

UNE HISTOIRE DU DMFMU



Bernard Millette, MD, MSc, FCMF

Directeur du programme de résidence en médecine familiale (1986-1990)

Directeur du Département de médecine familiale (1990-1998)

LA CRÉATION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE FAMILIALE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, UNE HISTOIRE VÉCUE !

FORMÉ COMME UN EXPERT HOSPITALIER, TOUT UN CHOC À MES DÉBUTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ! ^a

Ouf ! Pour plusieurs enseignants actuels en médecine de première ligne, l'époque évoquée paraîtra fort ancienne ! Effectivement, suite à l'interruption volontaire d'une résidence en médecine interne (hépatologie), je me suis installé en pratique générale à la fin de l'année 1973, il y a donc plus de 45 ans. Ainsi, après avoir terminé une maîtrise en médecine expérimentale où j'insérais à des patients cirrhotiques des cathéters dans leurs veines sus-hépatiques en passant par le cœur, me voici médecin généraliste à Saint-Eustache!

Depuis 1973

Plus de

45 ans !

D^r Bernard Millette

Mes premiers patients – Mes premiers constats

Or, rapidement, je dus reconnaître que je manquais de connaissances et d'habiletés pour plusieurs des problèmes de santé auxquels j'étais confronté en première ligne. Je me rappelle, comme si c'était hier, mon premier patient, un jeune homme blond anglophone qui consultait pour des squames et des rougeurs derrière les oreilles et sur les ailes du nez. J'ai reconnu une dermatite séborrhéique, mais j'ai couru dans l'autre pièce lire brièvement sur le traitement de cette condition bénigne. À la salle d'urgence, j'ai en mémoire un patient ayant reçu un léger éclat métallique sur la cornée. Le corps étranger était disparu, mais il demeurait un anneau de « rouille » : que faire ?

Une infirmière du service d'urgence m'a dit : « vos collègues grattent la cornée en se servant de l'aiguille d'une seringue à tuberculine ». Bon, je sais qu'aujourd'hui vous utilisez une petite « fraise cornéenne » à batterie, mais mon point est que, moi, le médecin qui avait terminé un internat rotatoire d'une année, puis deux ans de médecine interne incluant mes travaux de maîtrise, je réalisais ne pas être adéquatement formé pour certains des problèmes rencontrés en première ligne.

Et je ne vous détaillerai pas mon désarroi face aux patients souffrant de problèmes intriqués où les souffrances psychologiques se mélangeaient aux malaises physiques et étaient avivées par leur situation sociale.

^a Dans le présent texte, lorsque les donneurs d'accord sont de genres différents, l'accord est fait au masculin.

C'est dans ce contexte qu'a débuté pour moi, l'exploration de la littérature du champ de la pratique générale (Balint, Bensaid, Carmichael, Fabb, Geyman, Gray, Medalie, McWinney, Pelligrino, etc.). McWinney, un des maîtres-penseurs de la discipline de médecine générale (MG), évoquait alors quatre critères définissant une discipline : un champ d'action unique, un corpus de connaissances défini, un actif espace de recherche et une formation intellectuellement rigoureuse, critères validant pour lui la MG comme une discipline spécifique⁽¹⁾.

Déjà, durant les années '60-'70, des pionniers commencent à défricher le terrain et à poser des actions. Motivé par l'énergie de ces collègues, je me suis très tôt associé aux efforts pour la reconnaissance de la MG comme une discipline à part entière, ce qui sera enfin reconnue au Québec ... en 2010 !

Dans les prochaines lignes, permettez-moi de vous tracer une esquisse du contexte et de l'aventure qui a conduit à la création en 1986 à l'Université de Montréal (UdeM) d'un Département de médecine familiale^b.



^b À l'Université de Montréal, notre discipline a d'abord été nommée « médecine familiale » (MF), ce qui correspondait à l'expression anglaise « family medicine », où « family » est un adjectif. Plus tard, nous sommes passés à l'appellation « médecine de famille » (une expression plus conforme à la langue française). Enfin, pour mieux correspondre à ses mandats, le nom du Département a évolué vers sa dénomination actuelle « Département de médecine de famille et de médecine d'urgence ». Plusieurs pays continuent d'utiliser le terme « médecine générale » pour désigner la « médecine de famille » (ex. : le Royaume-Uni, la France et la Belgique sont des pays qui ont des programmes de formation spécifiques visant des objectifs similaires aux nôtres).

Les années '50-'70 et l'émergence de l'idée d'une médecine générale/médecine de famille académique

Durant les années '50, des propositions émergent pour une formation spécifique des médecins généralistes (MG) (ex. : résidence de deux ans aux États-Unis), mais sans que ces initiatives perdurent. Vers la même période, des MG se regroupent, à la fois, pour défendre leurs conditions de travail, la spécificité de leur profession ainsi que la nécessité d'une formation adaptée pour la pratique médicale de première ligne. Ainsi, dès 1947 aux États-Unis, des praticiens créent l'« American Academy of General Practice », qui deviendra en 1971 l'« American Academy of Family Physicians ».

En 1952 au Royaume-Uni, ils instaurent le « Royal College of General Practitioners ». Pendant ce temps au Canada, un petit groupe de MG fonde en 1954 le « Collège des praticiens généralistes du Canada » qui deviendra en 1967 le « Collège des médecins de famille du Canada » (CMFC)⁽²⁾. À cette époque, bien qu'il y ait quelques praticiens québécois impliqués avec le CMFC, cette organisation demeure une entité plutôt canadienne-anglaise. Au Québec, les MG se reconnaissent mieux dans leur nouvelle association syndicale, la « Fédération des médecins omnipraticiens^c du Québec » (FMOQ), créée en 1963 suite à une scission d'avec l'« Association Médicale Canadienne » (AMC)⁽³⁾.

Plusieurs instances locales et externes vont intervenir pour souligner les défis rencontrés au niveau des soins de première ligne ainsi que les déficiences observées dans la formation des professionnels de santé y oeuvrant. Un peu oubliés, voire inconnus de nombreux enseignants actuels de médecine de famille, les rapports américains Millis⁽⁴⁾ et Willard⁽⁵⁾ ont en 1966 un impact important pour amorcer, ici au Canada, l'implantation de formations plus appropriées pour les médecins de première ligne; ils ont renforcé la motivation et l'argumentaire du CMFC.

Plus près de nous, en 1968⁽⁶⁾ et de nouveau en 1977⁽⁷⁾, le Collège des médecins du Québec^d exprime sa vision des fonctions du médecin omnipraticien et émet des recommandations pour une formation spécifique de ce professionnel.

c Le terme « omnipraticien » a été inspiré de médecins de France qui se désignaient ainsi. Initialement, la FMOQ portait le nom de « Fédération des médecins et chirurgiens de pratique générale du Québec »

d L'actuel Collège des médecins du Québec a, au cours des années, porté des différents noms, notamment celui de Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec (avant 1974) et de Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ) (de 1974 à 1994).

En 1981, la FMOQ partage sa propre vision⁽⁸⁾ d'une formation de deux ans pour les futurs médecins omnipraticiens et y affirme la nécessité de créer dans chaque faculté de médecine un département universitaire d'omnipraticien. Au cours de ces années, les pionniers souhaitant implanter au Québec des programmes de formation pour les médecins généralistes s'inspirent beaucoup des orientations et actions du CMFC, ce qui, au départ, crée une certaine tension entre les tenants du CMFC (médecine de famille) et ceux de la FMOQ (omnipraticien), divergences associées à des perspectives conceptuelles différentes et à la crainte de voir la création de deux classes de généralistes, le tout s'estompant avec le temps grâce à la collaboration des uns et des autres.

Les premiers pas de la médecine générale/médecine de famille à l'Université de Montréal

Alors que des programmes de résidence en médecine familiale débutent dès 1966 à Calgary et à London en Ontario, le premier programme québécois est inauguré en 1970 à l'Université de Sherbrooke. À Montréal vers 1973, quelques pionniers travaillent dans des conditions difficiles à démarrer un programme spécifique de formation pour les médecins de famille, notamment à partir de la Clinique Hickson à Verdun ainsi qu'aux Hôpitaux Maisonneuve-Rosemont (HMR) et Sacré-Cœur (HSC). Après deux ans d'existence, le nouveau programme de médecine familiale reçoit en 1975 un agrément complet toutefois associé, étant donné sa jeunesse, à une nouvelle visite de contrôle deux ans plus tard⁽⁹⁾.

De 1973-74 jusqu'en 1986, année de la création du Département, c'est à partir d'une section médecine familiale (MF) du Département de médecine sociale et préventive (DMSP) qu'est géré le programme de résidence en MF et le développement de cette discipline. Nos réunions administratives se tiennent alors au Pavillon Marguerite-d'Youville du Chemin de la Côte-Sainte-Catherine où nous pouvons entendre à travers les murs des gammes de piano et des répétitions de violon provenant des locaux voisins de la Faculté de musique qui, à cette époque, n'a pas encore migré vers Vincent-d'Indy.

La première responsable de la section, la [D^{re} Nadine Saint-Pierre](#), alors attachée à HMR, est en 1978 la première omnipraticienne à obtenir une nomination de professeure agrégée à notre Faculté de médecine. Son décès subit cette même année bouleverse le milieu. Il y eut par la suite, à mon souvenir, quelques responsables différents (entre autres, la [D^{re} Suzanne Charbonneau](#) de HMR et le [D^r Bernard Lapierre](#) de Verdun) et même un triumvirat !

En 1981 alors que des démarches sont en cours pour la création d'un département autonome de médecine familiale, le Conseil de la Faculté décide de créer un poste d'adjoint au doyen pour le responsable de la section de MF du DMSP.

Ainsi, à compter du 1er juin 1981, le **D^r Pierre Delva**, pédiatre et expert en santé publique, assume la fonction d'adjoint au Doyen; anciennement de l'Université de Sherbrooke, il est maintenant attaché à HSC.

En juin 1984, la **D^{re} Joëlle Lescop**, aussi pédiatre et experte en santé publique, succède au **D^r Delva** comme adjointe au Doyen, responsable de la section MF⁽¹⁰⁾.

Tout au long de ces années, la section de MF accroît son réseau.

Ainsi, sur une période d'environ 12 ans, huit « Unités d'enseignement en médecine familiale » (UMF) (aujourd'hui dénommées « Cliniques universitaires de médecine de famille ») sont mises en place (*cf. tableau 1*).

Tableau 1 **Les premières UMF à l'UdeM⁽¹⁰⁾**

Année d'ouverture	Localisation	Premier responsable
1974	Clinique Hickson affilié à l'Hôpital Christ-Roi de Verdun	D^r Jacques Lalonde
1974	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	D^{re} Nadine Saint-Pierre
1975	Hôpital du Sacré-Cœur (HSC)	D^r Pierre Delva
1978	Cité de la santé de Laval	D^r Bernard Millette
1980	CLSC Octave-Roussin affilié à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	D^{re} Pauline Desrosiers
1986	Hôpital Notre-Dame	D^r Marcel Provost
1986	CLSC du Marigot affilié à la Cité de la santé de Laval	D^{re} Ginette Fortier
1986	CLSC de Saint-Hubert affilié au Centre hospitalier de Verdun	D^r Viateur Lalonde

Durant cette même période, plusieurs lieux sont utilisés pour des stages à l'extérieur des UMF (stages pouvant être d'une demi-journée ou plus durant le stage à l'UMF jusqu'à une période détachée de deux mois), dont entre autres⁽¹¹⁾ :

- ✓ L'urgence de l'hôpital Santa Cabrini (resp. D^r Gaétan Giguère)
- ✓ L'Hôtel-Dieu d'Amos (resp. D^r Raymond Godard)
- ✓ La communauté Atikamekw de Manawan (appelée alors Manouane), notamment en lien avec l'UMF de HSC.
- ✓ La Clinique médicale Brome Missisquoi (resp. D^r Alain Pavilanis)
- ✓ Le CLSC de Grande Vallée en Gaspésie (resp. D^r Michel Desjardins)
- ✓ Le CLSC Saint-Hubert en Montérégie (resp. D^r Viateur Lalonde), site de stages ponctuels avant de devenir une UMF.
- ✓ La Polyclinique Concorde à Laval (resp. D^r Jacques Beauchamp)
- ✓ La Clinique médicale Chomedey à Laval (resp. D^r Robert Perron)
- ✓ Etc.

Évolution des discussions sur la création d'un Département de médecine familiale

Au début des années '80, sur les seize facultés de médecine existantes au Canada, treize ont un département de médecine familiale, mais non celles du Manitoba, de Laval et de Montréal. Aussi, parallèlement aux travaux des années '70-'80 en lien avec la résidence en MF, des pressions externes et internes de plus en plus fortes sont exercées pour que la Section de MF du DMSP devienne autonome par la création d'un Département de médecine familiale au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Dès 1975, suite à une visite conjointe d'agrément de la CPMQ et du CRMCC^e au sujet des programmes de résidence (incluant celui de MF), de l'internat et de l'éducation médicale continue, le rapport Hould recommande « que la MF devienne un secteur autonome au plan administratif et budgétaire ... préférablement au cours des deux prochaines années »⁽⁹⁾.

En 1976, un Rapport de l'« Opération Sciences de la Santé » (OSS) du Ministère de l'Éducation en collaboration avec celui des Affaires sociales propose « que les universités encouragent les étudiants en médecine à faire carrière en médecine de première ligne, en utilisant, entre autres :

- la constitution d'un département de médecine familiale ;
- la mise en place de projets pilotes d'équipes interdisciplinaires ;
- plus spécifiquement la préparation d'un programme de formation en médecine familiale faisant suite aux études médicales de base »⁽⁹⁾.

^e CRMCC : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

À l'interne du DMSP en octobre 1979, l'Assemblée Départementale à l'unanimité propose la création d'un Département de médecine familiale⁽¹⁰⁾.

En mars 1982, une dynamique rencontre inter-UMF à la Villa Saint-Martin, boul. Gouin Ouest à Pierrefonds regroupe une quarantaine de membres de la section MF du DMSP⁽¹¹⁾; tous y appuient fortement les deux actions suivantes :

1. travailler à la formation d'un Département autonome de médecine familiale à la Faculté de médecine de l'UdeM ;
2. nommer un directeur du programme de résidence distinct du directeur de la section MF (les deux fonctions étant exercées à l'époque par le même titulaire), ceci afin de mieux protéger les temps de discussion du volet pédagogique.

Les démarches pour la création d'un département « s'accélérent lentement » au sein de la Faculté de médecine. Ainsi, ce n'est qu'en octobre 1985 que le Conseil de notre Faculté de médecine entérine la résolution créant un Département de MF, entité qui devient opérationnelle en mars 1986 avec comme première directrice, la D^{re} Lescop. Par ailleurs, comme recommandé, une direction du programme de résidence en MF, distincte de la direction du Département, est établie; j'en serai le premier titulaire.

Les premiers grands chantiers du nouveau Département

La résidence obligatoire en médecine familiale

En 1975, la CPMQ (le Collège des médecins) émet une première version d'un projet de nouveau règlement sur les autres conditions et modalités de délivrance du permis d'exercice de la médecine. Mais ce dossier ainsi que celui de la réforme des études médicales au Québec font débat et sont ralentis par les différences d'opinions, les lents processus bureaucratiques et les interventions politiques.

En 1982, le ministre de l'Éducation, [Monsieur Camille Laurin](#), demande à l'Office des professions de refaire une consultation sur le projet de nouveau règlement pour l'accès à la pratique médicale. À la lumière du contenu du rapport⁽¹²⁾ et du projet d'avis de l'Office des professions rendu public en avril 1983⁽¹³⁾, le ministre demande au Conseil des universités de réaliser une large consultation sur les études médicales au Québec. Le Comité d'étude, présidé par [Monsieur André Archambault](#), professeur titulaire de Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, termine ses travaux en 1985⁽¹⁴⁾.

Ces études et consultations recommandent des réformes aux études médicales et de nouvelles conditions d'accès à la pratique médicale. Ainsi, pour obtenir le droit d'exercer la médecine au Québec, le candidat débutant sa formation après le 1^{er} juillet 1988 doit dorénavant compléter avec succès un programme de deux ans

de médecine familiale ou une résidence en spécialité. Cette décision aura un impact négatif ponctuel sur le nombre, qui sera moindre, de nouveaux médecins omnipraticiens disponibles à l'été 1989, ce dont s'inquièteront les régions. Durant sa formation, le résident ne peut plus exercer des remplacements de médecine générale et celui qui interrompt une formation spécialisée ne peut s'installer en pratique générale sans avoir complété sa formation dans cette discipline. Avant ce règlement, un candidat ayant fait, par exemple, deux ans de résidence en psychiatrie, pouvait s'installer en pratique générale sans autre formation.

Ces décisions ne sont toutefois pas accueillies avec sérénité et joie par les étudiants en médecine de l'année 1988, irrités par plusieurs des modifications ou ajouts, entre autres, par les limites à leur choix de voie de formation, l'obligation pour certains de pratiquer quatre ans en région suite à leur formation, la fin du « Moonlighting » (pratique médicale comme remplaçant durant leur résidence), etc.

En colère, ils décident de faire la grève qui, à Montréal, persiste une dizaine de jours et amène de nombreux protestataires devant les bureaux du Département de MF au 7^e étage du Pavillon Roger-Gaudry de l'UdeM. Pour marquer leur frustration, ils exposent à la porte de la direction une affiche où il est écrit : « Département de la déportation des externes, D^{re} Joëlle Lescop : irresponsable »⁽¹⁵⁾.

Un souffle
de colère !
GRÈVE

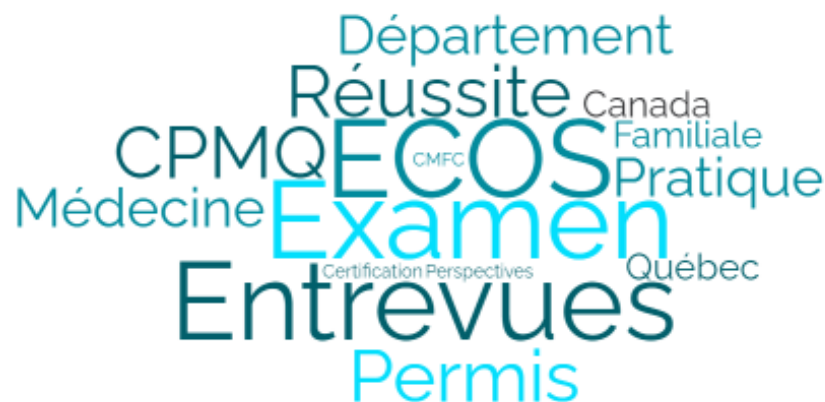
Anticipant l'application du nouveau règlement et les réformes à instaurer aux programmes de formation médicale, la Faculté de médecine de l'UdeM avait mis sur pied en 1983 un Comité des soins de première ligne ayant pour mandat « de susciter, d'approuver, de modifier, de créer tout nouveau programme ou partie de programme afin d'assurer aux futurs omnipraticiens une compétence optimale en soins de première ligne ». Il est présidé par le D^r Marcel Provost, alors adjoint au vice-doyen et responsable de l'internat. Les discussions visent l'internat multidisciplinaire, le programme de médecine familiale et un éventuel nouveau programme de deux ans. Il est à noter qu'à cette époque la résidence en médecine familiale était perçue différemment par les uns et les autres : de très valable à insuffisante en contenu et accompagnement. Suite à ses travaux, le Comité recommande en 1984 l'abolition de l'internat multidisciplinaire et la création d'un programme unique et spécifique de deux ans en omnipratique, qui, dans les faits, sera établi et enrichi à partir de la résidence en médecine familiale déjà en place⁽¹⁶⁾. L'obligation nouvelle pour tous les futurs médecins généralistes de s'inscrire à la résidence en médecine familiale signifie une augmentation brusque de la cohorte d'étudiants débutant leur formation en juillet 1988, impact anticipé qui explique, lors des années précédentes, le recrutement d'enseignants et l'ouverture de nouvelles UMF (*revoir le tableau 1*).

Les examens conjoints de médecine familiale

Les modifications dans les conditions de délivrance des permis de médecine générale impliquent aussi à compter de 1990 la réussite d'un examen terminal conjoint⁽¹⁷⁾ - CMFC, facultés de médecine du Québec et CPMQ - comprenant une portion écrite, des entrevues médicales simulées et un ECOS (dans les faits, il s'agit de l'examen de certification du CMFC auquel est ajouté un ECOS élaboré au Québec, entre autres, par des membres des quatre Départements de médecine familiale).

Petite note humoristique : à la suite de sa démission du poste de directrice du Département de médecine familiale à la fin de 1989^f, la D^{re} Lescop rejoint la CPMQ et son service des études médicales où elle défend vigoureusement l'ajout d'un ECOS aux examens terminaux d'accès à la médecine générale, elle qui, quelque temps auparavant dans ses anciennes fonctions, argumentait avec dynamisme que l'élaboration d'un ECOS grevait trop les ressources humaines limitées des Départements de médecine familiale du Québec. Comme quoi, les changements de fonction ouvrent à des perspectives différentes et parfois à des virages de 180 degrés.

Intensivement, plusieurs enseignants québécois se forment à l'élaboration de stations ECOS, puis planchent à préparer ce nouvel examen. Grâce aux efforts dynamiques de tous, les premiers examens conjoints se déroulent sans problème majeur en juin 1990, incluant sa composante ECOS, ce qui distinguait alors le Québec parmi les provinces canadiennes et confirmait ainsi l'autonomie de la CPMQ (Collège des médecins) comme autorité de délivrance de permis médicaux au Canada.



^f Le Dr Marcel Provost assura l'intérim de la direction jusqu'à l'entrée en fonction en juin 1990 du nouveau directeur.

EN CONCLUSION

Tout un valeureux cheminement accompli à partir de la section MF des années '70-'80 au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) actuel en passant par la création en 1986 du Département de médecine familiale. Cette réussite tient aux efforts de nombreux intervenants qui, au cours des années, n'ont rien épargné pour innover, adapter et réaliser des actions et projets visant le renforcement, via l'érudition et la recherche, de la discipline de médecine générale/médecine de famille et de champs spécifiques aux soins de première ligne (médecine d'urgence, soins palliatifs, soins aux personnes âgées, etc.) ainsi que de la formation des professionnels de santé de première ligne. En œuvrant pour que les futurs médecins répondent avec humanité et compétence aux besoins des gens et des communautés, le DMFMU remplit ses responsabilités sociales et il a ainsi contribué au fait qu'en 2019, la Faculté de médecine s'est vu attribuer pour son excellence en responsabilité sociale la prestigieuse reconnaissance ASPIRE < <https://amee.org/amee-initiatives/aspire> >.

Bravo et merci à vous tous professionnels, enseignants, chercheurs, personnel administratif et collaborateurs du DMFMU, vous tous pionniers, bâtisseurs, rêveurs, passionnés, engagés pour l'amélioration des soins !

Heureux anniversaire soulignant les 35 ans d'histoire de notre Département, une histoire qui avait toutefois été initiée de nombreuses années auparavant !

Merci 

Quelques références

- 1 McWhinney I (1966). General practice as an academic discipline: reflections after a visit to the United States. *The Lancet*, 287(7434) : 419-423.
- 2 Freeman T R (2016). *McWhinney's textbook of family medicine*. Oxford University Press, 520 pages.
- 3 Asselin MA (2013). *De praticiens à spécialistes en médecine de famille (1963-2013) : histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. FMOQ, 486 pages.
- 4 Millis JS et coll. (1966). *The Graduate Education of Physicians: Report of the Citizens' Commission on Graduate Medical Education*. Chicago: American Medical Association, 114 pages.
- 5 Willard, William R et coll. (1966). *Meeting the Challenge of Family Practice*. Ad Hoc Committee on Education for Family Practice, American Medical Association. 57 pages.
- 6 Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec (juin 1968). *Les études médicales au Québec*. Bulletin du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, Numéro spécial, vol. VIII, 24 pages.
- 7 Corporation professionnelle des médecins du Québec (septembre 1977). *Les fonctions du médecin omnipraticien*. Corporation professionnelle des médecins du Québec, Édition spéciale, XVIII (3), 48 pages.
- 8 FMOQ (mars 1981). *Formation de l'omnipraticien*. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et les éditions Le Caducée, Le Médecin du Québec, supplément spécial, 22 pages.
- 9 Delva P (janvier 1981). *La médecine de famille au Québec et à l'Université de Montréal, aperçu historique et situation actuelle à l'Université de Montréal*. Document interne, 7 pages + annexes.
- 10 Desrosiers G (1996). *Histoire du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*. Éditeur : DMSP, pages 77 à 83.
- 11 Millette B (mars 1982). *Compte rendu de la rencontre inter-Unités de Médecine Familiale*. Section Médecine Familiale, Dép. de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal.
- 12 Office des professions du Québec (avril 1983). *Rapport de consultation sur le projet de règlement sur les autres conditions et modalités de délivrance du permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*. Rapport, 58 pages + annexes.
- 13 Office des professions du Québec (mai 1983). *Projet d'avis de l'Office des professions sur le projet de règlement sur les autres conditions et modalités de délivrance du permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*. Rapport, 35 pages.
- 14 Archambault A et coll. (1985). *Rapport du comité d'étude sur la formation médicale*. Conseil des universités, 171 pages.
- 15 Lescop J (1988). *L'instauration d'un programme de médecine familiale pour tous les futurs médecins de famille du Québec vue par les artisans, les Départements de médecine familiale*. INFOMED (Faculté de médecine, Université de Montréal), vol. 12(2) : 7-10.
- 16 Provost M et coll. (1984). *Rapport du comité des soins de première ligne*. Faculté de médecine, Université de Montréal (document interne), 17 pages + annexes.

- 17 Grand'Maison P, Brailovsky CA, Lescop J, et Rainsberry P. (1997). Using standardized patients in licensing/certification examinations: comparison of two tests in Canada. *Family Medicine*, 29(1) : 27-32.
-