

**AVIS SUR LES PROPOSITIONS DE LA TABLE DE
CONCERTATION PERMANENTE SUR LA
PLANIFICATION DE L'EFFECTIF MÉDICAL AU
QUÉBEC CONCERNANT LA NÉCESSITÉ DE
RÉVISER CERTAINES DISPOSITIONS DE LA
POLITIQUE TRIENNALE DES INSCRIPTIONS DANS
LES PROGRAMMES DE FORMATION DOCTORALE
ET POSTDOCTORALE EN MÉDECINE
DE 1999-2000 À 2001-2002**

JUIN 1999

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 99-02

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2-550-34664-5

Les bureaux du Conseil médical du
Québec sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
E-mail : cmq@msss.gouv.qc.ca

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Michel Brunet*

Ministère de l'Éducation

Madame Isabelle Cataphard

Étudiante en médecine
Université de Montréal

Dr Yves Dugré

Oto-rhino-laryngologiste
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry*

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Madame Michèle Laverdure

Directrice générale
CLSC Saint-Hubert

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Hôpital Royal Victoria

Dr André Munger

Omnipraticien
CLSC SOC de Sherbrooke

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay*

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich

Directrice des soins infirmiers
Hôpital Charles-Lemoyne

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

*** Membres sans droit de vote**

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants: Dr André Bonin, madame Isabelle Cataphard, Dr Yves Dugré (Président), Dr Sophie Gosselin, Dr Raymonde Vaillancourt ainsi que Dr Marie Girard et monsieur Christian Coullée de la permanence du Conseil.

INTRODUCTION

Le projet d'avis de la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec*, concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale débutant en 1999, est introduit dans le double sillage du jugement Tellier¹ et des « crises » relatives à l'accessibilité aux services médicaux.

Le Conseil estime que les propositions d'amendements à la Politique triennale débutant en 1999 qui sont soumises à son attention, associent deux problèmes de nature différente et qui devraient être traités de manière distincte à savoir : les règles de reconnaissance, par le Collège des médecins du Québec, d'équivalence de diplômes décernés par des écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis (DHCEU), d'une part et, d'autre part, l'utilisation de permis restrictifs pour des médecins recrutés à l'étranger dans le but de solutionner des pénuries graves de main-d'œuvre médicale au Québec.

De façon à bien analyser les propositions, il convient de bien circonscrire ces deux problématiques et, par la suite, de documenter davantage certains faits dans l'annexe I.

¹ Cour supérieure du Québec, Édith Bandi c Collège des médecins du Québec, 15 avril 1998

PREMIER PROBLÈME : Les règles de reconnaissance

Le premier problème concerne la reconnaissance des DHCEU et est directement relié au jugement Tellier. En avril 1998, le juge Tellier, dans l'affaire opposant le D^r Edith Bandi et le Collège des médecins du Québec, annule d'un seul coup la portée des dispositions de la politique triennale à cet effet, en ordonnant au Collège d'analyser toutes les demandes de reconnaissance de diplôme et de formation en vue d'obtenir un permis d'exercice de la médecine en fonction de ses propres règles, sans égard aux dispositions de la politique gouvernementale. Il précisait sa pensée ainsi : « Le Collège n'a pas à suivre de politique mais simplement suivre la loi qui lui demande d'émettre des permis à toute personne qui se qualifie. »²

À la demande du Conseil des ministres, le ministère de la Santé et des Services sociaux a constitué un groupe de travail afin d'examiner de façon approfondie les impacts de ce jugement. Dans son rapport déposé en octobre 1998, le *Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier concernant les dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine* a mis en évidence un vide juridique.

Comme l'avait fait le Conseil médical du Québec en mars 1995, dans l'*Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*, le Groupe de travail sur les impacts du jugement Tellier suggérait au gouvernement d'apporter des modifications législatives et réglementaires, entre autres à la Loi sur la santé et les services sociaux, à la Loi médicale ou au Règlement du Collège des médecins du Québec relativement à la reconnaissance d'équivalence de diplôme pour les DHCEU, afin d'instrumenter juridiquement la Politique triennale à cet égard. Les amendements législatifs et réglementaires n'ayant pas encore été apportés, force est faite de constater que le vide juridique existe toujours.

Le Conseil est d'avis que, si de tels amendements ne sont pas introduits, le processus de planification de l'effectif médical au Québec est grandement menacé puisque les objectifs recherchés par la Politique triennale peuvent être systématiquement contrecarrés et transformés par l'arrivée de DHCEU. Ceci met en lumière deux éléments : une discrimination à l'endroit des étudiants issus du système québécois de formation et les standards de qualité professionnelle que la population exige de ses médecins..

Sur le premier élément, le Conseil considère que la planification de l'effectif médical, comme elle se fait au Québec depuis 1987, devient alors inéquitable pour les Québécois qui se voient restreindre l'accès aux études médicales par la Politique triennale découlant du processus de planification. En effet, le nombre d'inscriptions dans les programmes doctoraux de médecine est déterminé annuellement en fonction

² Ibid. p.32

des objectifs à long terme qui sont à la base du processus de planification. Le but principal de l'exercice de planification consiste à maintenir le nombre suffisant de médecins pour assurer le maintien du niveau de services médicaux offerts dans l'année de référence. Or, le nombre de médecins étrangers qui obtiennent un permis d'exercice au Québec, et qui n'est pas prévu dans la planification, doit être déduit du contingent d'étudiants issus du système d'éducation du Québec dans les années subséquentes. Incidemment, sans prétendre que les DHCEU en soient la seule cause, le contingent d'étudiants québécois admis dans les quatre facultés de médecine est passé de 481 en 1994 à 406 en 1996. Signalons à ce sujet que le nombre d'étudiants québécois qui ont présenté leur candidature au cours des deux dernières années s'élève à plus de 2000 annuellement.

Le Conseil a déjà signalé en décembre 1994, dans l'*Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, que 100% des DHCEU qui s'étaient inscrits sur une liste d'attente avant 1989 avaient eu la possibilité d'avoir accès à l'exercice de la médecine au Québec, comparativement à environ 15% des étudiants issus du système québécois de formation qui présentaient une demande d'admission dans les facultés de médecine, à la même époque (environ 500 admissions en médecine pour environ 3000 demandes).³

Le second élément a trait aux standards de qualité professionnelle. Sans mettre en doute la qualité de la formation acquise par certains DHCEU, les résultats obtenus aux examens devant conduire au permis d'exercice sont révélateurs des différences de niveau de formation. Dans l'avis de décembre 1994⁴, le Conseil signalait « En outre, la durée de leur formation est plus longue que prévue, selon les intervenants du milieu. Leur taux d'échec aux examens devant leur permettre d'obtenir un permis d'exercice est sans commune mesure avec celui enregistré par les étudiants ayant obtenu leur diplôme d'une faculté de médecine québécoise ou canadienne. Ainsi, à l'examen du Collège des médecins du Québec du printemps 1994, les DHCEU ont enregistré un taux d'échec de 57,9% comparé à 4,2% pour les étudiants diplômés d'une faculté de médecine québécoise ou canadienne. À l'examen de l'automne 1994, le taux d'échec des DHCEU a atteint 72,2% alors que celui des diplômés québécois ou canadiens s'établissait à 2,1% ». Comme si cela ne suffisait pas, le Conseil devait apprendre par la suite, que si l'examen auquel ils étaient soumis était le même, la méthode d'évaluation des résultats pour les DHCEU était allégée par rapport à celle utilisée pour les étudiants québécois et canadiens.

Un dernier élément, moins important aux yeux du Conseil mais davantage au plan social, provient du fait que l'octroi d'un permis crée rapidement un « réservoir » de

³ Pour plus de détails sur ces questions, le lecteur est invité à consulter l'*Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, Décembre 1994, ainsi que l'*Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*. Conseil médical du Québec. Mars 1995, reproduits aux annexes III et IV du présent document.

⁴ Ibid p.14

candidats souhaitant actualiser leur formation. Dans le passé, cette situation a conduit à la mise en œuvre de moyens de pression politique insoutenables, allant jusqu'à la grève de la faim. Ainsi, tous les DHCEU qui ont présenté leur candidature avant 1989 se sont vus reconnaître le droit d'exercer la médecine au Québec. Face à ce problème récurrent, le ministre de la Santé et des Services sociaux demandait au Conseil médical, en 1994, d'examiner la question et de proposer des avenues de solution. Quelques mois plus tard, le Conseil médical, après consultations auprès des intervenants concernés dont le Collège des médecins du Québec, les facultés de médecine et même des regroupements de DHCEU, recommandait que l'intégration professionnelle des DHCEU se fasse uniquement par le biais de la sélection des candidats aux places d'inscription dans les programmes doctoraux.⁵ Cette façon de faire avait été introduite dans la Politique triennale dès l'année suivante. Considérant que, suite au jugement Tellier, le Collège des médecins du Québec n'a plus à tenir compte des paramètres de la Politique triennale, cette situation risque de se produire à nouveau.

Le jugement Tellier remet en question cette façon d'intégrer les DHCEU et ordonne au Collège des médecins de procéder aux demandes en reconnaissance d'équivalence de diplôme et à l'émission de permis restrictifs aux médecins formés hors du Canada et des États-Unis à tous ceux qui en font la demande, sans tenir compte des objectifs et des dispositions de la Politique triennale. Le jugement est de nature à rappeler également la fragilité et la précarité des contrats qui tiennent lieu de mesures dissuasives à l'exercice de la profession pour les médecins issus de contingents particuliers qui n'ont pas été prévus dans la planification globale des effectifs médicaux. Le Conseil craint que le processus de planification de la main-d'œuvre médicale perde sa raison d'être.

En conséquence, le Conseil médical considère qu'il est urgent, pour sauvegarder les objectifs de la planification des effectifs médicaux, le maintien des standards professionnels et l'équité à l'endroit des étudiants québécois, d'introduire les amendements législatifs et réglementaires formulés par le Groupe de travail sur les impacts du jugement Tellier. Selon le Conseil, tout retard concernant ces mesures, risque de compromettre la nature, les objectifs et la crédibilité de la politique comme outil privilégié de la planification des effectifs médicaux au Québec. Les propositions, formulées en octobre 1998 par le Groupe de travail, sont les suivantes :

- d'intégrer dans la législation le pouvoir du gouvernement d'adopter sur une base annuelle une Politique triennale concernant les effectifs médicaux;
- de soumettre le pouvoir du Collège des médecins du Québec de reconnaître des équivalences de diplôme obtenu hors du Canada et des États-Unis aux paramètres déterminés dans la politique gouvernementale;

⁵ Conseil médical du Québec, *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*, Mars 1995.

- de modifier en conséquence la Loi sur les services de santé et des services sociaux, le Code des professions et la Loi médicale.⁶

Enfin, considérant le vide juridique existant présentement, le Conseil ne peut que reconnaître la nécessité des amendements proposés par la Table de concertation concernant les DHCEU, mais il insiste pour que ces mesures soient ponctuelles parce que leur récurrence érigerait en système, l'iniquité à l'endroit des étudiants issus du réseau québécois de formation.

À la lumière des énoncés précédents, craignant qu'un retard mine le processus de planification de l'effectif médical et porte atteinte à l'équité envers les Québécois, le Conseil médical émet cette première recommandation à l'effet **que les amendements législatifs, proposés par le Conseil médical du Québec dans une lettre au Ministre en octobre 1998 et par le Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier, visant à habiliter la Politique triennale soient adoptés.**⁷

À défaut de tels amendements, ne vaudrait-il pas mieux, par souci d'équité à l'endroit des étudiants issus du système québécois de formation de donner accès sans contrainte aux études médicales? S'il devient impossible d'atteindre l'objectif principal de la planification qui consiste, comme le mentionne le Groupe de travail sur les conséquences du jugement Tellier, à : « ...pourvoir le Québec d'un effectif médical assurant une situation d'équilibre à moyen et long termes entre la disponibilité des services médicaux et la projection des besoins de la population pour ces services en tenant compte notamment des effets de la transformation du réseau, de la réorganisation des services médicaux, des changements technologiques et d'éventuels gains d'efficience »⁸.

Dans le sillage du jugement Tellier, la seconde recommandation souligne l'importance d'adopter les amendements législatifs proposés afin qu'elle puisse être maintenue en vigueur :

Que l'intégration des DHCEU au système québécois se fasse uniquement par le biais de la sélection des candidats aux places d'inscription disponibles à chaque année dans les programmes réguliers de formation prédoctorale en médecine.

⁶ *Rapport du Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier concernant les dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine.* Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre de l'Éducation en vue d'un rapport au Conseil des ministres. Octobre 1998

⁷ Annexe II, lettre du Conseil médical du Québec au ministre de la Santé et des Services sociaux. 30 octobre 1998

⁸ *Rapport du Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier concernant les dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine.* Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre de l'Éducation en vue d'un rapport au Conseil des ministres. Octobre 1998, p.8

En mars 1995, à la demande du ministre de la Santé et des services sociaux, le Conseil médical, après avoir consulté les principaux intervenants concernés, notamment le Collège des médecins du Québec et les quatre universités québécoises disposant du faculté de médecine, recommandait, pour des raisons encore une fois d'équité mais surtout au nom de la recherche constante et du maintien des standards les plus élevés de compétence des médecins et de qualité des actes et des services médicaux dispensés à la population québécoise, que l'intégration professionnelle des DHCEU se fasse uniquement par le biais de la sélection des candidats aux places d'inscription dans les programmes doctoraux. Par souci d'équité pour les DHCEU, le Conseil recommandait en outre aux universités de reconnaître les éléments pertinents de formation acquise par ces derniers. Depuis, la Politique triennale prévoit que l'intégration des DHCEU s'effectue de cette manière. En 1998, pour citer un exemple, six candidats ont été admis de cette manière.

Conformément au jugement Tellier, ordonnant au Collège des médecins de procéder aux demandes en reconnaissance d'équivalence de diplôme et à l'émission de permis restrictifs aux médecins formés hors du Canada et des États-Unis à tous ceux qui en font la demande, sans tenir compte des objectifs et des dispositions de la Politique triennale, le Collège a analysé depuis, 176 demandes de reconnaissance provenant de DHCEU.

Pour obtenir une équivalence de diplôme et de formation, les candidats doivent franchir avec succès les quatre étapes suivantes:

- réussir l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada ou son équivalent américain ;
- réussir l'examen de français ;
- réussir l'examen des sciences cliniques administré sous la responsabilité du Collège. Cet examen comporte une partie écrite et une partie pratique (ECOS). La note de passage de chacune de ses parties est de 60%. Soulignons que cet examen est identique à celui que doivent réussir les étudiants en médecine de l'Université Laval pour voir sanctionner leurs études doctorales de 1^{er} cycle (MD);

- compléter avec succès, dans une faculté de médecine du Québec, une année de stage dans un programme de résidence.⁹

Sans connaître encore le taux de réussite à l'examen de sciences cliniques administré à la fin du mois de mai dernier, il importe de prévoir des places de résidence afin de permettre la réalisation de stages dans un programme de résidence. Puisque la politique gouvernementale actuelle ne prévoit aucune place de résidence permettant aux DHCEU de réaliser de tels stages, c'est l'objet principal des amendements proposés par la Table de concertation.

Le Conseil estime donc que des amendements ponctuels à la Politique triennale sont nécessaires et il considère **que dans les circonstances, en raison du vide juridique, la Ministre pourrait autoriser, pour l'année 1999-2000, le nombre de places de résidence équivalent au nombre de candidats DHCEU qui franchiront avec succès les étapes prévues par le Collège.**

Sur la question de l'examen de sciences cliniques, le document soumis à l'attention du Conseil médical précise que cet examen est identique à celui que doivent réussir les étudiants en médecine de l'Université Laval pour voir sanctionner leurs études doctorales de 1^{er} cycle (MD). Toutefois, il est silencieux sur la méthode d'évaluation. Dans l'avis de mars 1995 sur l'intégration professionnelle des DHCEU, le Conseil avait mis en évidence le fait que si l'examen des sciences cliniques auquel étaient soumis les DHCEU était identique à celui auquel sont soumis les étudiants en médecine de l'Université Laval, l'évaluation des résultats obtenus par les candidats des deux groupes était différente. Dans cet avis, le Conseil signalait : « Les étudiants des facultés québécoises doivent obtenir 60% dans chacune des six disciplines de base (médecine, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie-obstétrique, médecine sociale et préventive) avec obligation de reprendre l'examen complet en cas d'échec dans l'une ou l'autre matière. Ils doivent en outre obtenir au moins 60% à l'examen clinique de type ECOS. Quant à eux, les DHCEU ne sont contraints qu'à une moyenne générale de 60% obtenue après sommation de leurs résultats pour chaque discipline de base et pour l'examen clinique ».¹⁰

Le Conseil espère **que la méthode d'évaluation des DHCEU soit formellement identique pour les DHCEU et les étudiants québécois.**

⁹ Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. Projet d'*Avis concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002*. 31 mai 1999, pp. 4-5

¹⁰ Conseil médical du Québec, *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*, p.17

Le Conseil avait déjà formulé cette recommandation¹¹ en décembre 1996 et estime qu'il s'agit d'une condition minimale en terme d'équité à l'égard des étudiants québécois et de qualité professionnelle.

Enfin, le Conseil médical souligne que le jugement met aussi en évidence la fragilité et la précarité des contrats qui tiennent lieu de mesures dissuasives à l'exercice de la profession pour les médecins issus de contingents particuliers qui n'ont pas été prévus dans la planification globale des effectifs médicaux.

À ce propos, le Conseil médical du Québec tient à signaler, comme il l'a maintes fois répété dans d'autres avis, que les engagements signés par les étudiants hors Québec (avec visa ou autre) à ne pas s'installer sur le territoire au terme de leur formation n'ont pas la valeur qu'on leur prête généralement. Le jugement Tellier l'a clairement démontré. Dès 1996, lors de la promulgation du décret sur la Politique triennale débutant cette année-là, le Conseil des ministres demandait au ministère d'accélérer les travaux en ce qui concerne cette recommandation du Conseil médical relativement aux mesures législatives ou autres garantissant la non-installation au Québec de médecins issus de contingents ou de résidents non québécois. Dans son avis sur le projet de Politique triennale débutant en 1998¹², le Conseil médical revenait à la charge, cette fois pour exiger l'introduction de mesures réelles garantissant la non-installation avant d'autoriser la réalisation du projet-pilote de formation en médecine d'étudiants Malaisiens (quatre étudiants par année pendant trois ans) à l'Université McGill.

Avant de clore cette partie de l'avis, le Conseil médical rappelle qu'il s'est également prononcé dès décembre 1994, dans l'avis sur la Politique triennale débutant en 1995, contre le maintien des places de résidence avec engagement à pratiquer dans un lieu désigné par le Ministre. Le Conseil estime que ces contrats peuvent être contournés par le paiement des pénalités prévues dans le contrat, ce qui revient à dire que le droit de pratiquer la médecine au Québec peut s'acquérir moyennant paiement. Par ailleurs, comme les lieux désignés sont souvent situés dans des régions éloignées, la pratique en région peut alors s'apparenter à une obligation contraignante ou désagréable, accentuant ainsi une perception négative hélas trop répandue.

¹¹ Conseil médical du Québec, *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000*, p.8

¹² Conseil médical du Québec, *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001*, pp.5-6

Deuxième problème : Les permis restrictifs

Le second problème concerne l'utilisation des permis restrictifs pour des médecins recrutés à l'étranger dans le but de solutionner des pénuries graves de main-d'œuvre. Le recrutement de médecins à l'étranger a toujours fait partie des outils de la planification de la main-d'œuvre médicale au Québec. C'est le cas pour les médecins recrutés à des fins académiques. Les règles à cet effet sont précisées dans la Politique triennale. Pour le recrutement de médecins étrangers pour satisfaire à des impératifs cliniques, même si la Politique ne le prévoit pas spécifiquement, les membres de la Table de concertation ont toujours manifesté une grande ouverture lorsque la pénurie est évidente, comme ce fut d'ailleurs le cas récemment pour le recrutement de trois radio-oncologues pour les centres de Gatineau et de Rimouski.

Toutefois, il convient de distinguer ces médecins sélectionnés des DHCEU. Dans un avis sur la question¹³, le Conseil médical, après analyse et évaluation, concluait que les DHCEU ne constituaient pas une solution aux pénuries d'effectifs médicaux en région. Cette opinion a été alors partagée par les différents organismes concernés par la planification de la main-d'œuvre médicale, ainsi que par la Table de concertation.

Le Conseil ajoutait : « ... que la solution aux problèmes de répartition des effectifs médicaux réside davantage dans la mise sur pied d'un mécanisme permettant un meilleur diagnostic des causes des crises qui, malgré les apparences, ne sont pas toutes dues à une pénurie de médecins, et dans l'amélioration du mécanisme des plans d'effectifs médicaux et des leviers qui les supportent. Concernant ce dernier point, le Conseil pense qu'il serait plus utile d'analyser et de restructurer les mesures existantes pour garantir l'accès à des services médicaux avant de songer à en ajouter d'autres et cela, de concert avec une amélioration du Plan de répartition de l'effectif médical au Québec et de la mécanique de confection, d'acceptation et de suivi des plans régionaux d'effectifs médicaux». ¹⁴

Le document de la Table de concertation permanente sur l'effectif médical sur lequel l'avis du Conseil est demandé, propose deux formulations concernant le recrutement de médecins à l'étrangers dans le cas de pénurie grave en spécialité.

Le Conseil estime qu'à la vue du résultat obtenu dans le recrutement des trois radio-oncologues l'an dernier, devant l'évidence d'un besoin clinique et l'impossibilité de le satisfaire à même les ressources disponibles au Québec, le Conseil considère que cet amendement à la Politique triennale n'aurait pas été nécessaire, les intervenants ayant fait naturellement preuve de responsabilité dans le passé. Cependant, le Conseil ne

¹³ Conseil médical du Québec, *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*, Mars 1995.

¹⁴ Conseil médical du Québec, *Avis sur la place des diplômés hors du Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, décembre 1994, p.16

s'oppose pas à son introduction. Le cas échéant, le Conseil opte pour la formulation (21A) qui lui apparaît moins contraignante pour répondre à toutes les pénuries graves.

Le Conseil constate que le gouvernement est explicite sur la question de l'octroi des permis restrictifs. Le Conseil constate également que de tels permis, prévus habituellement pour des fins académiques, peuvent aussi être autorisés pour répondre à des besoins cliniques évidents. Dans les circonstances, le Conseil estime qu'avec le projet d'amendements à la Politique soumis, le Collège élargit sensiblement la portée de la notion de permis restrictif.

Le Conseil craint que le souhait du Collège¹⁵, de maintenir les deux voies d'intégration des DHCEU, qui serait introduit par les amendements proposés à la Politique triennale soit propice au contournement de cette même politique, si les besoins cliniques ne sont pas précisés. En effet, sans douter de la capacité du Collège des médecins du Québec d'assumer adéquatement ses responsabilités concernant la reconnaissance d'équivalence de diplôme et de formation pour les DHCEU, le Conseil croit qu'il faut se doter d'un mécanisme permettant de poser un diagnostic sur les causes des crises qui, malgré les apparences, peuvent sembler être dues à une pénurie de médecins alors qu'elles cachent un problème d'organisation clinique.

En effet, un DHCEU pourrait éviter les procédures d'évaluation qui sont prévues par le Collège pour les DHCEU en se faisant parrainer par un établissement du réseau. Il n'aurait alors que trois mois de stage à compléter avant sa certification. Ce genre de contournement accentuerait encore davantage l'iniquité à l'endroit des étudiants québécois et ne favoriserait pas la recherche constante de qualité professionnelle exigée de nos médecins.

Par ailleurs, dans l'éventualité de pénuries graves dans certaines spécialités, le Conseil recommande de procéder au recrutement de médecins sélectionnés pour leurs compétences et prêts professionnellement à répondre sans tarder aux crises identifiées. Quant à la manière de procéder, le Conseil estime nécessaire de mettre en place un mécanisme formel ayant pour mandat d'identifier les pénuries graves et procéder à la sélection des médecins étrangers sur la base de leurs compétences professionnelles, dans un souci permanent de qualité des services médicaux.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales se partageant la responsabilité de l'organisation des services médicaux et les établissements ayant des obligations d'accessibilité aux services médicaux, il leur incombe d'identifier la nature de la crise et d'examiner toutes les hypothèses de solution avant de « sélectionner », pour répondre à des besoins cliniques, des médecins à l'étranger. Le Conseil maintient qu'il est possible d'agir en amont des crises, en se dotant de leviers

¹⁵ Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. *Projet d'Avis concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002.* 31 mai 1999, p.11

efficaces pour assurer une répartition convenable des effectifs médicaux sur le territoire québécois.

En conséquence, le Conseil croit que la création d'un mécanisme formel ayant pour mandat d'identifier les pénuries graves et de procéder à la sélection des médecins étrangers sur la base de leurs compétences professionnelles s'impose, dans un souci permanent de qualité des services médicaux.

Le Conseil médical recommande la création d'un mécanisme formel ayant pour mandat d'identifier les besoins académiques ainsi que la nature des pénuries graves au plan clinique, et d'explorer toutes les avenues de solution à l'interne avant de procéder au recrutement de médecins à l'étranger sur la base de leurs compétences professionnelles, dans un souci permanent de qualité des services médicaux et de leur capacité à intervenir immédiatement sur le terrain pour répondre à un besoin urgent.

RECOMMANDATIONS

Le Conseil médical du Québec recommande :

- 1. que les amendements législatifs, proposés par le Conseil médical du Québec dans une lettre au Ministre en octobre 1998 et par le Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier, visant à habiliter la Politique triennale soient adoptés;**
- 2. que l'intégration des DHCEU au système québécois se fasse uniquement par le biais de la sélection des candidats aux places d'inscription disponibles à chaque année dans les programmes réguliers de formation prédoctorale en médecine;**
- 3. que dans les circonstances, en raison du vide juridique, la Ministre pourrait autoriser, pour l'année 1999-2000, le nombre de places de résidence équivalent au nombre de candidats DHCEU qui franchiront avec succès les étapes prévues par le Collège;**
- 4. que la méthode d'évaluation des DHCEU soit formellement identique pour les DHCEU et les étudiants québécois;**
- 5. la création d'un mécanisme formel ayant pour mandat d'identifier les besoins académiques ainsi que la nature des pénuries graves au plan clinique, et d'explorer toutes les avenues de solution à l'interne avant de procéder au recrutement de médecins à l'étranger sur la base de leurs compétences professionnelles, dans un souci permanent de qualité des services médicaux et de leur capacité à intervenir immédiatement sur le terrain pour répondre à un besoin urgent.**

ANNEXE I

SECTION DOCUMENTAIRE

Dans cette section le Conseil médical examine certains aspects techniques des propositions de la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* tout en insistant sur l'historique. Ses commentaires porteront sur deux principaux thèmes tout en traitant de quelques points spécifiques, en suivant l'ordre de présentation du document soumis à son attention.

- PARTIE I -

1. Diplômés hors du Canada et des États-Unis

Cette partie du document rappelle certains événements concernant les DHCEU depuis 1996 avec l'introduction dans la politique triennale des recommandations du Conseil médical du Québec pour l'intégration professionnelle des DHCEU par la voie des programmes de formation doctorale de 1^{er} cycle du contingent régulier uniquement composé, jusque là, d'étudiants et d'étudiantes issus du système de formation du Québec.

Ces recommandations, rappelons-le, découlaient de deux avis élaborés par le Conseil médical du Québec, suite à un mandat spécifique que lui avait confié le ministre de la Santé et des Services sociaux. Dans un premier temps, le Ministre demandait au Conseil de dresser un état de situation sur les DHCEU en relation avec des éléments importants du contexte de leur intégration comme la planification des effectifs médicaux et l'organisation de la pratique médicale, et particulièrement en région. En vertu du mandat qui lui était confié, le Conseil devait en outre formuler un jugement et des recommandations concernant ce contingent en regard des besoins médicaux et de leur qualité, de la tradition de concertation dans la planification des effectifs médicaux, de l'équité et de l'état des finances publiques. Cette partie du mandat a été traitée dans l'*Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, transmis au Ministre en décembre 1994.

Dans un deuxième temps, le Conseil a entrepris de répondre à la seconde partie du mandat confié par le Ministre. Cette partie du mandat consistait à formuler des propositions pour une politique globale et durable d'intégration des DHCEU qui viserait, selon les termes du mandat :

- à respecter le principe d'équité par rapport aux diplômés d'institutions d'enseignement du Québec ;

- à tenir compte de leur formation antérieure et des caractéristiques de chacun ;
- à améliorer leur formation et leurs chances de succès aux examens donnant accès au permis de pratique.¹⁶

L'Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, a été transmis au Ministre en mars 1995. Dans cet avis, le Conseil médical, après consultation auprès des représentants d'associations regroupant les DHCEU, des responsables chargés des admissions dans les facultés de médecine et de la confection des examens administrés alors aux DHCEU ainsi qu'auprès du Collège des médecins du Québec, recommandait entre autres l'intégration des DHCEU par la voie des programmes doctoraux de médecine. Cette recommandation fut introduite dans la politique triennale, l'année suivante.

Les universités ont, par la suite, élaboré une procédure pour évaluer les dossiers des DHCEU et, en septembre 1998, elles ont admis six candidats.

En 1998, le jugement Tellier, dans l'affaire opposant le Dr Edith Bandi et le Collège des médecins du Québec annule d'un seul coup la portée des dispositions de la politique triennale à cet effet, en ordonnant au Collège d'analyser toutes les demandes de reconnaissance de diplôme et de formation en vue d'obtenir un permis d'exercice de la médecine en fonction de ses propres règles, sans égard aux dispositions de la politique gouvernementale. Depuis ce jugement, le Collège a analysé 176 demandes de reconnaissance provenant de DHCEU.

Le document de la Table fournit également des précisions sur la nature du contingent des 176 DHCEU qui ont soumis leur candidature. Le document rappelle que les dossiers se répartissent dans une proportion de 40% en omnipratique et de 60% en spécialité. À titre d'exemples, le document indique qu'on trouve, entre autres, dans la liste, cinq candidats en anesthésie, deux candidats en radio-oncologie et 7 candidats en psychiatrie. Le Conseil estime que cette partie du document est inutile ou à tout le moins incomplète si elle ne précise pas que l'expérience acquise démontre que les DHCEU ont complété leur formation en médecine familiale dans environ 90% des cas, tel qu'établi dans l'avis du Conseil en 1994 sur la place des DHCEU dans le contexte de l'accès aux services médicaux.¹⁷

¹⁶ Conseil médical du Québec. *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis*. Mars 1995

¹⁷ Conseil médical du Québec. *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte d'accès aux services médicaux*, décembre 1994, p.10

2. Permis restrictif

En plus de la question des DHCEU, la première partie du document de la Table de concertation traite de la question des permis restrictifs. Il y est indiqué notamment que : « depuis le jugement Tellier, le CMQ a reçu quelques demandes de permis restrictifs pour répondre à des besoins cliniques identifiés par des établissements de notre réseau ». ¹⁸

Les règles du Collège concernant l'octroi d'un permis restrictif sont énumérées dans le document. Il s'agit de :

- être diplômé d'une faculté de médecine inscrite au registre de l'OMS ;
- produire les documents qui attestent de la compétence requise pour la discipline dans laquelle le permis restrictif est demandé ;
- ne pas avoir cessé d'exercer la médecine pendant une période de 4 ans ou plus ;
- répondre à un besoin requis par un établissement du réseau de la Santé et des Services sociaux ;

⇒ depuis le jugement Tellier, l'évaluation des besoins n'est plus déterminé par la politique gouvernementale, elle s'appuie exclusivement sur les demandes des candidats parrainés par des établissements.

Ce même document précise ensuite que le Bureau du Collège appuie sa décision sur les opinions émises par :

- les membres du Bureau ;
- la régie régionale concernée ou à défaut par la Conférence des régies régionales ;
- l'association professionnelle concernée dans le cas des spécialistes et par la Fédération des médecins omnipraticiens pour ces derniers.

C'est cependant sur le fond que le Conseil estime que ces règles causent des problèmes. Le Collège indique que le Bureau appuie désormais sa décision d'accorder

¹⁸ Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. Projet d'*Avis concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002*. 31 mai 1999, p.7

un permis restrictif en s'appuyant exclusivement sur les demandes de candidats parrainés par un

établissement et que ce dernier fait reposer sa décision sur les opinions émises par 1) les membres du Bureau, 2) la Régie régionale concernée ou, par défaut, la Conférence des Régies régionales et, 3) l'association professionnelle concernée dans le cas des médecins spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens pour ces derniers.

Pour le Conseil, cette procédure signifie qu'un établissement du réseau peut, de lui-même, faire indirectement ce que le ministère ou le gouvernement ne souhaite pas. En effet, la Politique triennale qui constitue la volonté gouvernementale en ces matières, ne fait référence à la notion de permis restrictif que dans le cas des médecins « sélectionnés » et les professeurs invités.

Le texte de la politique est explicite à cet égard : « Le gouvernement décide de statuer que les universités pourront recruter, à titre de professeur ou de professeur invité, des médecins étrangers. Toutefois, sauf exception décrite en 3B, ces médecins étrangers ainsi recrutés n'auront accès qu'à un permis restrictif émis par le Collège des médecins du Québec et ils n'auront aucun droit de facturation à la Régie de l'assurance-maladie du Québec... »¹⁹

La partie B de cette section de la Politique triennale précise les ententes qui doivent intervenir entre les universités et la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour accorder le droit de facturation à ces médecins professeurs.

Le paragraphe C de la même Politique triennale revêt une importance capitale dans le présent document. En effet, il y est dit : « Comme il a été convenu avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, 3 médecins radio-oncologues pourront être recrutés hors du Québec, en 1998-1999, pour répondre à des besoins cliniques au Centre hospitalier régional de Rimouski et au Centre hospitalier de Gatineau. Ces médecins non universitaires pourront bénéficier d'un permis restrictif avec droit de facturation à la Régie de l'assurance-maladie du Québec... ».

Ceci démontre que le gouvernement est précis sur la question de l'octroi des permis restrictifs et que de tels permis prévus habituellement pour des fins académiques, peuvent aussi être autorisés pour répondre à des besoins cliniques évidents.

¹⁹ Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, p.5

- PARTIE II -

La partie II du document soumis à l'examen du Conseil médical a trait exclusivement aux recommandations formulées, par la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, sur les amendements à apporter à la Politique triennale débutant en 1999. Les éléments significatifs ont tous été traités dans la première section du présent document.

ANNEXE II



Québec, le 30 octobre 1998

Monsieur Jean Rochon
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075 Chemin Sainte-Foy, 15^{ème} étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Les membres du Conseil médical du Québec ont pris connaissance du *Rapport du Groupe de travail sur l'analyse des conséquences du jugement Tellier concernant les dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine*, qui doit être transmis au Conseil des ministres, suite au mandat que ce dernier vous a confié le 20 mai dernier.

Lors de la séance régulière de juin dernier, les membres du Conseil ont été saisis du contenu du jugement Tellier. L'analyse qu'ils en ont faite concernant son impact éventuel sur la planification des effectifs médicaux les a convaincus de la nécessité et de l'urgence de la mise en place de moyens utiles et efficaces permettant d'atteindre les résultats attendus de la Politique triennale.

Pour diverses raisons qui ont déjà fait l'objet de commentaires dans deux avis du Conseil en 1994 et 1995, l'un portant sur la place des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis et l'autre sur leur intégration professionnelle, mais principalement pour des raisons de qualité des services médicaux rendus à la population et d'équité pour les étudiants québécois, le Conseil proposait déjà d'apporter des amendements en ce sens à la Loi sur les services de Santé et les services Sociaux, à la Loi médicale ainsi qu'au Code des professions.

.../2

En fait, le Conseil médical estime que les standards de qualité que la société exige des médecins qui ont la charge de veiller sur sa santé doivent être protégés. C'est la raison pour laquelle les facultés de médecine du Québec, du Canada et États-Unis ont convenu d'un protocole d'agrément qui fixe des normes sévères garantissant la qualité de la formation acquise par les médecins issus de ces facultés. Or, il n'existe pas de protocole semblable avec d'autres facultés de médecine dans le reste du monde. Cet état de fait justifie, à lui seul les mécanismes de contrôle et d'évaluation des médecins formés à l'extérieur du Canada et des États-Unis.

Par ailleurs, compte tenu de la nature même du mode de rémunération des médecins prévu par le régime de santé existant au Québec, le processus de planification des besoins en médecins mis en place par le gouvernement et qui entraîne un contingentement sévère de l'admission dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale dans les facultés de médecine du Québec, est pleinement justifié et doit être maintenu.

C'est pourquoi le Conseil médical partage les objectifs recherchés et les principales recommandations énoncées dans le Rapport du Groupe de travail. Les deux seules réserves que nous entendons exprimer concernant deux points techniques de la solution proposée dans le rapport.

La première se retrouve dans l'élément 4 de la partie A de la solution et qui se lit comme suit :

«permettre au gouvernement d'exiger des personnes titulaires d'un diplôme délivré par un établissement d'enseignement hors du Québec autre qu'une école de médecine, admises dans un programme de doctorat de 1^{er} cycle en médecine, la signature d'un contrat d'engagement de pratique dans une région ou un établissement désigné assorti d'une clause pénale en cas de non-respect»

La seconde se retrouve dans l'élément 7 de la partie A qui se lit comme suit :

«maintenir le pouvoir actuel du gouvernement énoncé à l'article 503 de cette loi (Loi sur les services de santé et les services sociaux) de réserver des places d'entrée en spécialité pour les diplômés du contingent régulier à des personnes qui s'engagent à oeuvrer dans une région ou un établissement désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux».

Les réserves du Conseil médical sur ces deux propositions contenues dans le Rapport du Groupe de travail procèdent d'une même logique et donc d'une même argumentation.

Dès décembre 1994, dans l'*Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998*, le Conseil proposait l'élimination des places d'entrée en spécialité assorties d'un engagement à pratiquer dans une région ou un établissement désigné par le ministre. Ces places avec engagement avaient été instituées à l'origine dans la perspective louable d'atteindre les objectifs de répartition régionale des effectifs médicaux. Si cette mesure a favorisé la présence de médecins dans les régions au début de leur pratique, ses effets sur l'installation permanente en région sont plus discutables. Pour favoriser l'installation des médecins en région, le Conseil a toujours préconisé des mesures incitatives et le développement de la formation des résidents en région.

Dans des avis subséquents, le Conseil a réclamé de nouveau l'abolition des places de résidence assorties d'engagement et de pénalités en cas de non-respect des engagements à pratiquer dans une région ou un établissement désigné. Le Conseil soutenait que ces dispositions transmettaient un message ambigu à plus d'un égard. D'une part, comme les établissements désignés se situent généralement en région, cette mesure constitue un dénigrement de la pratique en région et vient à contre-courant des efforts qui sont déployés pour favoriser l'installation de médecins dans toutes les régions du Québec. D'autre part, les pénalités dont on n'a jamais su si elles avaient été appliquées une seule fois nous apparaissent

comme un moyen trop facile de contourner les règles du jeu que sont, dans les circonstances, les plans régionaux d'effectifs médicaux.

Si le Conseil médical s'oppose encore au maintien des places de résidence, conditionnelles à un engagement pris par un diplômé en médecine, il s'oppose, à plus forte raison, à l'octroi de places assorties d'engagement dans les programmes de 1^{er} cycle en médecine, les délais entre la prise d'un engagement et son exécution pouvant varier entre sept et plus de dix ans.

Mises à part ces deux réserves, le Conseil médical du Québec appuie toutes les mesures proposées dans le Rapport du Groupe de travail dans le but de donner une assise juridique à la Politique triennale.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Président,



JUAN ROBERTO IGLESIAS

ANNEXE III

**AVIS
SUR LA PLACE DES
DIPLOMÉS HORS CANADA ET ÉTATS-UNIS
DANS LE CONTEXTE DE L'ACCÈS
AUX SERVICES MÉDICAUX**

DÉCEMBRE 1994

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

(AVIS 94-02)

ANNEXE IV

**AVIS
SUR L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE
DES DIPLÔMÉS D'ÉCOLES DE MÉDECINE
SITUÉES HORS DU CANADA
ET DES ÉTATS-UNIS**

MARS 1995

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

(AVIS 95-01)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

PREMIER PROBLÈME : LES RÈGLES DE RECONNAISSANCE 3

DEUXIÈME PROBLÈME : LES PERMIS RESTRICTIFS 11

RECOMMANDATIONS..... 15

ANNEXE I, II, III, IV

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géo-graphique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis "Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir", octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités

Rapports d'activités :

1993-1994

1994-1995

1995-1996

1996-1997

1997-1998

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socioéconomiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995