapprocher les deux communautés et de nous faire économiser des sommes importantes.

Les responsables du méga-CHUM doivent comprendre que la construction de celui-ci ne se fera pas en vase clos et qu'elle sera soumise aux contraintes budgétaires imposées par l'ensemble des dépenses dans le système de santé québécois. La construction parallèle du méga-MUHC est une menace à la prospérité et au développement du méga-CHUM. Plus encore, c'est une menace au développement de la médecine au Québec qui souffrira longtemps d'une embardée financière comme celle qui se profile dans ce dossier. Il n'y a pas de place à Montréal pour deux « technopoles de la santé » et surtout ce ne sont pas là les services les plus prioritaires pour la population.

ANNEXE A

Mégahôpitaux des CHU Montréal et McGill :

Évitons un second désastre olympique !

Le Devoir
28 novembre 2001, p. A9

Le gouvernement du Québec, déjà aux prises avec de graves problèmes financiers, s'apprête à investir plus de deux milliards de dollars dans la construction de deux mégahôpitaux universitaires, absolument pas essentiels à la dispensation des services à la population, pas plus qu'à la qualité de la formation des médecins.

En effet, rien ne prouve que la concentration de l'enseignement dans un seul édifice en améliorera la qualité : plusieurs facultés de médecine à travers les pays industrialisés utilisent plus d'un hôpital pour la formation des médecins, et la compétence de leurs diplômés n'en est pas moins reconnue.

Nos experts parlent de vétusté dès qu'un hôpital a plus de 50 ans : si les critères de nos fonctionnaires étaient utilisés en Europe, c'est plus de 50 % des excellents hôpitaux qu'il faudrait fermer ou transformer en condos, comme il est question de le faire avec l'hôpital Royal-Victoria. Plusieurs pavillons des sept hôpitaux qu'on veut remplacer par deux méga-CHU ont été construits ou rénovés depuis moins de 30 ans et on veut les abandonner sans même savoir ce qu'on en fera ! (Par exemple, le pavillon Penfield de l'Institut neurologique a été inauguré en 1978 : j'y étais !)

Les aberrations des experts-technocrates n'ont pas de limites : il n'y a pas si longtemps (1991), le gouvernement libéral avait décidé de « déménager » l'Hôtel-Dieu de Montréal dans le nord de la ville ; grâce à l'opposition de toutes parts, y compris du Parti québécois, le bon sens a triomphé et Marc-Yvan Côté a abandonné son projet.

Un des arguments invoqués par les promoteurs des CHU est qu'il sera alors possible dans un seul site de coordonner l'offre des services hautement spécialisés et requérant un équipement très coûteux. Une telle planification et une telle coordination sont tout à fait possibles - d'ailleurs, elles se font dans une certaine mesure - tout en conservant les hôpitaux actuels, mais cela requiert des décisions courageuses de la part du ministère, de la Régie régionale et des facultés. La réalité, c'est que, bien souvent, les autorités ne veulent pas trancher les litiges et les chicanes de clocher ; ce manque de leadership retarde souvent la mise en place d'un équipement essentiel.

Par exemple, c'est l'insuffisance d'appareils (ou peut-être l'incapacité de les utiliser sur de plus grandes plages horaires) qui a mené le ministère à conclure une entente avec les petits hôpitaux (beaucoup plus petits que ceux qu'on veut remplacer ici) de Burlington (Vermont) et de Plattsburgh (New York) pour y envoyer nos concitoyens cancéreux se faire traiter. Ces hôpitaux de petites villes de la taille de Joliette ou Saint-Hyacinthe peuvent, avec nos millions, se procurer les appareils les plus modernes et traiter des patients habitant la grande région très universitaire de Montréal : quelle incurie honteuse de la part de nos experts-administrateurs et quelle soumission peu glorieuse de la part de nos ministres !

Et c'est à ces mêmes experts du ministère, de la Régie et du réseau hospitalier que le gouvernement confierait d'énormes sommes d'argent, non seulement pour la construction mais davantage pour le fonctionnement, alors que le CHUM, regroupé sous un seul conseil d'administration depuis plusieurs années, n'a pas vraiment été capable de performer de façon efficace. Ses plans sont constamment modifiés : c'est ainsi que *Le Devoir* du 24 novembre titrait à la une « Le futur CHUM se délestera de 25 % de ses patients - à l'urgence - et de 50 % de ses patients ayant des problèmes médicaux mineurs ».

Ce n'est pas parce que Claude Béland a bien voulu mettre sa crédibilité au service de cette cause qu'elle en devient plus valable. La situation requiert beaucoup de courage de la part du gouvernement, mais s'il veut éviter le cauchemar du Stade olympique, mais en double cette fois-ci, c'est maintenant qu'il doit ordonner la mise au rancart de ces deux projets mégalomanes. Il est bien connu que la préoccupation première des gens, c'est la santé : la qualité et l'accessibilité de soins médicaux et hospitaliers sont deux des grandes caractéristiques de notre société démocratique.

Le gouvernement ne doit pas céder au chantage de qui que ce soit, même pas des universitaires et des mandarins, qui ne sont imputables à personne : il doit annoncer rapidement, au nom de l'intérêt public, que ces deux projets de mégahôpitaux sont abandonnés.

Les sommes importantes ainsi économisées pourront immédiatement être investies en partie pour doter nos hôpitaux actuels des équipements nécessaires pour, par exemple, traiter chez nous les malades qui doivent se rendre aux États-Unis se faire soigner dans de « petits » hôpitaux qui se modernisent à nos frais !

Une autre partie pourra être utilisée pour procéder à des réaménagements des lieux physiques de certains établissements. Enfin, le gouvernement devrait s'assurer que les fonctionnaires du ministère de la Santé et ceux de la Régie régionale de Montréal, de même que les dirigeants hospitaliers et universitaires, consacrent dorénavant autant d'énergie et de temps à résoudre leurs conflits interétablissements qu'ils ne l'ont fait à édifier les scénarios rattachés à leurs projets surréalistes, alimentés par diverses études d'experts conduisant toujours à la même conclusion simpliste : avec plus d'argent gouvernemental, il n'y aura pas de problèmes !

Enfin, toujours avec ces sommes économisées, le gouvernement pourrait s'assurer que les centaines de lits fermés dans les hôpitaux de Montréal soient ouverts afin d'y accueillir les centaines de patients des urgences qui passent des jours et des nuits sur des civières.

S'il en reste, de l'argent pourrait être consacré à ouvrir d'autres centres de soins prolongés pour notre population vieillissante et souvent invalide, offrir de meilleurs services à domicile pour personnes handicapées et personnes âgées et ainsi décongestionner nos hôpitaux généraux. Enfin, la construction si nécessaire de logements à prix modique pourrait être intensifiée.

Un gouffre des finances publiques peut encore être évité : il est urgent que ceux qui partagent cette inquiétude l'expriment haut et fort, suffisamment pour que nos dirigeants gouvernementaux entendent cette voix !

Il y a une dizaine d'années, toutes les municipalités de l'Île de Montréal, sauf Montréal et Montréal-Nord, s'étaient laissées convaincre par une multinationale américaine, bien équipée

de rapports prétendument objectifs, qu'elles devaient construire à Montréal-Est un méga-incinérateur destiné à brûler les déchets venant surtout de l'ouest de l'île. Les environnementalistes et l'opposition du Parti québécois ont combattu ce projet, mais le gouvernement a quand même fait adopter la loi qui permettait la réalisation de ce projet de plus de 300 millions.

Heureusement, certains maires, dont celui de Dollard-des-Ormeaux, ont été ébranlés par l'argumentation des opposants, si bien qu'après quelques années, les municipalités se sont rendu compte de l'erreur qu'elles allaient commettre et ont mis fin à une aventure rétrograde sur le plan environnemental et financièrement inacceptable en regard de l'intérêt public.

Il est préférable de se résigner à assumer les dépenses déjà encourues de plusieurs millions en stoppant immédiatement ce projet puisque c'est le prix à payer pour éviter d'y engloutir des milliards !

Denis Lazure

Médecin et ministre de la Santé et des Affaires sociales du gouvernement Lévesque, 1976-81

ANNEXE B

L'art d'obtenir un médecin pour le prix de deux

Étude réalisée par Patrick Sabourin (B. Ing, candidat à la maîtrise) et Frédéric Lacroix (PhD)

I – Introduction : un Québec en manque de médecins

La pénurie de médecins au Québec est un problème sérieux dont la solution semble toujours nous échapper. Selon Yves Dugré, ex-président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, il manquerait 1000 médecins spécialistes au Québec. On observe le même scénario chez les omnipraticiens, où la pénurie est évaluée entre 800 et 1000 à travers le Québec. Notons que la Ville de Saguenay vient tout juste de signer une entente avec le ministère de l'Immigration dans le but avoué d'attirer les médecins étrangers dans cette région qui souffre d'un manque chronique de praticiens.

Cette situation est pour le moins surprenante puisque le Québec est une des provinces qui forme le plus de médecins par habitant au Canada. Au moment où le gouvernement s'apprête à engloutir au moins 3,6 milliards dans la construction de deux mégahôpitaux neufs, un pour la faculté de médecine de l'Université de Montréal (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, CHUM) et un pour l'université McGill (McGill University Health Centre, MUHC), il convient de se questionner sur la valeur de cet investissement. Est-il également rentable, pour obtenir des médecins pratiquant au Québec, d'investir à l'Université de Montréal et à l'université McGill ?

II - L'exode des médecins au Québec

Le Québec offre une des pires performances au Canada en matière de rétention de ses médecins. Chaque année, c'est par dizaines qu'ils partent pour aller pratiquer ailleurs, principalement dans le reste du Canada et aux États-Unis. Année après année, le solde migratoire des médecins québécois est négatif, c'est-à-dire que le nombre de médecins qui quittent est supérieur au nombre de médecins qui arrivent. Le tableau 1 illustre le solde migratoire interprovincial et international au Québec. On constate que l'exode est sévère, avec en moyenne plus de 75 départs par année. Toutes proportions gardées, l'exode des médecins est au Québec 2 fois plus important qu'en Ontario.

Tableau 1 : Solde migratoire au Québec (1995-2004)⁴

Solde interprovincial	-414
Solde international	-371
Total	-785

⁴ Source: Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 1986-2004; Southam Medical Database, Canadian Institute for Health Information (www.cihi.ca). Le solde interprovincial est obtenu en soustrayant le nombre de médecins qui quittent le Québec vers une autre province canadienne du nombre de médecins qui arrivent au Québec en provenance d'une autre province. Le solde international est calculé en soustrayant le nombre de médecins qui quittent le Québec pour l'étranger du nombre de médecins qui reviennent de l'étranger.

Quelle est la cause de cet exode massif ? Certains médecins, notamment les spécialistes, ont récemment pointé du doigt les salaires qui seraient moins généreux au Québec qu'ailleurs au Canada. Est-ce là la véritable raison ? Si l'appât du gain est effectivement à la source du problème, l'exode des médecins devrait se faire sentir dans l'ensemble des facultés de médecine du Québec. Or, comme nous le verrons plus bas, ce n'est absolument pas le cas.

III - Qui part ?

La formation d'un médecin peut être grossièrement divisée en deux phases. La première, le diplôme de doctorat en médecine (le MD) est commune à tous les médecins. Des quotas stricts sont imposés aux universités quant au nombre d'étudiants québécois, canadiens et étrangers qui peuvent être admis annuellement dans chacune des facultés. Le tableau 2 montre la répartition des places d'études dans les facultés de médecine du Québec.

Tableau 2 : Places contingentées par faculté de médecine au Québec⁵

	Résidents du Québec	Résidents hors-Québec
Laval	199	4
Sherbrooke	138	29
Montréal	268	4
McGill	153	21
Total	758	58

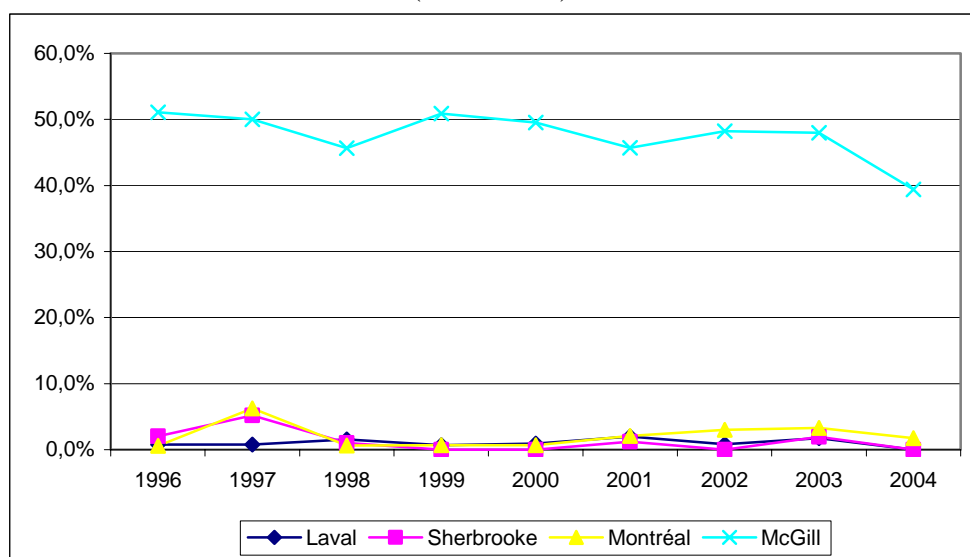
La deuxième phase, qu'on peut considérer comme la spécialisation du médecin, « le post-MD », est d'une durée variable et peut avoir lieu dans une université autre que celle qui a décerné le diplôme MD. La proportion de places d'études pour les résidents hors-Québec n'est pas réglementée au post-MD.

Départs après le diplôme MD

Donc, dès l'obtention de leur doctorat (le MD), certains étudiants iront poursuivre leurs études ailleurs qu'au Québec. Le graphique 1 montre la proportion de départs selon l'université au Québec.

⁵ Source : Canadian Medical Education Statistics, 2004. En comparaison, l'Ontario, avec une population 50 % supérieure à celle du Québec, offre 780 places contingentées.

Graphique 1 : Proportion des étudiants faisant leur post-MD ailleurs qu'au Québec (1996-2004)⁶



On voit clairement que l'exode après le diplôme MD est un phénomène presque exclusivement mcgillois et que cette tendance est très marquée. Rappelons que la proportion d'étudiants étrangers au MD est relativement faible (sous la barre des 15 %) et que, par conséquent, l'exode mcgillois après le MD est largement imputable aux étudiants québécois. Le tableau 3 résume les données du premier graphique.

Tableau 3 : Exode annuel moyen par faculté de médecine (1996-2004)

Université	Proportion
Laval	1,0 %
Sherbrooke	1,3 %
Montréal	2,1 %
McGill	47,6 %

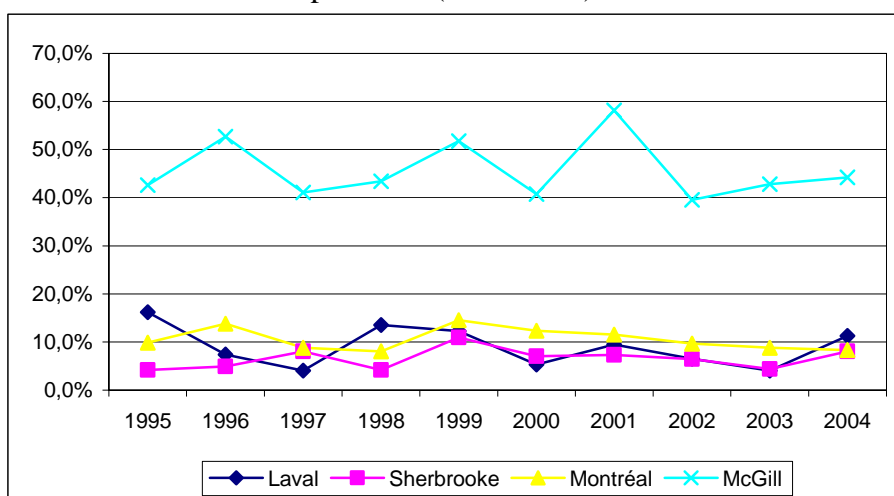
Afin de compenser pour cet exode, l'université McGill doit recruter massivement dans le Canada anglais et à l'étranger des médecins qui viendront compléter leur post-MD au sein du MUHC. Nous verrons plus bas que ceux-ci n'ont pas tendance à s'installer au Québec une fois leurs études terminées.

Départs après la formation post-MD

Une fois leur spécialisation complétée, les nouveaux médecins doivent décider de leur lieu de pratique. Ont-ils plus tendance à s'installer au Québec à la fin de leur spécialisation ? Le graphique 2 illustre le nombre de départs 2 ans après la complétion des études post-MD.

⁶ Source : Canadian Medical Education Statistics, 1997-2005.

Graphique 2 : Proportion des étudiants pratiquant ailleurs qu'au Québec 2 ans après la fin du post-MD (1995-2004)⁷



Alors que le taux d'exode des universités de langue française oscille entre 5 et 15 %, celui de McGill avoisine encore les 50 %. Lorsqu'on compare le taux d'exode après 2 et 5 ans, on constate que les médecins qui quittent, principalement pour l'Ontario et les États-Unis, ont peu tendance à revenir pratiquer au Québec. Le tableau 4 résume les données du graphique 2.

Tableau 4 : Exode moyen 2 ans après la graduation (1995-2004)

Université	Proportion	Nombre de médecins par année
Laval	9,0 %	9,8
Sherbrooke	6,6 %	4,6
Montréal	10,6 %	17,6
McGill	45,7 %	55

En chiffres absolus, on voit que 550 étudiants de l'université McGill ont quitté le Québec sur dix ans, ce qui représente plus de 63 % de tous les départs. Une seule université est donc responsable de près des deux tiers de l'exode des médecins au Québec.

IV – Conséquences de l'exode des finissants de McGill

L'université McGill représente un cas particulier au Québec en ce qui a trait à l'exode massif de ses médecins. Si la rémunération moins élevée est effectivement la cause de l'exode des médecins québécois, il semblerait que ce « problème » affecte davantage McGill que les universités de langue française. La formation en français représente certainement un facteur de rétention important. En investissant massivement dans une université de langue anglaise, le gouvernement refuse d'exploiter un avantage compétitif unique au Québec, soit celui d'une langue commune distincte du reste du bassin américain.

L'exode massif des médecins McGilllois n'est pas banal. À lui seul, il représente plus de 60 % des départs et est, par conséquent, le principal responsable du déficit migratoire qui sévit au

⁷ Source : Canadian Post-M.D. Education Registry. L'année indiquée est l'année deux ans après la graduation. Les départs de l'université de Sherbrooke vers le Nouveau-Brunswick ont été soustraits puisque les Acadiens bénéficient d'une entente interprovinciale avec le gouvernement du Québec. En effet, il n'existe aucune faculté de médecine de langue française dans les Maritimes.

Québec. Ramener le taux d'exode de McGill à la moyenne des universités francophones (entre 5 et 10 %) suffirait pour annuler la totalité des pertes dues au solde migratoire interprovincial !

Une solution à l'exode des médecins nous pend donc au bout du nez depuis longtemps. Voilà qui a de quoi étonner et choquer. D'autant plus que la formation d'un médecin coûte au bas mot plus de 150 000 \$ aux contribuables québécois. Pourtant, loin d'y voir un problème, le doyen de la faculté de médecine de McGill, M. Abraham Fuks, se félicitait récemment du fait que McGill était en mesure de former des étudiants francophones exceptionnels qui désiraient faire carrière aux États-Unis et ainsi faciliter leur transition⁸.

Cette tendance à l'exode des diplômés en médecine de McGill est aussi présente dans des domaines connexes ; des programmes de formation en physique médicale ont été créés au CHUQ (Hôtel-Dieu de Québec) et au CHUM (Université de Montréal). La raison invoquée ? Une pénurie actuelle et future de spécialistes diplômés en physique médicale capables d'œuvrer en milieu hospitalier. Les physiciens médicaux, pour la plupart, travaillent dans les centres de radio-oncologie à calculer les doses de radiation nécessaires pour traiter les tumeurs cancéreuses. Le taux de rétention de diplômés du programme de McGill ne dépassant pas les 30 %, le gouvernement du Québec a été forcé de créer au CHUQ et au CHUM des programmes en langue française pour fournir les hôpitaux en personnel qualifié.

V- Conclusion

Il est temps de se questionner sur la place que doit occuper la faculté de médecine de McGill au Québec. Avec une si piètre performance, devrait-on continuer de lui allouer entre 20 et 25 % des quotas au diplôme MD alors que l'Université de Montréal, avec 1,5 fois plus de quotas, forme 4 fois plus de médecins qui pratiquent au Québec ? Est-il normal d'investir massivement dans les hôpitaux du MUHC (McGill University Health Centre) où seront formés environ 30 % des stagiaires post-MD québécois, dont plus de la moitié quitteront le Québec ? Est-il logique de construire 2 méga-hôpitaux, un pour McGill et un pour Montréal, et ainsi séparer les fonds en deux parts égales ? Le Québec est-il si riche qu'il doit bénévolement former des médecins pour l'Ontario et les États-Unis ?

Patrick Sabourin, candidat à la maîtrise en biologie
Frédéric Lacroix, Ph.D

VI – Annexe

Les auteurs ont présenté quelques résultats de cette étude lors du lancement de la coalition pour un seul CHU (unseulchu.org) qui a eu lieu le 12 octobre dernier. Le même jour, dans une entrevue accordée à la Presse canadienne, un responsable de l'université McGill répliquait en affirmant que selon une « étude canadienne récente » (la source ne fut pas citée), 66 % des diplômés de McGill pratiquaient au Québec. Or, dans le meilleur des cas et en choisissant les « meilleures années », cette proportion ne peut être de plus de 54 %. Il est facile de démontrer qu'il est impossible d'obtenir cette proportion de 66 % d'une manière honnête avec les données statistiques disponibles. Pour faire la démonstration, nous pouvons croiser deux bases de données indépendantes.

⁸ *McGill Reporter*, le 8 décembre 2005, traduction libre.

Tout d'abord, les données de CAPER (résumées dans le tableau A1, ci-dessous) nous informent de la proportion d'étudiants en post-MD dans chacune des universités.

Tableau A1 : Effectif moyen, post-M.D. (2001-2006)

Université	Citoyens ou résidents canadien	Étudiants avec visa	Total
Laval	21,4 %	0,1 %	21,4 %
Sherbrooke	15,7 %	0,2 %	15,8 %
Montréal	30,5 %	0,3 %	30,8 %
McGill	21,2 %	10,7 %	31,9 %
			100 %

Il est étonnant de constater que McGill est l'université qui compte le plus d'étudiants en post-MD au Québec alors qu'on répète souvent dans les médias que la faculté de médecine de l'Université de Montréal est la plus volumineuse.

On peut également mesurer l'apport de chacune des facultés de médecine à l'aide des données du Collège des médecins.

Tableau A2 : Lieu de formation des membres du Collège des médecins diplômés au Québec (2006)

Université	Nombre	%
Laval	5466	34,9
Sherbrooke	2299	14,7
Montréal	6156	39,3
McGill	1746	11,1
Total	15 667	100,0

Le tableau A2 est encore plus étonnant. L'université McGill, celle-là même qui accueille le plus grand nombre d'étudiants en post-MD, n'a formé que 11,1 % des médecins pratiquant au Québec, soit 3,5 fois moins que l'Université de Montréal !

Puisque l'université McGill compte 31,9 % des places au post-MD, il serait logique que 31,9 % des membres du Collège des médecins proviennent de McGill. Il n'en est rien. Dans le meilleur des scénarios, en supposant une certaine variabilité dans la composition des facultés et en excluant même les étudiants avec visa, l'exode se situe encore au-dessus des 50 %.

Nos estimés de l'exode à partir des bases de données CAPER et CMES sont donc fort probablement conservateurs. Les médecins de McGill quittent dans une proportion de 50 %, au moins.

Il est quand même consternant que la meilleure défense que McGill ait pu trouver fût de prétendre que le taux d'exode de ses médecins était de 34 %. Même en triturant des données probablement partielles et non représentatives, ils n'ont pu arriver qu'à un taux d'exode plus de trois fois supérieur à celui des universités de langue française. Il y a là un aveu.