

**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)**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 1995  
ISBN 2-550-24337-4

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I LES CHOIX DU QUÉBEC EN MATIÈRE DE MAIN-D'OEUVRE MÉDICALE .....	3
1.1 Le choix du régime .....	3
1.2 Le choix de la planification de l'effectif médical .....	6
1.3 Les choix concernant la répartition des effectifs .....	8
1.4 Les choix politiques concernant les DHCEU .....	10
CHAPITRE II UNE SOLUTION POUR L'AVENIR .....	15
2.1 Les exigences de la formation médicale .....	15
2.2 Les deux hypothèses examinées par le Conseil .....	15
2.2.1 Examen-concours et stage d'accueil .....	16
2.2.1.1 Les inconvénients .....	19
2.2.1.2 Les avantages .....	19
2.2.1.3 Le partage des responsabilités .....	20
2.2.2 Intégration au programme prédoctoral en médecine ..	21
2.2.2.1 Les difficultés .....	22
2.2.2.2 Les avantages .....	23
2.2.2.3 Le partage des responsabilités .....	24
CHAPITRE III CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	25
3.1 Conclusions .....	25
3.2 Recommandations .....	27

---

## INTRODUCTION

Le 24 novembre 1994, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Docteur Jean Rochon, demandait au Conseil médical du Québec de faire un état de situation sur les diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) en relation avec des éléments importants du contexte de leur intégration comme la planification des effectifs médicaux, les admissions dans les programmes des facultés de médecine du Québec, la répartition des effectifs médicaux, l'organisation de la pratique médicale, particulièrement en région. Le Conseil devait en outre formuler un jugement et des recommandations concernant ce contingent en regard des besoins de services 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.

Tenant compte du court délai qui lui était imparti, le Conseil a répondu, dès le 16 décembre suivant, aux questions qui paraissaient les plus urgentes dans son *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*. Le Conseil a, par la suite, entrepris des travaux pour répondre aux autres questions portant principalement sur des propositions pour une politique globale et durable d'intégration des DHCEU qui viserait, selon les termes précisés dans un communiqué ministériel le 23 décembre dernier :

- 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 d'exercice.

Pour exécuter la seconde partie de son mandat, le Conseil a poursuivi ses rencontres avec les représentants d'associations regroupant les DHCEU. Il a également rencontré des responsables chargés des admissions dans les facultés de médecine et de la confection des examens administrés aux DHCEU. Le Conseil a aussi multiplié les

contacts auprès du Collège des médecins du Québec. À la suite de ces travaux, le Conseil a retenu deux hypothèses, l'une concernant l'amélioration du processus actuel d'intégration des DHCEU par la voie des programmes postdoctoraux en médecine, l'autre favorisant leur intégration par la voie du programme prédoctoral en médecine.

Les deux hypothèses furent ensuite soumises à la discussion lors d'une rencontre conjointe organisée par le Conseil et réunissant un représentant de la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec; des vice-recteurs des quatre universités concernées ou leurs représentants; des membres de la Conférence des doyens des facultés de médecine ou leurs représentants ainsi que le président et la directrice générale du Collège des médecins du Québec.

Le premier chapitre du présent avis est consacré à l'historique des choix faits par le Québec en matière de main-d'oeuvre médicale. Le second chapitre décrit les deux hypothèses envisagées alors que le troisième chapitre présente les conclusions et recommandations du Conseil médical du Québec.

---

## Chapitre I

# LES CHOIX DU QUÉBEC EN MATIÈRE DE MAIN-D'OEUVRE MÉDICALE

## 1.1 Le choix du régime

Le Québec célèbre cette année le 25<sup>e</sup> anniversaire de l'instauration de son régime d'assurance-maladie.

C'est en effet en 1970, à la suite des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu et dans la foulée du remue-ménage pancanadien dans ce domaine, que le Québec crée son régime d'assurance-maladie qui reposera, afin de pouvoir bénéficier des transferts fédéraux qui y sont liés, sur les critères de la gestion publique, de l'intégralité, de l'universalité, de la transférabilité et de l'accessibilité.

Ce faisant, le Québec accédait au palier supérieur des sociétés sociales-démocrates qui considéraient que la maladie constitue un risque devant être assumé collectivement et que l'accès aux services de santé ne doit pas dépendre de la capacité individuelle de payer.

Dans un rapport déposé le 18 décembre 1987, la *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, décrit en termes simples et clairs et d'une manière concise, ce qui était le sens de la démarche gouvernementale lors de l'instauration du régime québécois d'assurance-maladie :

**«Dans le domaine de la santé, il était peu à peu devenu évident que les mécanismes habituels du marché ne pouvaient conduire à de s situations acceptables tant pour la personne que pour la société . Sur le plan individuel, l'incertitude causée par l'occurrence de la maladie et ses coûts potentiels a incité la population à rechercher une façon de partager les risques plus équitablement, d'où la création de l'assurance privée, puis publique. En outre, le**

---

**déséquilibre d'information entre le médecin et son patient justifiait le souci de dégager le plus possible la pratique médicale des pressions d'ordre économique afin qu'elles ne passent jamais avant l'intérêt du patient. Ce déséquilibre requérait aussi la protection des patients par des mécanismes de surveillance de la pratique professionnelle. Enfin, on prenait de plus en plus conscience des effets externes liés à la maladie, c'est-à-dire des conséquences non seulement sur le malade mais aussi sur l'ensemble de la collectivité. Évidentes dans le cas de la vaccination contre les maladies infectieuses, ces «externalités» se sont peu à peu élargies et ont entraîné un peu partout dans le monde la création de régimes publics d'assurance collective permettant un accès universel aux services de santé. L'accessibilité de chacun à ces services de santé, sans égard à la capacité de payer, devenait une valeur fondamentale<sup>1</sup>.**

La Loi sur l'assurance-maladie adoptée en 1970 confie à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) le mandat d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance-maladie. Elle est chargée, notamment, de payer les honoraires des professionnels qui exercent dans le cadre du régime, selon les ententes convenues par voie de négociations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les associations représentant les professionnels soit, principalement, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Tous les médecins détenteurs d'un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec sont automatiquement intégrés au régime et peuvent facturer à la RAMQ les services professionnels rendus dans le respect des ententes déjà mentionnées. Toutefois, la loi prévoit qu'un médecin peut se soustraire à l'application du régime. Il doit alors signifier à la RAMQ sa volonté d'être soit «désengagé» (l'usager

---

<sup>1</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, p. 317

---

paie directement le médecin et se fait rembourser personnellement par la RAMQ sur la base de la tarification prévue aux ententes pour les services assurés qu'il a reçus), soit «non-participant» (le médecin est payé directement par son patient selon le tarif dont ils conviennent ensemble mais le patient ne peut réclamer de remboursement auprès de la RAMQ). Le patient ne peut pas davantage bénéficier d'un éventuel remboursement par un assureur privé pour des services déjà assurés en vertu du régime public du fait que la loi québécoise interdit la couverture par un assureur privé, des services déjà assurés par ce régime. Inutile d'insister sur le fait que peu de médecins ont revendiqué le statut de non-participant, le seul qui n'entraîne pas de coûts pour le régime. Effectivement, il s'en trouve à peine 41 sur un total de 16 800 médecins inscrits à la RAMQ au cours de l'année financière 1993-1994.

Ainsi donc, l'économie générale du régime d'assurance-maladie du Québec est à l'effet qu'un ajout net de médecins à l'effectif global entraîne des coûts nets dans le régime.

Cet impact des effectifs sur les coûts, que nous venons d'expliquer par les principes d'organisation et de fonctionnement de notre régime public de services médicaux, n'est pas compensé ou atténué par les effets de la concurrence. Un système public de soins de santé et de services médicaux comme le nôtre a, d'un point de vue économique, des caractéristiques qui le rendent fort différent de l'ensemble des autres secteurs de production de biens et services. La demande est fortement élastique, notamment en raison du comportement des consommateurs dans un contexte de gratuité, et surtout à cause de la nature de la relation entre un patient et un médecin. Dans cette relation, à cause de la situation de dépendance du malade, de même qu'à cause du rôle et des connaissances du médecin, c'est ce dernier qui a l'influence la plus déterminante sur la demande de services. Ces facteurs expliquent l'observation faite empiriquement que, dans notre régime public de services médicaux, c'est l'offre de services qui est déterminante, c'est en quelque sorte l'offre qui crée la demande<sup>1</sup>. Les données suivantes

---

<sup>1</sup> Voir : Robert G. Evans, *Strained Mercy - The Economics of Canadian Health Care*, Butterworths, Toronto, 1984, (notamment pp. 84 et ss.); André-Pierre Contandriopoulos, «Economie du système de la santé», chapitre 21 de : *Traité d'anthropologie médicale - l'institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, 1985.

---

caractérisent bien ce phénomène. En 1982-83, on estimait à 1300 le surplus de médecins au Québec; ce surplus est estimé à 931 en 1994; 1074 en 1997 et encore à 366 en 2006<sup>2</sup>. On a calculé que, par comparaison avec le rythme de croissance de la population, les effectifs médicaux s'accroissaient 8 fois plus rapidement au début des années 1970, 6 fois au début des années 1980 et 2 fois entre 1988 et 1992; les ratios population/médecin correspondants étaient de 813 en 1972, 590 en 1980 et 475 par médecin en 1992<sup>3</sup>.

## 1.2 Le choix de la planification de l'effectif médical

Tel que l'on vient de le voir, le régime québécois de services médicaux accorde d'emblée l'accès au régime pour les médecins ayant obtenu un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec. Cet accès est considéré comme un fait unique de garantie absolue d'un travail et d'un revenu. Tout ajout d'un médecin dans l'effectif entraîne des coûts directs réels. Il est bon aussi de mentionner que l'activité d'un médecin est génératrice de frais indirects publics ou privés distincts de sa rémunération proprement dite.

Il était prévisible, dans ces circonstances, que l'État intervienne, un jour ou l'autre dans le domaine de la planification de la main-d'oeuvre médicale et c'est d'ailleurs ce qui se produisit dès le milieu des années 1970.

Ainsi, pour l'année universitaire 1975-1976, le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui s'appelait alors ministère des Affaires sociales, a informé les universités que le nombre d'internes et de résidents serait gelé au niveau (2100) de l'année précédente et que le nombre de places occupées par des diplômés étrangers serait contingenté. Le ministère exigeait aussi l'accroissement de la proportion

---

<sup>2</sup> Conseil médical du Québec. *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux (décembre 1994).*

<sup>3</sup> Collège des médecins du Québec. *Les effectifs médicaux au Québec : situation de 1972 à 1992 et projection pour 1997* (novembre 1994).

d'omnipraticiens et stipulait que priorité devait être donnée aux diplômés du Québec. Cette première intervention gouvernementale se limitait à la formation postdoctorale.

Quelques années plus tard, soit à partir de 1982-1983, le gouvernement décida d'intervenir également dans la détermination du nombre d'inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine.

Les calculs réalisés à ce moment sur la base du ratio population/médecin en comparaison avec d'autres provinces et d'autres pays indiquaient, comme on l'a mentionné plus haut, que le Québec disposait d'un surplus de 1 300 médecins. Le gouvernement décida alors de diminuer progressivement de 105 les entrées en médecine pour les finissants d'institutions d'enseignement du Québec, ce qui a fait effectivement passer ces admissions de 586 en 1981 à 481 en 1988.

La *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical* créée en 1986 et regroupant tous les intervenants que la question concernait allait relever le défi, par la mise en commun de leurs données respectives, du développement d'un modèle de projection de l'offre et de la demande de services médicaux qui remplace la mesure du ratio population/médecin et qui conditionne, depuis lors, les décisions concernant la planification globale des effectifs médicaux au Québec.

En faisant le postulat que le nombre de médecins au Québec en 1986 était suffisant, après validations interprovinciales et internationales, pour répondre aux besoins de la population, il était possible de construire un modèle démographique permettant de projeter l'offre et la demande de services médicaux considérés en équilibre l'année de référence, en l'occurrence 1986. Le Conseil médical du Québec a déjà produit un document décrivant ce modèle de projection<sup>1</sup>. Depuis sa création, le modèle a été utilisé pour ajuster le nombre des admissions dans les facultés de médecine.

Les résultats obtenus par l'application du modèle selon lesquels le Québec dispose d'un

---

<sup>1</sup> Conseil médical du Québec. *Offre et demande de services médicaux Avis sur le modèle de projection*. Juin 1994

surplus global de médecins au moins jusqu'en 2006, font consensus à la Table de concertation. C'est d'ailleurs en tenant compte de ce surplus que le gouvernement a décidé de diminuer de 10 places les entrées en médecine en 1994 pour les diplômés d'institutions d'enseignement québécoises, réduisant ainsi leur nombre à 471.

De son côté, la capacité de formation en médecine au Québec avec ses quatre facultés (Laval, Montréal, McGill et Sherbrooke) et leur réseau hospitalier universitaire respectif est suffisante pour répondre aux besoins en matière de main-d'oeuvre médicale. Par ailleurs, afin de pouvoir combler des carences ponctuelles dans certaines spécialités mais surtout pour combler des besoins de l'enseignement et de la recherche, le Québec s'est doté d'un dispositif permettant le recrutement à l'étranger de médecins spécialistes. Il s'agit du contingent des «médecins sélectionnés» qui s'est progressivement vu imposer des limites ayant déjà été de près de 30 il y a quelques années pour n'être plus que de 12 en 1994. Cette capacité de formation et ce phénomène de réduction progressive du recours aux «médecins sélectionnés» témoignent de la volonté au moins implicite de répondre aux besoins du Québec par la formation des médecins dans les facultés québécoises.

### **1.3 Les choix concernant la répartition des effectifs**

Malgré le fait que le Québec dispose d'un surplus global d'effectifs médicaux, force nous est faite de constater qu'il existe des disparités quant à leur répartition géographique. Conscient, en raison de la liberté d'installation qui caractérise le statut de libre entrepreneur du médecin, que la régulation naturelle ne parviendrait pas à combler les disparités interrégionales en raison de l'attrait puissant qu'exercent les régions universitaires, le gouvernement a mis en place des mesures pour inciter les médecins à aller exercer hors des grandes régions.

Une trentaine de mesures variées allant de bourses d'étude liées à un engagement limité de pratiquer en région jusqu'à la rémunération différenciée en passant par des primes d'installation et de rétention, ont ainsi été élaborées et mises en application. Ces mesures ont fortement contribué à la solution du problème de la répartition

géographique des médecins mais il reste encore beaucoup à faire pour parvenir à une répartition équitable et raisonnable. De plus, des plans triennaux de répartition de l'effectif médical contenant des objectifs de croissance et de décroissance selon les régions constituent de véritables balises qui guident désormais les décisions en cette matière.

Le Conseil médical a brossé un portrait de la situation dans son *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux* en décembre 1994. Le Conseil a constaté une évolution sensible vers la solution au problème de répartition géographique des médecins.

Après avoir examiné dans le même avis l'évolution du ratio population/médecin par région ainsi que les disparités interrégionales quant à la répartition des médecins et à l'accès aux services offerts par ceux-ci pour la période 1992-1993, le Conseil constatait que le Québec dispose d'un nombre suffisant de médecins et de mécanismes développés pour arriver, par une large concertation, à la répartition des effectifs par la détermination de critères d'accès aux services et la mise en place de plans d'effectifs, à la condition que des mesures efficaces soient prises pour en assurer la réalisation effective.

Le Conseil constatait également que malgré un train de mesures variées visant à encadrer la répartition, des crises survenaient de temps à autre. Cependant, le Conseil affirmait que ces crises n'étaient pas toujours reliées uniquement au nombre de médecins disponibles mais étaient souvent révélatrices de difficultés plutôt reliées à l'organisation locale ou régionale des services médicaux et à la contribution individuelle des médecins à la satisfaction des besoins des communautés. Le Conseil affirmait en conséquence qu'il était essentiel d'examiner l'organisation du système et du travail des médecins dans ce système. Il annonçait que cette question faisait déjà l'objet d'une étude attentive par le Conseil.

Dans ce même avis, mais considérant cette fois la contribution des DHCEU à la répartition, le Conseil médical concluait que ce contingent ne représente pas une

---

solution aux problèmes de la répartition des effectifs médicaux au Québec. Les raisons qui motivent cette conclusion sont les suivantes : les pénuries sont principalement en médecine spécialisée alors que jusqu'à maintenant, les DHCEU s'orientent à environ 90 % en omnipratique; que l'on rencontre des difficultés à faire en sorte qu'ils aillent remplir leur engagement dans les régions éloignées; que le ministère ne parvient pas toujours à faire respecter les contrats qu'ils ont signés; que l'on remarque un faible pourcentage d'installation dans les régions désignées une fois leur engagement terminé.

#### **1.4 Les choix politiques concernant les DHCEU**

Avant 1978, il y avait un nombre réduit de DHCEU qui étaient candidats à l'internat rotatoire. C'est à la demande de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (maintenant le Collège des médecins du Québec) que 10 postes d'internat rotatoire ont été ajoutés au contingent régulier en 1978-1979 pour « cas humanitaires».

Quelques années plus tard, comme le nombre de DHCEU désirant exercer la médecine au Québec augmentait constamment, diverses politiques cherchant à diminuer les listes d'attente se sont succédé sans succès. C'est ainsi qu'en 1985 et en 1988, le gouvernement décida de résorber complètement la liste des DHCEU en attente d'un poste pouvant leur donner la possibilité d'avoir accès à l'exercice de la médecine. Ces deux décisions touchaient environ 90 personnes en 1985 et 141 personnes en 1988. En conséquence, tous les DHCEU (100 % des cas) qui ont immigré au Québec et qui se sont inscrits sur une liste avant 1989 pour avoir accès à l'exercice de la médecine au Québec en ont eu la possibilité et cela, grâce aux décisions gouvernementales de 1985 et 1988 de résorber les listes constituées de DHCEU.

Depuis 1989, il y a 10 autres DHCEU par an qui ont la possibilité d'intégrer le système par le biais d'un examen-concours sous l'autorité du Collège des médecins du Québec. Les 10 personnes ainsi sélectionnées doivent par la suite suivre un programme d'accueil dont la réussite conditionne l'accès à un poste de résidence en médecine familiale ou en médecine spécialisée. Ils doivent suivre par la suite le même cheminement que les

diplômés d'une faculté de médecine du Québec.

À ce jour, une nouvelle liste d'attente s'est constituée quand même et des pressions allant jusqu'à la grève de la faim, sont exercées par les DHCEU pour être admis à l'exercice de la médecine. Le nombre exact de DHCEU sur la liste d'attente n'est pas précisé, car ils sont regroupés au sein de différentes associations. On en compte plus de 100 et ce chiffre pourrait aller jusqu'à 150.

De plus, le Conseil a signalé dans son avis du 16 décembre dernier, que la durée de la formation des DHCEU est plus longue que prévue. Leur taux d'échec aux examens devant leur permettre d'obtenir un permis d'exercice ne se compare en rien 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 et canadiens s'établissait à 2,1 %. On doit noter que ces résultats concernent des groupes de DHCEU différents du point de vue de la méthode de leur sélection, en particulier selon qu'ils ont été admis, ou non, par concours, en vertu des exigences révisées par la Corporation professionnelle des médecins du Québec à la fin de 1988.

Le Conseil a en outre constaté que les mesures adoptées pour leur faciliter l'accès à l'exercice de la médecine présentent des problèmes d'équité à l'égard des étudiants provenant du système d'éducation du Québec, désireux et capables d'y accéder.

En effet, nous avons indiqué déjà que suite aux décisions de 1985 et 1988 concernant le délestage des listes de DHCEU en attente d'un poste, tous ceux qui étaient inscrits sur une liste avant 1989 ont eu la possibilité d'être intégrés dans les programmes de formation postdoctorale conduisant aux examens pour l'obtention d'un permis

d'exercice.

Depuis 1989, dix autres DHCEU ont la possibilité d'intégrer chaque année le système par le biais d'un examen-concours. Sachant qu'il y a en moyenne 40 nouveaux DHCEU par année qui se présentent au concours du Collège des médecins du Québec, ils ont donc 25 % de chances d'être admis contre environ 15 % seulement pour les étudiants provenant des institutions d'enseignement du Québec.

Cette disproportion est davantage mise en évidence si l'on tient également compte du fait que les DHCEU peuvent se présenter à l'examen du Collège des médecins du Québec autant de fois qu'ils le désirent, en cas d'échec, alors que les étudiants québécois doivent en général compléter un baccalauréat avant de soumettre une nouvelle demande d'admission dans une faculté de médecine s'ils n'ont pas été retenus une première fois.

## **1.5 Conclusions**

D'une manière générale, le choix fait en 1970 de se doter d'un régime public d'assurance-maladie auquel tous les médecins reconnus par le Collège ont accès pour la rémunération des actes médicaux assurés qu'ils dispensent, a conduit le Québec à développer des moyens visant la planification de son effectif médical.

Cette démarche de planification a amené le gouvernement et les autres intervenants concernés à conclure que le Québec disposait, pour répondre à ses besoins, d'un surplus global de médecins au moins jusqu'en 2006. De cette conclusion découle d'ailleurs les décisions qui ont fait passer le nombre d'admissions du contingent régulier du programme de doctorat en médecine de 581 en 1981 à 471 en 1994.

La question de la répartition des médecins de manière à ce que la population, où qu'elle se trouve sur le territoire, puisse avoir accès aux services offerts, a toujours constitué une préoccupation gouvernementale. Au fil des ans, différents mécanismes ont été élaborés à cette fin dont, principalement, les plans régionaux de répartition de l'effectif

---

médical. Afin de réduire les disparités interrégionales relatives à la répartition géographique de médecins et à l'accès aux services médicaux, des plans triennaux de répartition de l'effectif ont été élaborés et le dernier, couvrant la période 1993-1996, contient des objectifs de croissance et de décroissance dans le but d'assurer à la population de chaque région une part équitable de services et de favoriser l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires. Même si tous les objectifs n'ont pas encore été atteints, des progrès sensibles ont été enregistrés. Reste à poursuivre les efforts en vue de la réalisation des plans de répartition.

En ce qui concerne les DHCEU, les choix du Québec ont été faits à l'origine pour des raisons humanitaires. Par la suite, on a justifié leur intégration par la voie latérale d'un contingent particulier en invoquant leur capacité à combler les carences de ressources médicales en région.

L'évolution de ce contingent particulier des DHCEU s'est avérée pour le moins cahotique en raison du manque de rigueur qui a prévalu depuis son origine, notamment quant à la manière de les sélectionner et de compléter leur formation, quant aux décisions de 1985 et 1988 d'éliminer les listes d'attente en offrant à tous les DHCEU inscrits sur ces listes la possibilité d'obtenir un poste; quant à la condescendance manifestée à leur endroit au chapitre des normes d'évaluation lors des examens-concours et des stages d'accueil, comme nous pourrions le constater plus loin dans ce document, et enfin, quant aux réactions de panique entretenues face aux pressions qu'ils exerçaient, entre autres par le moyen odieux de la grève de la faim.

Il en est résulté que le taux d'échec enregistré par les DHCEU est incomparable par rapport à celui des diplômés d'institutions d'enseignement du Québec; que la pression est toujours aussi forte et, comme l'a démontré le Conseil médical en décembre<sup>1</sup>, les DHCEU ne constituent pas la solution aux difficultés des régions, l'expérience vécue au début de l'année 1995 en Abitibi en est une dernière preuve éclatante.

---

<sup>1</sup> Conseil médical du Québec. *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*, Décembre 1994

## Chapitre II

### **UNE SOLUTION POUR L'AVENIR**

#### **2.1 Les exigences de la formation médicale**

Les facultés de médecine québécoises, canadiennes et américaines sont évaluées périodiquement par le *Liaison Committee on Graduate Medical Education* qui maintient un système commun d'agrément de toutes les facultés dans le but de garantir les mêmes standards élevés pour les praticiens qui en sont issus.

D'autre part, les candidats venant des institutions d'enseignement du Québec désireux et capables de poursuivre et de compléter avec succès des études en médecine sont beaucoup plus nombreux que la capacité de formation des facultés et que les besoins globaux de main-d'oeuvre dans ce domaine, d'où un contingentement sévère et une compétition agressive pour les places disponibles à l'admission dans les facultés. Au Québec, il n'y a pour l'instant que 15 % environ des candidats qui sont retenus, bon an mal an. Les normes de sélection des candidats à l'admission sont donc à ce point exigeantes que rares sont les candidats admis qui abandonnent leur formation ou qui n'obtiennent pas leur permis d'exercice au terme de cette formation.

Toutes ces contraintes supposent évidemment en préalable une base valide de sélection, une évaluation suivie et sérieuse de l'évolution de l'étudiant ainsi qu'un partage clair et connu des responsabilités pédagogiques et professionnelles entre les différents intervenants dans la formation médicale.

#### **2.2 Les deux hypothèses examinées par le Conseil**

Le mandat que le Ministre a confié au Conseil médical du Québec le 24 novembre 1994 et dont les objectifs sont précisés en introduction du présent avis, consiste dans la formulation de propositions pour une politique globale et durable

d'intégration des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis qui viserait notamment le respect de l'équité à tous égards, la prise en compte d'éléments de leur formation antérieure et l'amélioration de leur préparation pédagogique en vue d'accroître leurs chances de succès aux examens donnant accès au permis d'exercice.

Suite à sa démarche de réflexion et de consultation et après avoir exploré ce qu'il estime correspondre à l'ensemble des avenues possibles, le Conseil a retenu et examiné deux hypothèses. La première consiste dans l'amélioration substantielle du mode actuel de sélection par voie de l'examen-concours suivi d'un stage d'accueil précédant l'entrée en résidence. Il s'agit en fait de la bonification de l'approche d'intégration des DHCEU aux fins des études postdoctorales, en vigueur depuis 1989. La seconde hypothèse, quant à elle, consiste à favoriser une intégration des DHCEU au programme prédoctoral en médecine via les règles universitaires d'admission accompagnées d'une évaluation et d'une reconnaissance d'éléments de la formation acquise antérieurement.

Chacune des deux hypothèses présente des avantages incontestables. Certaines difficultés qui apparaissent dans leur application peuvent être surmontées pour peu que l'on fasse preuve de bonne volonté. Chacune des hypothèses aussi suppose un partage défini de responsabilités entre les principaux intervenants, le gouvernement, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Collège des médecins du Québec, et les quatre universités (Laval - Sherbrooke - Montréal et McGill) qui offrent un programme de formation en médecine.

### **2.2.1 Examen-concours et stage d'accueil**

Comme nous l'avons dit précédemment, l'examen-concours du Collège des médecins du Québec est la voie utilisée depuis 1989 pour sélectionner et préparer les candidats DHCEU à un poste de résidence devant conduire à l'obtention du permis d'exercice.

Nous avons également constaté, et les chiffres à cet égard sont éloquentes, que le 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. Intrigué par cette constatation pour le moins surprenante concernant la performance aux études postdoctorales des DHCEU sélectionnés à partir du même examen-synthèse servant à décerner le diplôme en médecine aux étudiants de trois des quatre facultés québécoises, le Conseil médical a examiné cette question attentivement. Deux causes pouvant expliquer le phénomène lui sont apparues lors de ses recherches.

Premièrement, quoique l'examen auquel les DHCEU sont soumis lors de la sélection est le même que celui auquel doivent se soumettre les étudiants issus de trois des quatre facultés de médecine québécoises, l'évaluation docimologique n'est pas semblable. 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.

Deuxièmement, comme les objectifs, l'encadrement et l'évaluation dans les stages d'accueil ne sont pas rattachés à un programme universitaire, ces stages ne peuvent offrir toutes les garanties pédagogiques essentielles à cette étape de la préparation des DHCEU aux études postdoctorales.

En conséquence, le Conseil propose, après consultation auprès du Collège des médecins du Québec et des quatre universités concernées, qu'advenant le cas où ce mode de sélection des DHCEU était maintenu, de prendre les dispositions nécessaires afin que l'examen (volets théorique et clinique) auquel seraient soumis désormais les DHCEU soit évalué docimologiquement selon les mêmes critères que ceux utilisés pour les étudiants de quatrième année des facultés de médecine du Québec en tenant

---

compte particulièrement de l'importance de réussir séparément chacune des deux composantes (théorique et clinique), ainsi que chacune des composantes de la partie théorique.

De plus, pour respecter les exigences qu'impose la qualité recherchée pour les médecins qui exercent au Québec, il est essentiel, si ce mode de sélection était maintenu, de prendre toutes les mesures requises pour que le quota annuel déterminé pour ce contingent soit comblé uniquement par des candidats ayant satisfait à toutes et chacune des exigences appliquées aux étudiants issus des institutions d'enseignement du Québec.

Toujours dans la même optique, mais considérant cette fois les contraintes liées à la planification de l'effectif médical, où le Québec présente actuellement un surplus de médecins, le quota déterminé pour ce contingent ne devrait en aucun cas être dépassé.

Concernant la détermination de ce quota, le Conseil est d'avis, pour des raisons d'équité, qu'il doit être calculé en fonction du pourcentage d'admissions au programme prédoctoral des candidats issus des institutions d'enseignement du Québec et que ce pourcentage devrait être de 1,25 %<sup>1</sup>.

Par ailleurs, comme c'est l'usage pour les étudiants des facultés de médecine québécoises, le Conseil propose également que les DHCEU soient limités à trois essais.

Enfin, et toujours advenant le cas où ce mode de sélection des DHCEU était maintenu,

---

<sup>1</sup> Ainsi, comme le nombre d'étudiants admis, provenant d'institutions d'enseignement du Québec représente, bon an mal an, environ 15 % du total de ceux qui font une demande d'admission, et si l'on applique ce même pourcentage aux DHCEU qui se sont présentés pour la première fois à un examen-concours du Collège des médecins du Québec, une moyenne de 40 par année depuis l'instauration d'un tel concours, le quota pour ce contingent devrait donc être de 60. Exprimé en pourcentage des admissions en 1994 de candidats issus d'institutions d'enseignement du Québec (471), le quota des DHCEU devrait s'établir à 1,25 % du contingent régulier.

le Conseil propose que le stage d'accueil soit rattaché à un programme universitaire de résidence et qu'il soit façonné en fonction d'objectifs précis liés au programme dans lequel le DHCEU est engagé, que l'encadrement requis soit assuré par le programme et qu'une évaluation sanctionnelle soit faite au terme du stage.

### **2.2.1.1 Les inconvénients**

Parmi les inconvénients que présente le mode de sélection par examen-concours, le Conseil médical en a retenu quelques-uns sur lesquels il tient à attirer l'attention.

D'abord, ce mode de sélection suppose le maintien d'un contingent particulier qui marque et, trop souvent hélas, exacerbe indûment les différences. Le contingentement, quant à lui, avec l'imposition préalable d'un quota peut constituer une source de tension sociale provenant des laissés-pour-compte qu'ils aient réussi ou non l'examen.

Par ailleurs, de façon à respecter l'équité entre le nombre de candidats DHCEU et celui des candidats issus d'établissements d'enseignement du Québec, il y a nécessité d'introduire un quota qui risque sans cesse d'être dépassé si le passé est garant de l'avenir quant aux réactions face aux moyens de pression déployés par les DHCEU et risque donc aussi d'entraîner d'autres réductions du nombre de places pour les étudiants issus d'institutions d'enseignement du Québec.

D'autre part, parmi les inconvénients non négligeables de ce mode de sélection, il y a l'obligation de gérer en permanence un examen dont les universités semblent vouloir se départir prochainement pour leurs propres étudiants.

### **2.2.1.2 Les avantages**

Les avantages d'un examen-concours docimologiquement amélioré, accompagné d'un stage d'accueil rattaché à un programme universitaire qui lui conférerait un véritable caractère pédagogique, ne peuvent être appréciés qu'en comparaison avec le mode de sélection actuellement en vigueur et qu'à la lumière des paramètres définis dans l'*Avis*

---

*sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux* du 16 décembre 1994 et repris, pour l'essentiel, dans le communiqué ministériel du 23 décembre.

Effectivement, les modifications proposées par le Conseil sont de nature à favoriser une meilleure évaluation de la formation (connaissances théoriques et habiletés cliniques des candidats). Les modifications proposées au stage d'accueil favoriseront, à coup sûr, l'amélioration de leur formation et l'accroissement des chances des candidats retenus de réussir les examens donnant accès au permis d'exercice.

### **2.2.1.3 Le partage des responsabilités**

Dans le contexte du mode de sélection par examen-concours, les responsabilités devraient, selon le Conseil, être réparties dans le respect des rôles, fonctions et prérogatives des intervenants.

À l'évidence, la détermination du quota des contingents de DHCEU pouvant être retenus chaque année, relève de la responsabilité ministérielle et gouvernementale tenant compte de leurs prérogatives en matière de planification de l'effectif et, par ricochet, des admissions en médecine en fonction des cibles de sortie.

Tenant compte par ailleurs du fait que les DHCEU sont des diplômés en médecine, le Collège des médecins du Québec doit assumer les responsabilités liées à l'examen-concours, en vertu des obligations qui lui sont faites en ce sens par le Code des professions du Québec. Le Collège doit en outre, en collaboration avec les universités, veiller à la confection du contenu du stage d'accueil.

Les universités, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, doivent assurer l'encadrement pédagogique requis pour les DHCEU dans le programme d'accueil ainsi que l'évaluation sanctionnelle des candidats.

---

Enfin, le Collège des médecins du Québec demeure, en vertu de ses prérogatives, le maître-d'oeuvre des examens donnant accès au permis d'exercice.

### **2.2.2 Intégration au programme prédoctoral en médecine**

L'autre option examinée par le Conseil consiste en l'intégration des DHCEU au programme prédoctoral en médecine, soumettant les DHCEU au passage obligatoire de la concurrence qualificative à laquelle sont soumis tous les étudiants issus des institutions d'enseignement québécoises et qui désirent obtenir une place dans le programme prédoctoral en médecine leur permettant, au terme de leur formation et après avoir satisfait à toutes les exigences, d'obtenir un permis d'exercice de la médecine au Québec. Compte tenu du statut social et de la garantie d'un travail qu'offre le fait d'être un médecin exerçant sa profession au Québec, il n'est pas surprenant que les candidats désireux et capables de compléter cette formation soient nombreux et que, bon an mal an, environ 15 % d'entre eux seulement y soient admis. Ce pourcentage risque de décroître, le nombre de postes à l'admission diminuant sans cesse, comme nous l'avons expliqué précédemment en raison, d'une part, du surplus global de médecins au Québec pour les dix ou quinze années à venir et, d'autre part, du contexte économique général qui contraint l'État à des ajustements à la baisse des ressources dont celles dévolues à la rémunération globale des médecins.

Même si elle présente quelques difficultés, cette hypothèse est considérée par les principaux intervenants comme un summum de garantie de qualité, d'équité et de succès.

#### **2.2.2.1 Les difficultés**

Cette option soulève un certain nombre de difficultés mais nos consultations nous

---

indiquent que ces difficultés peuvent être surmontées assez rapidement si la volonté de le faire manifestée par le Collège des médecins du Québec et les universités concernées peut être soutenue par une volonté gouvernementale aussi clairement déterminée.

Ce mode d'intégration des DHCEU au programme prédoctoral en médecine fera obligation au Collège des médecins du Québec de modifier son *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes délivrés par les établissements d'enseignement situés hors du Québec aux fins de la délivrance d'un permis*.

Il fait aussi obligation aux universités de modifier leurs règlements concernant les normes d'admission au programme prédoctoral en médecine. Il en est ainsi, par exemple, pour la règle voulant qu'un candidat détenant déjà un diplôme en médecine ne puisse être considéré aux fins d'une nouvelle admission au programme prédoctoral de médecine. C'est également le cas pour une faculté de médecine qui sélectionne ses étudiants sur le seul critère de la «cote Z».

Ce mode d'intégration des DHCEU au programme prédoctoral en médecine pourrait exiger aussi des modifications au Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26) qui stipule à l'article 93, paragraphe c, que le Bureau d'un ordre professionnel doit :

«fixer des normes d'équivalence des diplômes délivrés par les établissements situés hors Québec, aux fins de la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste, ainsi que des normes d'équivalence de la formation d'une personne qui ne détient pas un diplôme requis à ces fins;»<sup>1</sup>

Il serait aussi opportun de modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. Chapitre S-4.2), notamment aux articles 503 et 504 de la loi.

Cependant, un inconvénient que le Conseil a identifié concerne la situation des

---

<sup>1</sup> Code des professions (L.R.Q. C-26), en vigueur depuis le 15 octobre 1994.

DHCEU détenant le statut de résidents permanents ou de citoyens canadiens et domiciliés au Québec au moment de l'entrée en vigueur d'une telle décision.

Le Conseil croit que cette difficulté pourrait être résolue par une période transitoire au cours de laquelle les candidats admissibles à la date de l'annonce de la décision pourraient s'inscrire à trois derniers examens-concours administrés par le Collège des médecins du Québec en 1995, en 1996 et en 1997 si une décision en ce sens était annoncée au printemps 1995. Les candidats ayant obtenu la note de passage à l'un ou l'autre de ces trois derniers examens-concours pourraient entreprendre une formation postdoctorale dans un programme de résidence en médecine, comprenant un stage d'accueil, modifié et tel que décrit plus haut, offert durant les trois années académiques consécutives à partir de 1995-1996. Cette intégration doit aussi tenir compte de la planification globale de l'effectif suivant les paramètres déjà décrits dans l'avis du 16 décembre 1994 sur la place des DHCEU dans le contexte de l'accès aux services médicaux, qui proposait que toute addition de DHCEU au nombre déterminé annuellement devrait être compensé par une diminution équivalente des postes accordés pour les «médecins sélectionnés».

#### **2.2.2.2 Les avantages**

Les avantages de ce mode d'intégration des DHCEU sont nombreux. En plus de présenter toutes les garanties de qualité que la société exige des médecins en exercice, il assure les DHCEU d'un statut égal, tant pour la formation que pour les obligations, à celui des médecins issus des établissements d'enseignement québécois. Il offre également la possibilité de reconnaissance d'éléments de formation déjà acquis par les DHCEU. Ce mode d'intégration améliore sensiblement les chances de succès aux examens donnant accès au permis d'exercice sans compter qu'il répond, à tous égards, au principe d'équité reconnu par la société. Il élimine en outre la nécessité du maintien d'un contingent particulier et la détermination d'un quota, potentiellement source de pressions sociales.

Un autre avantage, circonstanciel celui-là, mais non négligeable par ailleurs, est que le

mode d'intégration des DHCEU, par la voie de l'admission au programme prédoctoral, fait consensus auprès des principaux intervenants concernés, le Collège des médecins du Québec, la Conférence des recteurs et principaux des universités du Québec, des vice-recteurs des universités concernées et la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec qui ont assuré le Conseil médical de leur volonté de prendre rapidement toutes les dispositions requises, individuelles et conjointes, pour la mise en oeuvre d'une décision gouvernementale qui serait prise en ce sens.

Enfin, le Conseil désire souligner que cette proposition permet la poursuite d'activités de formation, ou autres, qui ne nécessitent pas un permis d'exercice régulier.

### **2.2.2.3 Le partage des responsabilités**

Dans le contexte de l'intégration des DHCEU par la voie du programme prédoctoral en médecine, le partage des responsabilités demeure exactement le même que celui qui prévaut actuellement pour le contingent régulier.

Les universités demeurent le maître d'oeuvre des règles d'admission, de sélection, du contenu pédagogique et de l'évaluation de l'évolution pédagogique de l'étudiant de même que du contenu des programmes de formation prédoctorale.

Les universités et le Collège des médecins du Québec ont des responsabilités complémentaires quant au contenu des programmes de formation postdoctorale.

Enfin, le Collège des médecins du Québec demeure l'unique organisme autorisé à émettre un permis d'exercice au terme de la formation postdoctorale.

---

## Chapitre III

### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

#### 3.1 Conclusions

Tout au long de ses travaux visant la recherche de propositions pour une politique globale et durable d'intégration des DHCEU, le Conseil médical du Québec s'est laissé guidé par des principes et des considérations à caractère social et humain.

En tête de liste, figure un dénominateur commun toujours présent à l'esprit des membres du Conseil quel que soit le sujet de leur réflexion. Il s'agit de la préoccupation permanente des membres en ce qui a trait à la recherche et au maintien des standards les plus élevés de compétence des médecins et de qualité des actes et des services médicaux dispensés à la population du Québec.

Dans la liste spécifique des principes et des considérations qui ont guidé le Conseil pour cet avis, on retrouve la détermination qu'a toujours manifestée la société québécoise moderne quant à son ouverture sur le monde et son pouvoir d'attraction et d'accueil. Le Conseil est par ailleurs demeuré sensible et attentif au respect de l'équité des chances pour chaque individu de pouvoir participer à toutes les activités que requiert notre société.

Dans sa démarche, le Conseil a cherché le développement de dispositifs qui tiennent compte d'éléments majeurs d'une formation déjà acquise et qui soient également gérables. Le Conseil a cherché aussi à identifier les meilleurs moyens pour adapter et améliorer la formation des DHCEU dans le but d'accroître leurs chances de succès aux examens donnant accès au permis d'exercice de la médecine au Québec.

L'hypothèse d'une intégration des DHCEU dans le contingent régulier des étudiants de niveau prédoctoral permet donc une sélection des candidats à partir de la totalité du bassin des personnes aptes à faire acte de candidature, sans distinction d'aucune sorte,

et en fonction seulement de leur capacité de contribuer au bon fonctionnement du régime. Cette façon de faire élimine tout contingent spécifique et quota pour les DHCEU, sources inévitables de pressions et de crises sans véritables rapports avec les besoins déterminés par la planification de l'effectif et l'économie générale de la gestion du régime.

L'évaluation de tous les candidats sur la seule et même base de leur capacité de contribuer au régime, assure la meilleure équité d'accès à l'exercice de la médecine.

L'intégration des DHCEU au programme de formation prédoctorale en médecine permet de reconnaître les éléments valables de leur formation antérieure et d'apporter les compléments essentiels de connaissances et d'habiletés en fonction des caractéristiques et des exigences de ce programme et de notre système de santé. Cette façon de faire accroît les chances de succès des DHCEU aux examens donnant accès au permis d'exercice de la médecine. Cette solution assure à tous les médecins à qui un permis d'exercice est accordé, une même compétence et un statut égal, correspondant à la mission qui est la leur.

Enfin, soucieux de la faisabilité pratique de ses propositions, le Conseil a tenu à les valider auprès des instances qui assument et partagent les responsabilités ultimes en ces matières soit, dans les circonstances présentes, le Collège des médecins du Québec et les universités et facultés concernées.

Considérant tous ces facteurs, le Conseil médical du Québec est d'avis que l'hypothèse de l'intégration des DHCEU via le programme prédoctoral est celle qui présente les meilleures garanties d'efficacité et de succès d'autant plus qu'elle suscite le consensus des responsables de la formation et de la reconnaissance professionnelle.

## **3.2 Recommandations**

Le Conseil recommande

### **Pour l'avenir :**

- 3.2.1 Que désormais, 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.
- 3.2.2 Que les dispositions soient prises afin que les universités concernées s'engagent à modifier leurs règlements d'admission de manière à ce qu'elles puissent considérer une demande sur la base d'un diplôme de médecine décerné par une école située hors du Canada et des États-Unis et pour qu'elles puissent également évaluer le dossier de formation antérieure des DHCEU admis dans le programme de formation prédoctorale en médecine et reconnaître des éléments pertinents de formation constituant autant de facteurs d'avancement accéléré dans ces programmes.
- 3.2.3 Conscient du fait qu'une décision gouvernementale en ce sens concerne plusieurs intervenants, le Conseil recommande que des démarches soient entreprises sans tarder pour que le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Collège des médecins du Québec ainsi que l'Office des professions du Québec apportent les ajustements législatifs, réglementaires ou administratifs qui pourraient être requis notamment au chapitre de l'équivalence des diplômes délivrés par les établissements situés hors Québec.

**De façon transitoire :**

- 3.2.4 Qu'à compter de la date de l'annonce de cette décision, les DHCEU détenant déjà le statut de résidents permanents ou de citoyens canadiens et domiciliés au Québec puissent également s'inscrire à trois derniers examens-concours administrés par le Collège des médecins du Québec en 1995, en 1996 et en 1997, si une décision dans ce sens était annoncée au printemps 1995.
- 3.2.5 Que de manière à respecter les objectifs de la planification globale des effectifs médicaux, le nombre de postes accordés aux DHCEU qui auront réussi à l'un ou l'autre de ces trois derniers examens-concours, excédant le quota prévu, en l'occurrence neuf (9) par année, soit compensé par une réduction équivalente du contingent des «médecins sélectionnés».
- 3.2.6 Que le Collège des médecins du Québec et les facultés de médecine prennent les mesures requises pour que le stage d'accueil prévu à l'intention des candidats sélectionnés aux examens-concours soit une véritable propédeutique aux programmes de résidence en médecine.
- 3.2.7 Qu'au terme du dernier examen-concours, le nombre de places du contingent régulier soit ajusté de manière à tenir compte de l'abolition du contingent spécifique des DHCEU dans la planification globale de l'effectif médical.