

N° de dossier : 5300-13-001

## **RAPPORT DE VÉRIFICATION PARTICULIÈRE**

### **OBJET :**

MÉCANISME DE RECONNAISSANCE DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DE  
L'ARRANGEMENT EN VUE DE LA RECONNAISSANCE MUTUELLE DES QUALIFICATIONS  
PROFESSIONNELLES ENTRE LE QUÉBEC ET LA FRANCE  
POUR LA PROFESSION DE MÉDECIN

### **ORDRE :**

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC



## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Mise en contexte</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Cadre législatif</b> .....	<b>1</b>
<b>3. Vérification</b> .....	<b>1</b>
<b>3.1 Méthodologie</b> .....	<b>2</b>
<b>3.2 Contexte</b> .....	<b>3</b>
3.2.1 Historique de la signature de l'ARM.....	3
3.2.2 Les effectifs médicaux dans le système de santé.....	5
<b>3.3 Problématique et analyse</b> .....	<b>9</b>
3.3.1 L'exigence relative au stage d'adaptation .....	10
3.3.2 Organisation du stage d'adaptation.....	12
3.3.3 Évaluation du stage d'adaptation .....	17
3.3.4 L'exigence d'une pratique sous permis restrictif.....	20
<b>4. Conclusions</b> .....	<b>24</b>
<b>5. Recommandations et interventions</b> .....	<b>26</b>
<b>Annexe 1 : Méthodologie de l'enquête</b> .....	<b>29</b>

## ABRÉVIATIONS

ACI:	Accord de commerce intérieur
AMP :	Activité médicale particulière
ARM :	Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
CAE :	Comité d'admission à l'exercice
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ:	Collège des médecins du Québec
CNAM :	Caisse nationale d'assurance-maladie (France)
DHCEU :	Diplômés hors du Canada et des États-Unis
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSP :	Direction des services professionnels
FFI :	Faisant fonction d'interne
FMOQ:	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ :	Fédération des médecins spécialistes du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PREM :	Plan régional des effectifs médicaux
RAMQ :	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RSQ :	Recrutement Santé Québec
TRCDMS:	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

## 1. Mise en contexte

À l'automne 2013, les autorités françaises ont fait part au Commissaire de certaines problématiques relatives à l'Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) Québec-France pour les médecins et dans sa mise en œuvre. Elles s'interrogeaient principalement sur la justification de l'imposition d'un stage d'adaptation aux médecins qualifiés en France voulant exercer au Québec.

Au vu de ces informations, le Bureau du Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles (ci-après le « Bureau du Commissaire ») a décidé de déclencher une vérification particulière le 14 janvier 2014 auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ).

Cette vérification porte sur l'ensemble du mécanisme de l'ARM des médecins au Québec, notamment les conditions et modalités qui le régissent, de même que l'expérience de sa mise en œuvre.

## 2. Cadre législatif

La vérification effectuée par le Bureau du Commissaire s'appuie sur la loi instituant le poste de Commissaire et les paramètres liés à sa charge (art. 16.9 à 16.21 du [Code des professions](#), R.L.R.Q., c. C-26). Il s'agit de la deuxième fonction dont le Commissaire est chargé : vérifier le fonctionnement des mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles (Code, art. 16.10, par. 2°).

Dans l'exercice de cette fonction, le Commissaire peut effectuer une enquête. Au terme d'une vérification, le Commissaire émet des conclusions et peut formuler des recommandations ou faire des interventions.

Par ailleurs, toutes les déclarations faites et tous les documents fournis dans le cadre d'une vérification ne peuvent être utilisés devant un tribunal ou une autre instance judiciaire. De même, les éléments d'un dossier de vérification, y compris les conclusions et les recommandations, ne peuvent constituer une déclaration ou une reconnaissance d'une faute pouvant engager la responsabilité civile. Le présent document est visé par ces règles.

## 3. Vérification

La vérification du fonctionnement des mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles vise l'amélioration continue de ces mécanismes et des pratiques qui leur sont associées. Pour réaliser ce mandat, le Commissaire enquête sur certains éléments du fonctionnement des mécanismes de reconnaissance au sein des ordres professionnels. Il peut alors porter son regard sur les divers aspects du fonctionnement de ce ou de ces mécanismes : juridique, normatif, procédural, méthodologique, administratif, etc. Il examine également les rôles, les actions et la conduite des organisations impliquées. L'objectif d'une vérification sous forme d'enquête particulière est de déceler et de cerner les problèmes de fonctionnement des mécanismes de reconnaissance, puis de les diagnostiquer et de proposer des améliorations à y apporter, selon le cas.

Le Commissaire fonde son analyse critique du fonctionnement des mécanismes sur des principes généralement reconnus et sur des pratiques recommandées dans le domaine de la reconnaissance des compétences professionnelles, au Québec et ailleurs. Le Commissaire a établi une liste de principes auxquels lui et son équipe se réfèrent dans leur travail. Ces principes s'énumèrent de la façon suivante :

- Égalité
- Équité
- Objectivité
- Transparence
- Ouverture
- Cohérence

- Efficacité
- Efficience
- Caractère raisonnable
- Responsabilité
- Amélioration continue

Les recommandations formulées au terme d'une vérification peuvent être de deux types :

a) Les recommandations à *portée générale*, au regard du fonctionnement du ou des mécanismes de reconnaissance au sein de l'ordre ou des ordres visés par la vérification, relativement à l'objet de la vérification :

- Elles visent les pratiques ou les positions de l'ordre ou des ordres. Elles peuvent porter tant sur le dispositif administratif (ex. : modalités et formalités) que sur la méthodologie (ex. : outils d'évaluation) ou la procédure de reconnaissance (ex. : étapes et exigences reliées),
- Elles sont formulées à l'ordre ou aux ordres visés par la vérification, mais elles peuvent également s'appliquer à d'autres ordres qui adopteraient ou auraient adopté un fonctionnement similaire;

b) Les recommandations à *dimension systémique*, concernant des problèmes ou des enjeux liés à la reconnaissance des compétences au sein du système professionnel québécois :

- Elles visent les fondements, les approches, le cadre juridique ou le cadre normatif de la reconnaissance des compétences professionnelles;
- Elles sont formulées dans le rapport destiné à l'ordre ou aux ordres visés par la vérification, mais les réflexions ou les actions qu'elles appellent s'adressent en même temps aux autres ordres, à d'autres institutions du système professionnel ou à d'autres parties prenantes à la reconnaissance des compétences.

Par ailleurs, la présente vérification se veut en cohérence avec le rapport issu d'une analyse globale des ARM effectuée en 2014 par le Bureau du Commissaire<sup>1</sup>.

### 3.1 Méthodologie

Afin de recueillir les informations nécessaires au bon déroulement de la vérification particulière concernant le mécanisme de l'ARM des médecins, nous avons consulté plusieurs sources d'information :

- documentation : nous avons pris connaissance de la documentation publique pertinente (fiches informatives, rapports, politiques, guides, etc.) disponible sur la pratique médicale québécoise et sur la pratique médicale française. De plus, nous avons consulté de la documentation détenue par le CMQ (communications entre le CMQ et les autres parties prenantes québécoises et françaises ayant mené à la signature de l'ARM et consultation de dossiers d'admission de médecins formés en France);
- questionnaires : nous avons conçu et envoyé un questionnaire portant sur l'organisation, le déroulement et l'évaluation du stage d'adaptation aux médecins formés en France ayant réussi leur stage d'adaptation et détenteurs, à l'heure actuelle, d'un permis restrictif<sup>2</sup> québécois. Les médecins visés (98)

---

<sup>1</sup> Ce rapport est disponible à l'adresse suivante : [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/CPRCP\\_Rapport\\_AnalyseEntenteQuebec-France\\_ARM.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/CPRCP_Rapport_AnalyseEntenteQuebec-France_ARM.pdf)

<sup>2</sup> Dans ce document, le permis restrictif auquel il est fait référence est celui délivré par le CMQ en vertu de l'article 35 de la *Loi médicale*.

avaient réalisé leur stage entre la date de signature de l'ARM (novembre 2009) et le 31 décembre 2013. Le taux de réponse a été de 49 %.

- entrevues : nous avons réalisé des entrevues auprès de représentants du MSSS et de maîtres de stage (médecins de famille et autres spécialistes) ayant supervisé les stages de plusieurs médecins formés en France.

Nous tenons à remercier, pour leur collaboration, le CMQ, les médecins formés en France ayant répondu à notre questionnaire ainsi que les représentants du MSSS et les maîtres de stage interviewés.

## **3.2 Contexte**

Avant d'entrer dans le vif du sujet, une mise en contexte s'impose avec un résumé retraçant l'historique de la signature de l'ARM et la présentation de l'organisation et du fonctionnement des systèmes de santé québécois et français.

### **3.2.1 Historique de la signature de l'ARM**

La signature de l'ARM des médecins en novembre 2009 fait suite à *l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles* (ci-après « l'Entente Québec-France ») signée en octobre 2008 par le Premier ministre du Québec, alors Monsieur Jean Charest et le Président de la République française, alors Monsieur Nicolas Sarkozy. L'Entente vise à faciliter la mobilité des personnes exerçant une profession ou un métier réglementé entre ces deux zones géographiques. Pour ce faire, l'Entente établit une procédure commune aux fins de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles dont la structure est présentée en annexe du document de l'Entente. Les autorités compétentes québécoises et françaises qui réglementent les professions ou métiers concernés par l'Entente ont par la suite été appelées à utiliser la procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles et à conclure des ARM en s'assurant que leur application prenait appui sur des principes directeurs tels que la protection du public, l'équité, la transparence et la réciprocité.

La profession de médecin était perçue par les gouvernements québécois et français comme une profession phare pour laquelle la conclusion d'un ARM devait se faire rapidement après la signature de l'Entente Québec-France. Aussi, durant les négociations entre les autorités compétentes pour parvenir au texte final de l'ARM, les pressions politiques étaient fortes pour que cela aboutisse à brève échéance.

Dans ce dossier, les gouvernements québécois et français ont nommé des représentants chargés du suivi des négociations entre les autorités compétentes. Pour le Québec, les représentants du gouvernement étaient Maître Gil Rémillard, négociateur en chef et Maître Luc Bergeron, directeur du Secrétariat de l'Entente Québec-France, rattaché au Ministère des Relations internationales. L'interlocuteur principal du gouvernement français était Monsieur Yves Doutriaux, Conseiller d'État de la République française.

Les autorités compétentes, quant à elles, étaient, pour le Québec, le CMQ, chargé d'analyser les demandes d'admission des candidats et de délivrer les permis d'exercice. En France, les autorités compétentes étaient le Conseil national de l'Ordre des médecins, responsable de l'analyse des dossiers des candidats et le Ministère de la Santé et des Sports chargé de la délivrance des autorisations légales d'exercer.

Les échanges entre les autorités compétentes françaises et québécoises en vue de la conclusion d'un ARM ont débuté en 2008, avant même la signature de l'Entente Québec-France. Différents projets de texte pour l'ARM ont vu le jour entre juillet 2008 et novembre 2009 avec l'élimination progressive de certaines exigences au Québec comme en France.

Dans leur compréhension de l'Entente Québec-France, les représentants gouvernementaux voyaient dans les ARM une philosophie « permis sur permis ». Selon eux, tout médecin diplômé en France ou au Québec et détenteur d'une autorisation légale d'exercer (ou d'un permis d'exercice) devait avoir droit à la délivrance d'une autorisation légale d'exercer (ou d'un permis d'exercice) sur le territoire d'accueil. Ces représentants souhaitaient donc une élimination de toute contrainte ou exigence pouvant entraver la reconnaissance mutuelle des qualifications.

Cependant, l'Entente Québec-France exige des autorités compétentes d'établir s'il y a effectivement équivalence entre les professions de chaque territoire. Dans le cadre de la procédure commune prescrite par l'Entente Québec-France, une analyse comparative des titres de formation et des champs de pratique doit être effectuée afin de déterminer s'ils sont globalement équivalents. Si les résultats de cette analyse révèlent qu'il n'y a pas d'équivalence globale et qu'il existe des différences substantielles dans les champs de pratique ou les titres de formation, l'Entente Québec-France prévoit la possibilité d'imposer des mesures de compensation visant à combler ces différences en vue d'obtenir l'autorisation légale d'exercer sur le territoire d'accueil. La mesure de compensation peut consister à réaliser un stage d'adaptation ou à subir une épreuve d'aptitude ou encore à suivre une formation complémentaire « s'il s'agit du seul moyen possible en vue d'assurer la protection du public »<sup>3</sup>.

En France, dans les premières ébauches du texte de l'ARM, du fait de contraintes juridiques imposées par l'Union européenne, les médecins formés au Québec étaient soumis à la procédure d'autorisation d'exercice qui s'applique à tout médecin formé à l'extérieur de l'Union européenne. Selon cette procédure, les médecins doivent :

- exercer dans un établissement de santé avec un statut de « faisant fonction d'interne » (FFI) pendant leurs trois premières années de pratique en France;
- réussir des examens (théorique et pratique) en médecine et un examen de vérification de la maîtrise de la langue française;
- présenter un dossier devant la Commission d'autorisation d'exercice à la fin de leurs trois années de pratique à titre de FFI. Cette commission procède à l'évaluation de la formation et de l'activité professionnelle et émet un avis quant à la délivrance d'une autorisation d'exercice.

Le statut de FFI correspondant au Québec à celui de résident, le CMQ a fait valoir qu'il y avait là un problème de reconnaissance d'équivalence et de réciprocité. Finalement, le gouvernement français a utilisé une disposition législative lui permettant de lever ces exigences pour les médecins formés au Québec, afin de faciliter la délivrance des autorisations légales d'exercer selon l'approche « permis sur permis ».

Le CMQ aurait souhaité que les diplômes de docteur en médecine délivrés par une faculté de médecine canadienne ou américaine agréée et les formations postdoctorales suivies au Canada ou aux États-Unis soient acceptés dans le cadre de l'ARM pour la délivrance d'une autorisation légale d'exercer en France. Cependant, en accord avec le texte de l'Entente Québec-France, les autorités gouvernementales québécoises ont souligné que seuls les titres de formation délivrés par les établissements d'enseignement situés au Québec devaient être pris en considération dans le cadre de l'ARM.

Au Québec, certaines exigences inscrites dans les premières moutures du texte de l'ARM ont également été levées, dont :

- la nécessité du parrainage par le service Recrutement Santé Québec (RSQ), rattaché au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- l'obligation de détenir une attestation de la Direction des services professionnels (DSP) de l'établissement de santé d'accueil reconnaissant l'existence d'un besoin de médecins et appuyant la candidature du médecin formé en France;

<sup>3</sup> Entente Québec-France, article 5.2.



- l'obligation d'avoir exercé pendant douze mois consécutifs au cours des deux ans précédant la demande d'admission au CMQ<sup>4</sup>.

Cependant, deux exigences présentées par le CMQ, bien que critiquées alors par les autorités compétentes françaises, ont finalement été acceptées par toutes les parties et maintenues dans le texte de l'ARM pour la pratique au Québec. Il s'agit de l'exigence relative à un stage d'adaptation de trois mois dans un établissement de santé québécois et de celle concernant la pratique en vertu d'un permis restrictif d'une durée de un à cinq ans après la réussite du stage d'adaptation. Ce n'est qu'après ce stage d'adaptation et une pratique en vertu du permis restrictif (avec ou sans examen) que le permis d'exercice régulier peut être obtenu.

Au départ, les autorités compétentes françaises ont remis en question l'idée d'un stage à caractère évaluatif. Dans leur compréhension de l'Entente Québec-France, le stage d'adaptation devait être un accompagnement du médecin pour qu'il se familiarise avec le fonctionnement du système de santé québécois et non un contrôle de ses connaissances et de ses compétences médicales.

Concernant le permis restrictif, il semble que les autorités compétentes françaises aient eu de la difficulté à accepter le principe d'une restriction dans la pratique de leurs médecins alors que les médecins formés au Québec se voient directement octroyer une pleine autorisation légale d'exercer en France. Notons que la restriction imposée au Québec aux médecins formés en France s'applique au lieu d'exercice et non aux activités exercées. Les autorités compétentes françaises ont finalement consenti à ce que cette exigence soit conservée dans le texte de l'ARM.

Au Québec, le règlement de mise en œuvre de l'ARM est entré en vigueur le 25 novembre 2010. Au 31 décembre 2013, selon les données fournies par le CMQ, sur un total de 117 médecins formés en France (toutes spécialités confondues) pour lesquels un stage d'adaptation avait été organisé :

- 98 médecins avaient réussi leur stage;
- 11 médecins avaient échoué à leur stage;
- 8 médecins s'étaient désistés avant le début du stage ou avaient abandonné leur stage avant la fin.

### **3.2.2 Les effectifs médicaux dans le système de santé**

Les médecins qui exercent au Québec et en France évoluent dans des systèmes de santé au sein desquels l'organisation et la gestion des effectifs médicaux sont différentes. Les principales caractéristiques de cette organisation et de cette gestion sont décrites dans les sections suivantes.

#### **3.2.2.1 Au Québec**

Au Québec, la très grande majorité des médecins exercent dans le cadre du régime public de santé et œuvrent principalement dans les hôpitaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces médecins sont généralement rémunérés à l'acte selon des accords conclus entre les fédérations syndicales de médecins<sup>5</sup> et la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Les médecins peuvent également et en parallèle exercer dans des

<sup>4</sup> Si l'obligation d'avoir exercé pendant une durée précise (12 mois consécutifs) a été supprimée, il reste que l'exigence d'un exercice au cours des deux années précédant la demande d'admission au CMQ a été maintenue dans l'ARM. Cependant, cette exigence n'a pas été répercutée dans le texte du *Règlement sur la délivrance d'un permis et d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles* qui constitue la base juridique de la mise en œuvre de l'ARM au Québec.

<sup>5</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

cabinets ou cliniques privées, mais demeurent essentiellement rémunérés à l'acte par la RAMQ. Selon le CMQ, environ 50 % des médecins de famille travaillent à la fois en établissement de santé public et en cabinets ou cliniques privés. Pour la plupart des autres spécialités, la majorité du travail se fait en établissement de santé. Seul un faible pourcentage de médecins a décidé de ne pas être rattaché à la RAMQ et de pratiquer dans des cabinets ou des cliniques privés où ils sont directement rémunérés par les honoraires qu'ils facturent à leurs patients.

En vue de s'assurer que l'ensemble de la population québécoise ait un accès équitable à des soins de santé et de services sociaux en tenant compte des contraintes budgétaires, le nombre et la répartition des médecins sur le territoire sont très encadrés. Chaque année, le MSSS supervise l'élaboration d'un plan régional des effectifs médicaux (PREM) qui autorise les agences régionales de la santé et des services sociaux à recruter un nombre précis de médecins dans certaines spécialités pour pourvoir à des postes dans les différents établissements de santé. Aussi, le choix du lieu de pratique des médecins qui souhaitent exercer leur profession au Québec dans le cadre du régime d'assurance-maladie est tributaire du nombre de postes disponibles dans les établissements de santé des différentes régions du Québec.

- *Médecins de famille*<sup>6</sup>

Pour les médecins de famille, un comité de gestion des effectifs médicaux où siègent des représentants du MSSS et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) détermine le nombre de médecins qui sera attribué à chaque région du Québec, en fonction des besoins formulés par le Département régional de médecine générale (DRMG) de chaque agence de la santé et des services sociaux. Les besoins à combler prioritairement sont exprimés en termes d'activités médicales particulières (AMP) dont la liste est déterminée par le DRMG. Ces activités sont regroupées en trois blocs principaux selon une classification élaborée par le comité paritaire FMOQ-MSSS :

1<sup>er</sup> bloc :

- l'urgence

2<sup>ème</sup> bloc :

- l'hospitalisation en courte durée avec garde en disponibilité;
- le CHSLD, le CR [centre de réadaptation] ou le MAD [maintien à domicile], les trois avec garde en disponibilité;
- l'obstétrique;
- la prise en charge et le suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF [unités de médecine familiale] jumelés à l'une des activités du premier ou du deuxième bloc;

3<sup>ème</sup> bloc :

- la prise en charge et le suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF;
- Toute autre activité établie par le ministre.<sup>7</sup>

Selon la *Loi sur les Services de santé et les Services sociaux*<sup>8</sup>, les médecins de famille qui exercent dans le système public depuis moins de vingt ans sont obligés d'effectuer des AMP dans les établissements du réseau public de la santé. Le nombre d'heures hebdomadaires qu'ils doivent y consacrer dépend du nombre d'années de pratique; cela varie de six à douze heures. Au-delà de vingt ans de carrière, cette obligation tombe.

<sup>6</sup> Dans ce document, l'appellation « médecin de famille » désigne les omnipraticiens et l'appellation « médecins spécialistes » désigne les médecins exerçant dans les autres spécialités.

<sup>7</sup> Extrait du document intitulé « Les activités médicales particulières – Le guide de gestion du DRMG », Comité paritaire FMOQ-MSSS, dernière mise à jour effectuée le 11 février 2013, p.7. Ce document est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Pratique-medicale/organisation/2013-02-11-AMPGuide%20de%20gestionFMOQ.pdf>

<sup>8</sup> R.L.R.Q c. S-4.2, articles 360 et 361.

Chaque poste offert dans un établissement de santé est rattaché à une certaine catégorie d'AMP. Aussi, les médecins de famille sont amenés à orienter leur choix concernant leur lieu de pratique non seulement en fonction de la disponibilité des postes dans une région donnée mais également en fonction des AMP disponibles qu'ils souhaitent ou non prendre en charge.

Si les médecins de famille prennent surtout en charge les soins de santé de première ligne, ils peuvent également exercer en deuxième ligne (salles d'urgence et unités de soins aigus) dans certains hôpitaux, notamment en région éloignée où les effectifs médicaux sont plus limités que dans les grands centres urbains.

- *Médecins spécialistes*<sup>9</sup>

Pour les médecins spécialistes, le nombre de médecins alloué à chaque région est établi par un comité mixte composé de représentants du MSSS et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) selon les besoins identifiés par la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) de chaque agence de la santé et des services sociaux.

En théorie, selon l'article 361.1 de la *Loi sur les Services de santé et les Services sociaux*, des médecins spécialistes pourraient, dans certains cas, être obligés d'effectuer des AMP. Cependant, selon les informations recueillies, les médecins spécialistes n'ont généralement pas à effectuer d'AMP.

- *Règles de répartition des effectifs sur le territoire*

Les règles de répartition des effectifs sur le territoire québécois visent à promouvoir l'installation des médecins en région intermédiaire ou éloignée (telles que le Lac-Saint-Jean, la Mauricie ou la Gaspésie). En effet, des incitatifs monétaires (primes d'installation et de maintien) sont alloués aux médecins qui s'engagent à travailler dans ces régions pendant quelques années. De plus, tout médecin qui a pratiqué dans ces régions de manière continue pendant au moins trois ans se verra automatiquement octroyer un avis de conformité pour aller pratiquer dans la région de son choix si celui-ci souhaite changer de région. L'obtention d'un avis de conformité auprès de l'agence de santé régionale de la région dans laquelle le médecin souhaite exercer est un préalable au dépôt de sa candidature pour un poste dans un établissement de santé.

Dans les régions universitaires et leur périphérie (telles que Montréal, Laval ou Québec), les postes offerts sont très recherchés. Pour les médecins spécialistes, les postes sont ouverts à l'ensemble des médecins, quel que soit le nombre d'années de pratique. Cependant, la priorité est accordée aux médecins qui ont exercé trois années ou plus en région intermédiaire ou éloignée et qui veulent quitter leur région pour s'installer à proximité des grands centres urbains. Par ailleurs, seuls les médecins qui possèdent un permis d'exercice régulier, les médecins spécialistes formés en France détenant un permis restrictif qui se sont prévalus de l'ARM et les médecins spécialistes cliniciens sélectionnés dans la catégorie « professeurs » détenteurs d'un permis restrictif peuvent s'installer en région universitaire<sup>10</sup>. En effet, les autres médecins qui détiennent un permis restrictif ne peuvent pas pratiquer dans les régions universitaires.

En médecine de famille, une partie des postes ouverts dans les régions universitaires et leur périphérie s'adresse à des médecins exerçant au Québec depuis moins d'un an (appelés médecins « nouveaux facturants »). Les autres postes sont accessibles aux médecins en pratique depuis plus d'un an dans le cadre du régime public d'assurance-maladie.

<sup>9</sup> Voir note de bas de page n°6.

<sup>10</sup> Voir le document « *Règles de gestion, plan d'effectifs médicaux en spécialité* », Direction de la main-d'œuvre médicale, MSSS, 2011/12/01, p.7, section 7.2. Ce document est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/download.php?f=a7e289bf9bf2cab274a55b2c1fe02b14>

En vue de combler les postes situés en région universitaire ou leur périphérie s'adressant aux médecins dont la durée de pratique excède une année, l'agence de santé régionale privilégie les demandes provenant de médecins ayant exercé pendant au moins trois ans en région intermédiaire ou éloignée. Les postes en médecine de famille destinés aux médecins « nouveaux facturants » visent les médecins nouvellement diplômés des facultés de médecine québécoises, les médecins formés en France détenteurs d'un permis restrictif qui se sont prévalus de l'ARM et les médecins qui ont été sélectionnés dans la catégorie « professeur »<sup>11</sup>. Comme pour les postes en médecine spécialisée, les autres médecins détenteurs d'un permis restrictif ne peuvent pas pratiquer en région universitaire.

On aura noté, tant pour les médecins de famille que pour les médecins exerçant dans les autres spécialités, le rôle important joué par le MSSS dans la gestion et la répartition des effectifs médicaux sur le territoire, donc dans les perspectives et les modalités d'intégration professionnelle au Québec des médecins formés en France. Aussi, nous nous questionnons sur le fait que le MSSS n'ait pas été impliqué dans les discussions ayant mené à la conclusion de l'ARM.

### **3.2.2.2 En France<sup>12</sup>**

En France, contrairement au Québec, les médecins sont libres de choisir leur lieu d'installation pour leur pratique. Les médecins peuvent exercer en cabinet, en clinique privée, à l'hôpital ou dans des établissements de santé ayant une mission de service public.

#### *- Modes d'exercice*

- *Exercice libéral*

Lorsqu'ils pratiquent en cabinet ou en cliniques privées, la plupart des médecins ont un mode d'exercice libéral; leurs actes sont rémunérés soit directement par le patient, soit par l'Assurance Maladie. Les relations des médecins libéraux avec l'Assurance Maladie sont régies par la convention nationale signée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins généralistes ou spécialistes. L'adhésion des médecins à la convention n'est pas obligatoire. Les médecins conventionnés peuvent choisir soit d'appliquer les tarifs de base de la sécurité sociale (secteur 1), soit de fixer librement leurs honoraires, avec tact et mesure (secteur 2). Lorsque le médecin est conventionné en secteur 2, le montant des honoraires qui dépasse le tarif de base de la sécurité sociale n'est pas remboursé au patient par l'Assurance-maladie.

Lorsque le médecin n'est pas conventionné, il fixe librement ses honoraires, avec tact et mesure, mais le patient n'est remboursé par l'Assurance Maladie que sur une base très faible, selon un tarif dit « d'autorité », inférieur à celui en vigueur pour le remboursement des actes des médecins conventionnés.

- *Exercice salarié ou mixte*

Dans les hôpitaux, les médecins sont salariés. Il existe différents statuts de médecins hospitaliers. Le principal statut est celui de « praticien hospitalier » à temps plein ou à temps partiel. Ces médecins sont recrutés sur concours national et exercent à l'hôpital à titre permanent.

Lorsqu'ils travaillent à temps plein, les praticiens hospitaliers peuvent être autorisés à avoir une activité libérale (consultations, actes médicaux et soins en hospitalisation) au sein de l'hôpital à la condition que cela corresponde, en temps, à un maximum de deux demi-

<sup>11</sup> Voir le document « *Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)* », Médecine de famille, Guide de gestion 2014, Comité de gestion des effectifs médicaux MSSS-FMOQ en médecine générale, Septembre 2013, p.7. Ce document est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/download.php?f=9601c2cd4e60f47c796279a2e2b8fc9b>

<sup>12</sup> Le texte de cette section a été révisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins de la France.

jours par semaine et que le nombre de consultations et d'actes réalisés dans le cadre de l'exercice libéral soit inférieur à celui effectué dans le cadre du service public.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel ne peuvent avoir une activité libérale complémentaire qu'en dehors du milieu hospitalier.

Certains médecins hospitaliers peuvent être embauchés par contrat. Ce sont les « praticiens attachés » et les « praticiens contractuels » qui n'ont pas passé de concours et sont recrutés par les directeurs des hôpitaux en fonction des besoins. Les praticiens attachés peuvent exercer à temps plein ou à temps partiel à l'hôpital. À temps plein, le praticien attaché s'engage à ne pratiquer qu'au sein du service public. À temps partiel, le praticien attaché peut exercer en mode libéral en dehors de ses heures de travail à l'hôpital. Le praticien contractuel, quant à lui, est engagé à temps plein ou à temps partiel pour une durée déterminée pour faire des remplacements ou pour permettre de gérer un surcroît de travail dans un hôpital pour une période donnée.

Les médecins peuvent également avoir une activité hospitalière salariée au sein d'établissements de santé privés participant au service public. D'autres encore peuvent avoir une activité de consultation de médecine générale ou de spécialité au sein de structures associatives telles que les centres de santé.

#### - Profils de pratique

À la lumière des informations recueillies sur les effectifs médicaux en France et les différents modes d'exercice, trois profils de pratique se dessinent chez les médecins français : la pratique libérale, la pratique salariée (à l'hôpital ou au sein d'autres structures) et la pratique mixte (salariée et libérale).

La *médecine exclusivement libérale* (Profil A) est celle des cabinets de consultation et des cliniques médicales. Lorsqu'il s'agit de médecins généralistes, la pratique libérale correspond essentiellement au suivi de patients. En France, il n'existe pas d'équivalent des AMP québécoises pour les médecins généralistes et ceux qui ne travaillent qu'en mode libéral ne font pas d'hospitalisation et ne traitent que des urgences mineures. Les médecins spécialistes qui pratiquent en mode libéral assurent à la fois les consultations et la prise en charge des patients hospitalisés au sein d'établissements de santé privés à but lucratif.

La *médecine exclusivement salariée* (Profil B) peut être pratiquée à l'hôpital, au sein d'établissements de santé privés participant au service public ou en centres de santé.

La *médecine en mode « mixte »* (Profil C) recoupe les activités exercées en médecine libérale et en médecine salariée.

### 3.3 Problématique et analyse

L'enquête sur le fonctionnement du mécanisme de reconnaissance des compétences professionnelles de l'ARM des médecins a soulevé des questions sur les éléments ou sur les aspects suivants :

1. L'exigence relative au stage d'adaptation
2. L'organisation du stage d'adaptation
3. L'évaluation du stage d'adaptation
4. L'exigence d'une pratique sous permis restrictif

Dans les sous-sections qui suivent, nous présentons les pratiques, positions et arguments du Collège des médecins du Québec sur certaines questions, de même que les informations colligées auprès de différentes sources, les faits constatés, ainsi que notre

analyse à propos de certains éléments ou aspects du fonctionnement du mécanisme de reconnaissance en lien avec l'objet de la vérification.

### **3.3.1 L'exigence relative au stage d'adaptation**

#### **3.3.1.1 Différences substantielles et mesures de compensation**

Selon les dispositions de l'Entente Québec-France, une analyse comparative des titres de formation et des champs de pratique doit être effectuée afin de déterminer s'ils sont globalement équivalents au Québec et en France. Dans l'Entente, le titre de formation correspond à :

« tout diplôme, certificat, attestation et autre titre délivré par une autorité reconnue ou désignée par la France ou le Québec en vertu de ses dispositions législatives, réglementaires ou administratives sanctionnant une formation acquise dans le cadre d'un processus autorisé en France ou au Québec. »<sup>13</sup>

Le champ de pratique, quant à lui, réfère à « [une] activité ou [un] ensemble d'activités couvertes par une profession ou un métier réglementé »<sup>14</sup>.

Si cette analyse établit l'existence de différences substantielles en termes de champs de pratique, une mesure de compensation peut être imposée aux candidats. Si les différences substantielles sont liées aux titres de formation, une mesure de compensation peut également être imposée à la condition qu'elles ne puissent être comblées par l'expérience professionnelle du candidat. L'article 5.2 de l'Entente Québec-France mentionne une gradation dans les mesures de compensation que les autorités compétentes peuvent imposer, le stage d'adaptation étant la mesure à privilégier :

« La mesure de compensation est constituée préférentiellement d'un stage d'adaptation ou, si requise, d'une épreuve d'aptitude. Une formation complémentaire peut aussi être exigée dans la mesure où cela s'avère le seul moyen d'assurer la protection du public. »

#### **3.3.1.2 La justification du stage d'adaptation**

##### *- Existence de différences substantielles*

La détermination de l'existence de différences substantielles clairement identifiées est un préalable et une condition à la mise en place d'une mesure de compensation qui vise à combler ces différences. Or, dans le texte de l'ARM des médecins, il n'est nullement fait état de telles différences qui viendraient justifier l'exigence d'une quelconque mesure de compensation. Dans le préambule de l'ARM, on évoque des résultats obtenus suite à l'analyse comparée des qualifications professionnelles entre le Québec et la France, sans pour autant fournir une description de ces résultats.

Bien que cela ne soit pas mentionné dans le texte de l'ARM, selon le CMQ, il existerait des différences substantielles relatives à la profession de médecin entre le Québec et la France. Par exemple, le CMQ souligne qu'en France, l'exercice des praticiens hospitaliers en médecine de famille est différent de l'exercice de la médecine hospitalière au Québec. En France, les responsabilités du médecin de famille qui travaille à l'hôpital sont plus hiérarchisées et leur étendue est moins grande qu'au Québec.

À la lumière des éléments recueillis dans le cadre de cette vérification, il semble effectivement qu'il y ait des différences entre le Québec et la France relativement à la profession de médecin. Ces différences, qui peuvent varier d'une spécialité à l'autre, ont trait :

<sup>13</sup> Entente Québec-France, Annexe I, section I, définition n°2.

<sup>14</sup> Entente Québec-France, Annexe I, section I, définition n°4.

- aux champs de pratique et à l'interdisciplinarité;
- aux actes posés (nature des actes et techniques utilisées);
- à la coordination des parcours de soins;
- aux protocoles cliniques;
- à la pharmacopée;
- à la tenue de dossiers;
- aux procédures administratives.

Reste à bien décrire ces différences et à établir si elles constituent des différences substantielles au sens de l'Entente Québec-France, justifiant l'imposition d'une compensation en vue d'obtenir l'autorisation légale d'exercer.

- *Champ de pratique et contexte d'exercice*

La définition de ce qui constitue le champ de pratique d'une profession réglementée réfère généralement à des documents officiels. Dans ces textes, le champ de pratique correspond à l'ensemble des activités exercées par les professionnels. À travers la description des activités qui donnent corps à une profession, le législateur cherche habituellement à déterminer la nature et la finalité de cette profession.

Cette définition ne reflète pas toujours la réalité du contexte dans lequel ces activités sont réalisées. Or, le contexte d'exercice (façons de faire, normes, culture) peut révéler des différences substantielles en matière de champ de pratique. En effet, s'il est essentiel de savoir « ce que fait » (activités et actes médicaux) le professionnel, il est tout aussi important de savoir « comment il le fait ». Le « comment » réfère aux conditions de performance des différentes activités ou actes.

- *Finalité et limites du stage d'adaptation*

Afin de compenser les différences substantielles invoquées entre le Québec et la France concernant la profession de médecin, le CMQ a jugé qu'un stage d'adaptation de trois mois était essentiel pour que les médecins formés en France se familiarisent avec la pratique au Québec et se préparent à exercer leur profession de manière autonome en contexte de travail québécois.

La définition du stage d'adaptation telle qu'elle apparaît dans l'ARM des médecins reprend celle inscrite à l'Entente, soit :

« L'exercice de la médecine qui est effectué sur le territoire d'accueil sous la responsabilité d'une personne autorisée et qui peut être accompagné, selon le cas, d'une formation complémentaire. Le stage fait l'objet d'une évaluation. Les modalités du stage, qui s'effectue en milieu de travail, son évaluation ainsi que le statut professionnel du stagiaire sont déterminés par l'autorité compétente concernée du territoire d'accueil, le cas échéant, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires du Québec et de la France. »<sup>15</sup>

La finalité du stage d'adaptation mis en place par le CMQ est de placer le médecin formé en France en situation de travail dans un établissement de santé québécois afin de s'assurer qu'au bout de sa période d'adaptation (trois mois), il sera capable d'exercer en contexte de travail québécois de manière autonome. Il s'agit donc d'un stage où l'on acquiert des connaissances et des habiletés propres à un nouveau contexte de pratique.

Un stage d'adaptation apparaît justifié pour permettre aux médecins formés en France de s'ajuster à des façons de faire et à des normes de pratique au Québec (le volet « comment » du champ de pratique) en se familiarisant avec des éléments liés au contexte de pratique québécois.

<sup>15</sup> ARM des médecins, article 5, définition n°6.

Cependant, si, pour une spécialité médicale donnée, l'analyse comparative des champs de pratique entre le Québec et la France met au jour des différences substantielles liées aux activités médicales ou aux techniques utilisées, un stage d'adaptation tel que prescrit par le CMQ n'est pas suffisant. En effet, si la pratique médicale au Québec exige de réaliser des activités médicales ou d'utiliser des techniques qui n'entrent pas dans le champ de pratique du médecin formé en France, une formation complémentaire s'impose afin de compenser ces différences.

En vue d'une plus grande transparence, l'existence et la teneur des différences substantielles devraient être mentionnées dans le texte de l'ARM. À la suite de notre enquête, il apparaît qu'une analyse portant sur les particularités rattachées à certaines spécialités s'impose. Les médecins formés en France seraient ainsi en mesure de mieux comprendre les raisons à l'origine de l'obligation d'effectuer une mesure de compensation et d'établir un lien entre les différences substantielles et le contenu de cette mesure.

Par ailleurs, selon la spécialité et le profil des médecins formés en France, l'organisation et l'évaluation de ce stage mériteraient certains aménagements dans une perspective d'amélioration du processus.

### **3.3.2 Organisation du stage d'adaptation**

Il ressort que, dans l'esprit du CMQ, le stage d'adaptation en lien avec l'ARM est calqué sur le stage d'évaluation que doivent réaliser les médecins cliniciens diplômés à l'étranger qui veulent obtenir un permis restrictif (délivré en vertu de l'article 35 de la *Loi médicale*<sup>16</sup>). Bien que le site internet du CMQ indique que la durée du stage d'évaluation peut varier d'un candidat à l'autre<sup>17</sup>, il semble cependant que la durée du stage d'évaluation des médecins cliniciens soit généralement de trois mois. En revanche, pour le stage d'adaptation, il est clairement mentionné dans le texte de l'ARM et de son règlement de mise en œuvre au Québec, que la durée du stage est de trois mois, quel que soit le profil du candidat.

Afin qu'ils puissent pratiquer pendant leur stage, les médecins doivent détenir une assurance responsabilité et une autorisation spéciale<sup>18</sup> délivrée par le CMQ. Cette autorisation spéciale précise la spécialité, l'établissement dans lequel se déroulera le stage, sa durée et le nom du maître de stage. De plus, elle spécifie les droits qui y sont associés, à savoir : poser des actes médicaux dans l'établissement désigné, aux personnes et aux dates indiquées et rédiger des ordonnances médicales qui doivent être exécutées à l'intérieur de l'établissement désigné.

#### **3.3.2.1 Durée du stage**

La question relative à la durée du stage, qui est obligatoirement de trois mois, a été soulevée. Les informations recueillies à ce propos montrent une certaine ambivalence sur le terrain; selon certaines sources<sup>19</sup>, une durée de trois mois est nécessaire, tandis que d'autres sources<sup>19</sup> indiquent qu'une durée plus courte serait suffisante. Aussi, à l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur l'adéquation de la durée du stage par rapport à la finalité poursuivie. La conclusion sur cette question est notamment tributaire de l'analyse des différences substantielles et du contenu du stage appelé à les compenser.

<sup>16</sup> R.L.R.Q c. M-9.

<sup>17</sup> Sur le site internet du CMQ (dernière consultation le 5 mars 2015), à la page décrivant le mandat du CAE, il est indiqué que son rôle est, entre autres, de « déterminer le contenu et la durée du stage d'évaluation imposé dans le cadre d'une demande de permis restrictif ». Cette page peut être consultée à l'adresse suivante : <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Comites/Cae.aspx>

<sup>18</sup> Voir les articles 1 g) et 42.4 du *Code des professions*.

<sup>19</sup> Voir section 3.1 du présent document.



Par ailleurs, notre enquête révèle l'existence de certaines problématiques relatives à l'organisation du stage d'adaptation qui ont trait aux aspects suivants : l'accès et la préparation au stage et le déroulement du stage.

### **3.3.2.2 Accès au stage d'adaptation**

#### *- Places de stage limitées*

L'accès au stage d'adaptation pour les médecins formés en France est difficile. Les délais peuvent être longs. En raison de la pénurie de main-d'œuvre médicale, les facultés de médecine du Québec ont admis davantage d'étudiants et de résidents ces dernières années, sans pour autant augmenter le nombre de places de stage ou de médecins superviseurs en conséquence. De plus, du fait de l'augmentation des cohortes d'étudiants et de résidents, certaines spécialités sont aujourd'hui saturées. Étant donné que les postes disponibles ont été comblés et que même des résidents provenant des universités québécoises peinent à se trouver un poste en fin de formation, les milieux de stage ne sont pas enclins à accepter des candidats formés hors Québec pour ces spécialités. Le manque de places de stages disponibles, en général, pose donc des problèmes pour l'organisation des stages d'adaptation en vertu de l'ARM.

#### *- Démarches administratives liées à l'immigration*

Par ailleurs, la grande majorité des médecins formés en France ne sont pas résidents permanents au Canada. Aussi, ils ne peuvent réaliser leur stage d'adaptation au Québec sans l'obtention d'un permis de travail temporaire auprès de l'Ambassade du Canada en France. La délivrance de ce permis nécessite la confirmation préalable de la disponibilité d'une place de stage et l'obtention, par le CMQ, d'un avis favorable suite à l'*Étude d'impact sur le marché du travail* (ou EIMT, anciennement appelée *Avis relatif au marché du travail*). Chaque EIMT, menée par le Ministère fédéral de l'Emploi et du Développement social, vise à s'assurer que l'embauche d'un médecin étranger ne prive pas un médecin canadien d'un travail. On s'étonne que cette formalité soit exigée de la part de personnes formées à l'étranger pour la réalisation d'un stage (et non pour un emploi) imposé dans le cadre de leur processus d'admission à un ordre professionnel. Ces démarches administratives peuvent occasionner un délai supplémentaire avant que le candidat puisse commencer son stage d'adaptation.

#### *- Coût*

Le coût du stage<sup>20</sup> (13 000 CAD) est également un facteur qui peut limiter l'accès au stage d'adaptation. Au moment de la conclusion de l'ARM, ce montant était assumé par le MSSS via le service RSQ, pour tous les médecins formés en France qui se prévalaient de l'ARM. Cependant, en 2013, le MSSS a modifié sa politique et depuis, le service RSQ assume les coûts associés au stage seulement quand il s'agit d'une spécialité médicale jugée prioritaire par le MSSS ou lorsque le médecin a été parrainé. Une spécialité est jugée prioritaire lorsque le MSSS considère que le nombre de médecins dans cette spécialité est insuffisant pour combler les besoins de main-d'œuvre sur le territoire du Québec. Vingt-neuf spécialités médicales sont visées par l'ARM, mais, à l'heure actuelle<sup>21</sup>, seules dix spécialités de cette liste font partie des besoins prioritaires identifiés par le MSSS. Cela signifie que les médecins formés en France doivent dorénavant défrayer le coût de leur stage s'ils pratiquent dans l'une des dix-neuf spécialités non prioritaires et qu'ils ne sont pas parrainés par le service RSQ.

Par ailleurs, au coût du stage s'ajoutent les frais liés à l'EIMT (1 000 CAD) qui sont à la charge du candidat si celui-ci n'est pas parrainé par le service RSQ.

<sup>20</sup> Notons que les frais sont facturés par le CMQ, chargé de l'organisation des stages, qui rémunère ensuite les maîtres de stage et les autres médecins impliqués dans l'encadrement des stagiaires.

<sup>21</sup> Dernière consultation de la page du MSSS relative aux besoins prioritaires le 5 mars 2015. Cette page est disponible à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?Besoins-prioritaires-1>

- *Perspectives d'emploi*

Lorsque les spécialités sont saturées, la recherche d'une place de stage s'avère d'autant plus ardue pour le CMQ et les candidats, et le nombre de parrainages possibles par le service RSQ est limité. De plus, une fois la place de stage trouvée, même si ces médecins s'acquittent des frais liés au stage, qu'ils le réussissent et qu'ils obtiennent un permis d'exercice, ils auront très peu de chances d'accéder à un poste au Québec. D'un point de vue humain et éthique, peut-on se permettre d'enlever une ressource médicale active en France et de la faire passer par un processus long et coûteux pour, finalement, ne pas être en mesure de lui offrir un poste au Québec?

Aussi, il est important de s'assurer que les médecins formés en France soient informés des perspectives limitées de pratique au Québec dans certaines spécialités, avant qu'ils n'entament leurs démarches pour venir s'installer au Québec.

### **3.3.2.3 Préparation au stage d'adaptation**

En vue de permettre aux médecins formés en France de se préparer au stage d'adaptation, lors de la confirmation du lieu et des dates de stage, le CMQ leur fournit quelques références de documents disponibles sur les sites internet du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, selon la spécialité du candidat. De plus, avant le début du stage, le CMQ invite également les candidats à consulter la documentation disponible sur son site internet. Il s'agit de guides d'exercice, des principaux règlements du CMQ, de lignes directrices et du document utilisé dans le cadre de la formation ALDO-Québec qui porte sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec. Cette formation d'une demi-journée est obligatoire pour tous les résidents des facultés de médecine québécoises et tous les médecins formés à l'étranger, en vue de la délivrance du permis d'exercice régulier. La formation ALDO est facultative pour les candidats au stage d'adaptation dans le cadre de l'ARM, mais néanmoins recommandée afin qu'ils commencent leur stage avec une meilleure connaissance du contexte de pratique de leur profession au Québec. S'ils réussissent leur stage d'adaptation et qu'ils obtiennent un permis d'exercice restrictif, ces candidats auront l'obligation de suivre la formation ALDO dans l'année suivant la délivrance de ce permis.

Si la formation ALDO-Québec est très appréciée des médecins formés en France, il reste que de l'avis de plusieurs d'entre eux et de celui de certains maîtres de stage, une formation complémentaire, préalable au début du stage, pourrait être également bénéfique. Selon eux, cette formation pourrait porter sur :

- la tenue de dossiers;
- les procédures administratives les plus courantes en établissement (par exemple, la facturation);
- certaines procédures de la RAMQ (par exemple, relatives aux patients d'exception et aux médicaments d'exception);
- les différences dans les aspects médico-légaux entre la France et le Québec.

De plus, l'ajout, dans la liste des ressources documentaires, de références vers le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) ou d'autres sources utiles pour se familiariser avec la pharmacopée en usage au Québec serait apprécié des candidats.

L'offre de formation complémentaire sur les sujets présentés plus haut aurait notamment l'avantage de standardiser les connaissances et les contenus théoriques pour l'ensemble des candidats concernés et de compenser les possibles variations dans le transfert de l'information qui se fait sur les lieux de stage. Tous les candidats commenceraient ainsi leur stage d'adaptation en ayant acquis les mêmes bases théoriques qu'ils mettraient ensuite en pratique et consolideraient dans le cadre de leur stage. Outre les ateliers de formation, d'autres moyens ou outils pédagogiques pourraient être envisagés afin de permettre aux candidats de s'approprier l'information nécessaire préalable au stage de

manière autonome. Par exemple, la formation pourrait être donnée en ligne et pourrait inclure des capsules vidéo avec un test final afin de vérifier l'acquisition du contenu de la formation par le candidat<sup>22</sup>.

### **3.3.2.4 Déroutement du stage d'adaptation**

#### *- Description générale du cheminement*

Le stage d'adaptation imposé aux médecins formés en France dure 13 semaines. La première semaine de stage dite « d'orientation » permet à ces médecins de faire connaissance avec leur milieu de stage (les différents intervenants, le volet administratif, etc.) et d'observer comment se pratique la médecine au Québec. Les 12 semaines suivantes, ces médecins sont en pratique supervisée sur le lieu de stage.

Les établissements où les médecins formés en France effectuent leur stage sont des lieux de formation médicale habituellement rattachés à des universités<sup>23</sup>. Les maîtres de stage sont généralement des médecins responsables de la formation et des stages des résidents au sein de leur département. Les stages d'adaptation des médecins spécialistes diffèrent de ceux des médecins de famille dans le sens où les médecins de famille doivent être exposés à des cas cliniques dans plusieurs milieux en raison des AMP qu'ils auront à assumer. L'organisation du stage est laissée libre au(x) milieu(x) d'accueil du stagiaire et il revient au maître de stage de planifier les horaires du stagiaire.

Afin de s'assurer que les médecins de famille soient capables d'effectuer les AMP obligatoires, ces derniers sont amenés à pratiquer dans trois contextes, soit : l'hospitalisation, le suivi de patients et l'urgence. Le maître de stage peut choisir de découper les semaines de stage en plusieurs blocs correspondant aux différents contextes d'exercice des AMP ou d'exposer le stagiaire aux AMP de manière concurrente. Si le médecin spécialiste réalise généralement son stage dans un seul département hospitalier, il arrive cependant qu'il doive fractionner son stage entre deux milieux ou deux établissements afin qu'il soit exposé à une clientèle diversifiée puisque sa pratique se doit d'être celle d'un « généraliste ». Par exemple, si le premier établissement dans lequel le médecin spécialiste a été affecté pour son stage ne traite que des clientèles adultes, dans le deuxième établissement, il sera amené à prendre en charge des patients mineurs.

#### *- Médecins de famille – prise en compte du profil des candidats*

Selon les données recueillies auprès du CMQ, sur l'ensemble des stages d'adaptation réalisés entre la date de signature de l'ARM et la fin de l'année 2013, 98 candidats ont réussi leur stage tandis que 11 y ont échoué. Nous avons constaté que 80 % des stages échoués étaient en médecine de famille. L'analyse des informations recueillies nous porte à croire qu'une des raisons principales de l'échec aux stages d'adaptation vient du fait que tous les médecins de famille formés en France doivent effectuer un stage au Québec qui se déroule dans trois milieux (suivi de patients, hospitalisation et urgence) quel que soit le profil des candidats. Or, si au Québec, les modes d'exercice des médecins de famille impliquent nécessairement une pratique hospitalière, cela n'est pas toujours le cas en France où le mode d'exercice (libéral ou hospitalier) a un impact sur le type de pratique médicale. Nous avons déterminé l'existence de trois profils types, A, B et C (voir à ce sujet la section 3.2.2.2).

Cependant, le CMQ et certains maîtres de stage ont mentionné que le contenu du stage dans chacun des trois milieux est adapté selon l'expérience professionnelle et la pratique médicale envisagée au Québec par le médecin de famille formé en France. Par exemple,

<sup>22</sup> À cet égard, le CMQ nous a informés que des outils de formation en ligne ont été développés et seront bientôt disponibles tandis que d'autres sont en projet. Ces outils portent sur la communication, la tenue de dossiers, l'organisation des soins et la formation des maîtres de stage.

<sup>23</sup> Le CMQ mentionne que de plus en plus de stages se font en milieu non universitaire. Ces milieux de stage sont similaires aux milieux dans lesquels les candidats envisagent de pratiquer. C'est pourquoi, en vue de l'organisation des stages d'adaptation, le CMQ demande aux candidats de lui indiquer dans quels milieux ils projettent d'exercer.

un médecin de famille qui souhaite exercer en soins de longue durée ne sera pas exposé aux mêmes situations cliniques à l'urgence que le médecin de famille qui se destine à pratiquer aux urgences et qui, lui, sera exposé à des cas plus critiques en soins intensifs. Aussi, on comprend que le niveau de compétences attendu dans chacun des milieux est variable selon les candidats en fonction de la pratique médicale exercée en France et projetée au Québec.

De plus, en raison des différents profils de médecins de famille et afin de clarifier le niveau des compétences médicales de chacun relatives aux différentes activités exercées, il pourrait être envisagé de mettre en place une formation complémentaire ou d'établir et délivrer des permis spéciaux.

- *Formation complémentaire*

L'Entente Québec-France, dans sa définition du stage d'adaptation, prévoit qu'une formation complémentaire puisse accompagner le stage. Aussi, certains médecins de famille formés en France, selon leur profil, auraient besoin d'une formation complémentaire adaptée afin de leur permettre d'acquérir les compétences médicales nécessaires pour être en mesure de réussir leur stage en contexte de pratique québécois. Par exemple, pour les médecins détenteurs du Profil A (exercice exclusivement libéral), à quoi bon leur imposer un stage d'adaptation aux urgences ou en hospitalisation sans qu'un complément de formation leur soit dispensé sur ces pratiques alors que leurs compétences médicales se sont concentrées sur le suivi de patients en cabinet ou en clinique? Cette formation complémentaire permettrait de faire en sorte que tous les médecins de famille formés en France aient les compétences nécessaires pour pratiquer dans n'importe quel milieu au Québec.

- *Délivrance de permis spéciaux*

Au Québec, depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions concernant la délivrance des permis*<sup>24</sup> en 2006, le *Code des professions* (articles 42.2 et 94 r) autorise les ordres professionnels à établir et délivrer des permis spéciaux. L'objectif de cette loi était de faciliter l'admission des professionnels formés hors du Québec aux ordres professionnels par la mise en place de nouveaux types de permis, dont le permis spécial qui restreint de manière permanente la pratique des membres à certaines activités.

Lors des travaux parlementaires entourant l'adoption de cette loi, le Ministre de la Justice et responsable des lois professionnelles avait souligné que « l'avantage du permis [spécial], c'est d'intégrer des personnes aux compétences spécialisées qui possèdent une expertise plus pointue sans les obliger à se qualifier pour l'ensemble des compétences qui peuvent être exercées par quelqu'un qui détient le permis régulier ».<sup>25</sup>

Il pourrait être envisagé de délivrer de tels permis à des médecins de famille formés en France, selon certains profils types, afin qu'ils ne pratiquent que certaines activités. Cela pourrait notamment être une solution alternative à la mise en place d'une formation complémentaire si celle-ci s'avère trop lourde ou difficile à mettre en place. L'établissement de tels permis se ferait hors du cadre de l'Entente Québec-France puisque celle-ci vise la délivrance de permis d'exercice réguliers (sans restrictions). Cependant, le permis spécial pourrait être un outil complémentaire pour faciliter l'obtention d'un droit de pratique au Québec à certains médecins de famille formés en France dont le profil de pratique fait en sorte qu'il serait déraisonnable d'exiger qu'ils détiennent toutes les compétences que possèdent les médecins de famille formés au Québec. Dans ce contexte, la restriction imposée par le permis spécial prend un tout autre sens et une connotation positive.

<sup>24</sup> L.Q., 2006, chapitre 20.

<sup>25</sup> Extrait du Journal des débats de la Commission permanente des institutions, Étude détaillée du projet de *Loi modifiant le Code des professions concernant la délivrance de permis*, le 2 juin 2006, vol. 39 N°16, 12h40.

Par exemple, un médecin pourrait se voir délivrer un permis spécial pour faire uniquement de la prise en charge et du suivi de patients au Québec, si en France, il exerçait exclusivement en pratique libérale. Ces permis spéciaux pourraient également être délivrés à d'autres médecins cliniciens diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU).

Lors de l'incorporation au *Code des professions* de ce nouveau pouvoir d'établir et de délivrer des permis spéciaux, il était entendu que la faisabilité d'une telle approche dépendait d'une analyse du contexte et de l'organisation de la pratique. Selon la profession, cela peut impliquer des échanges avec les responsables des différents milieux de travail.

Dans le contexte actuel de pénurie de médecins de famille au Québec, on pourrait imaginer que des médecins formés en France ou ailleurs, bien que restreints dans leur pratique par un permis spécial, puissent apporter leur contribution au système de santé québécois en prenant en charge des patients en soins de première ligne. Étant donné le mode de répartition de la main-d'œuvre médicale au Québec dans le réseau public du système de santé, des échanges devraient avoir lieu entre le CMQ et le MSSS afin de discuter de l'opportunité et de la faisabilité de l'octroi de permis spéciaux et de l'intégration des médecins détenteurs de tels permis dans le système de santé.

### **3.3.3 Évaluation du stage d'adaptation**

#### **3.3.3.1 Déroulement de l'évaluation**

Le niveau attendu du médecin formé en France à la fin du stage est celui d'un résident québécois en fin de formation. Une première évaluation est effectuée à mi-parcours du stage (évaluation formative) et une deuxième évaluation (évaluation sommative) est réalisée à la fin du stage.

Lorsque le médecin formé en France est amené à réaliser son stage dans différents milieux, un médecin est désigné pour exercer le rôle de superviseur dans chaque milieu et fournir une évaluation de la performance du candidat au maître de stage. Le maître de stage effectue ensuite une évaluation globale en compilant les différentes évaluations. Lorsque le maître de stage souhaite ajouter des commentaires, il peut joindre une lettre à la fiche finale d'évaluation. Toutes les fiches d'évaluation, de même que les lettres qui accompagnent ces fiches, doivent être montrées et expliquées au candidat et ce dernier doit signer les fiches afin de confirmer qu'il en a bien pris connaissance. Si le candidat refuse de signer la fiche parce qu'il en désapprouve le contenu, la date à laquelle le candidat a pris connaissance des informations qui y sont inscrites doit figurer sur la fiche.

Le comité d'admission à l'exercice (CAE) du CMQ est chargé d'analyser les demandes d'admission des médecins formés en France suite à la réalisation de leur stage d'adaptation. Ce comité est formé de sept membres : deux médecins siégeant au conseil d'administration du CMQ, un médecin représentant les facultés de médecine, un médecin de famille, un médecin spécialiste et deux représentants du public. Pour rendre sa décision concernant la délivrance éventuelle d'un permis restrictif, le CAE s'appuie sur les évaluations de stage remises au CMQ par les maîtres de stage.

Lorsque l'évaluation finale du stage effectuée par le maître de stage est satisfaisante, alors le candidat se voit délivrer un permis restrictif. Si, au contraire, l'évaluation indique que le niveau attendu n'est pas atteint, le CAE se réunit une première fois et informe le candidat qu'il remet sa décision à une date ultérieure afin de lui permettre de présenter ses observations écrites. Suite à la réception des observations écrites, le CAE se réunit une deuxième fois et rend une décision. Lorsque la décision est à l'effet de ne pas délivrer de permis restrictif au candidat, celui-ci peut demander une révision de la décision au comité exécutif du CMQ. Si la décision est maintenue, le candidat peut demander la tenue d'un nouveau stage d'adaptation, présenter une demande de reconnaissance d'équivalence selon le processus général, ou encore s'inscrire dans une faculté de médecine afin de reprendre une partie de ses études.

### 3.3.3.2 Adéquation de la grille d'évaluation

Les évaluations des stages d'adaptation se font à l'aide de grilles élaborées par le CMQ à partir des compétences CanMEDS<sup>26</sup> développées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ces grilles s'articulent autour de deux axes, les habiletés et les attitudes. Chacun de ces axes se décline en plusieurs critères auxquels les maîtres de stage doivent attribuer une cote qui va de 1 (n'atteint pas le niveau attendu) à 3 (dépassé le niveau attendu). Lors de l'évaluation finale, sur la fiche, les maîtres de stage doivent également présenter une évaluation globale qui consiste à indiquer si le niveau de compétence globale du stagiaire est comparable à celui d'un résident québécois en fin de formation et si le stagiaire est apte à exercer en tant que spécialiste et consultant ou en tant que médecin de famille au Québec. De plus, les maîtres de stage doivent mentionner s'ils recommandent la délivrance d'un permis restrictif au stagiaire. Une fois complétées et signées par le maître de stage et le candidat, les fiches sont retournées au CMQ.

Lors de la consultation des grilles d'évaluation des stages d'adaptation de certains médecins qui se sont prévalus de l'ARM, nous avons constaté que des maîtres de stage font parfois preuve d'une certaine tolérance par rapport à la norme (niveau d'un résident de dernière année), tandis que d'autres sont plus stricts. Par exemple, dans le cas d'un médecin de famille, le maître de stage a souligné que le candidat avait atteint le niveau attendu en urgence mineure, mais pas en urgence majeure. Dans la fiche finale, à la question concernant la comparabilité du niveau avec un résident, il a coché « oui », tout en spécifiant que c'était le cas pour les urgences mineures et non pour les urgences majeures. Il a malgré tout indiqué que ce médecin pouvait exercer comme médecin de famille au Québec et il a recommandé la délivrance d'un permis. Le CAE a, par la suite, délivré un permis restrictif à ce candidat. Un autre maître de stage, considérant que ce médecin avait un niveau inférieur à la norme exigée dans le domaine des urgences, n'aurait probablement pas estimé que ce médecin pouvait exercer comme médecin de famille au Québec et n'aurait pas recommandé la délivrance d'un permis d'exercice. Cette fiche aurait influencé négativement la décision du CAE et aurait pu mener au refus de la délivrance du permis restrictif. Aussi, deux évaluations d'un même individu auraient pu aboutir à des conclusions différentes, en sachant que ces conclusions ont un impact majeur sur l'avenir de ces médecins au Québec.

Si des disparités peuvent être observées dans les évaluations, cela signifie que les critères utilisés dans la grille pour refléter la norme ne sont pas assez clairs ou ne conviennent pas. En effet, à partir du moment où une norme de référence a été fixée pour évaluer le niveau de pratique, l'évaluation devrait conclure, sans ambiguïté, soit que la norme a été atteinte, soit qu'elle ne l'a pas été. Dans les faits, l'analyse de la grille d'évaluation au regard de l'objectif poursuivi par le stage d'adaptation montre un manque de cohérence. Le stage d'adaptation vise à familiariser les médecins formés en France avec le contexte de pratique au Québec. Ce sont les éléments constitutifs des différences substantielles liées au contexte de pratique que les médecins formés en France doivent acquérir et l'évaluation doit porter sur ces éléments. Or, ce n'est pas le cas avec la grille actuelle.

Ces médecins ont dépassé le stade de la résidence en médecine, leurs compétences médicales ont été validées dans le cadre de leur formation initiale en France et le stage d'adaptation ne doit pas servir à évaluer de nouveau leurs compétences médicales (connaissances et jugement cliniques ou encore habiletés techniques). La grille d'évaluation utilisée à l'heure actuelle, qui réfère à des compétences médicales, n'est donc pas appropriée. Les critères apparaissant sur la grille d'évaluation du stage d'adaptation doivent être revus afin que le lien entre la compensation et les différences substantielles liées au contexte de pratique soit évident et transparent pour le candidat. De plus, ces critères doivent être suffisamment précis et explicites afin que les évaluations produites soient uniformes et que les informations recueillies par cette grille d'évaluation soient d'autant plus pertinentes pour soutenir la prise de décision du CAE.

<sup>26</sup> Voir document : <http://www.chirurgie.umontreal.ca/wp-content/uploads/CanMEDS.pdf>

### 3.3.3.3 Mise en place d'un mécanisme d'exception

Si l'objet de l'évaluation du stage d'adaptation ne porte pas sur les compétences médicales, il reste que, si au gré du stage, le maître de stage s'aperçoit que les compétences médicales du médecin formé en France sont déficientes et constituent une menace pour la protection du public, il doit pouvoir le signaler.

Il n'existe pas de système capable de prévenir tous les cas d'incompétence professionnelle. L'ARM, comme tout accord de reconnaissance mutuelle, implique un certain automatisme et peut laisser passer des candidats qui n'ont pas les compétences de base requises pour exercer, bien qu'ils détiennent une autorisation légale d'exercer d'un autre pays. Or, lorsqu'on observe que les compétences médicales d'un candidat sont inadéquates, il faut être en mesure d'intervenir pour prévenir les risques de préjudice pour le public.

C'est pourquoi nous suggérons d'ajouter, à la fin de la fiche d'évaluation du stage, une section réservée aux commentaires du maître de stage afin qu'il puisse faire part de ses observations lorsqu'il juge la pratique du candidat inadéquate, voire dangereuse. Lorsque le CAE prend connaissance de l'évaluation, il lui revient de décider s'il convient d'agir ou non suite aux observations qui lui ont été présentées par le maître de stage.

À l'heure actuelle, le cadre juridique québécois ne permet pas d'empêcher la délivrance de permis à un individu qui s'est conformé à l'ensemble des exigences, mais pour lequel des craintes subsistent par rapport à certains aspects de la pratique qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation mais d'une simple observation. En effet, les mécanismes prévus par le *Code des professions* pour l'évaluation des compétences (l'inspection professionnelle) s'appliquent *a posteriori*, après la délivrance de permis.

Dans le cas de motifs sérieux d'inquiétude concernant la protection du public, un mécanisme d'exception pourrait être envisagé afin de ne pas délivrer de permis d'exercice à un candidat problématique ou de le faire à certaines conditions. Si notre propos ici concerne l'ARM des médecins, nous avons des raisons de croire que ce mécanisme d'exception pourrait être applicable dans le cadre d'autres ARM et, plus largement, dans le cadre d'autres parcours d'admission au sein de l'ensemble des ordres professionnels.

Le mécanisme d'exception proposé s'inspirerait de la procédure prévue à l'article 45.3 du *Code des professions*. Il aurait les modalités suivantes :

- le Conseil d'administration de l'ordre peut évaluer la compétence d'une personne qui demande la délivrance d'un permis alors qu'elle satisfait à l'ensemble des conditions prévues, dans le cas où il aurait des motifs sérieux de croire que certains aspects de la pratique de cette personne pourraient constituer un risque de préjudice pour les personnes recourant à ses services;
- les aspects problématiques doivent être clairement identifiés et pourraient avoir été observés, entre autres, à l'occasion d'un stage, alors que ces aspects de la pratique ne faisaient pas l'objet d'une évaluation;
- l'évaluation doit porter uniquement sur les aspects problématiques de la pratique connus de l'Ordre;
- sur la base des résultats de l'évaluation, le Conseil d'administration peut, après avoir permis aux candidats de présenter leurs observations :
  - refuser la délivrance du permis à la personne dont les connaissances ou habiletés ne sont pas équivalentes à celles des membres de l'Ordre;
  - inscrire la personne au tableau, mais limiter ou suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles jusqu'à ce qu'elle ait complété avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou les deux à la fois;

- une décision prise en vertu de ce mécanisme d'exception peut être portée en appel devant le Tribunal des professions du Québec.

On comprend qu'il s'agit d'un mécanisme d'exception pour tenir compte de cas individuels qui présenteraient des lacunes au regard des compétences médicales qu'ils sont censés détenir étant donné leur formation et leur parcours professionnel. Dans le contexte de l'Entente Québec-France, les lacunes individuelles doivent être distinguées des lacunes qui seraient liées à des différences substantielles, donc des lacunes communes à un groupe d'individus, qui seraient de nature systémique et qui feraient plutôt l'objet d'une mesure de compensation.

### **3.3.4 L'exigence d'une pratique sous permis restrictif**

Lorsque le CAE statue que le médecin formé en France s'est conformé aux exigences relatives au stage d'adaptation, le médecin se voit délivrer un permis d'exercice restrictif, en vertu de l'article 35 de la *Loi médicale*, ainsi que par l'application de l'ARM et de son règlement de mise en œuvre. La délivrance d'un tel permis soulève des questions et des enjeux.

#### **3.3.4.1 Justification de la délivrance du permis restrictif temporaire selon le CMQ**

Dans le cadre de l'ARM, la restriction associée au permis restrictif est uniquement liée au lieu d'exercice. Le médecin n'a l'autorisation d'exercer qu'en établissement public pour une durée d'un à cinq ans. L'avantage que procure l'ARM par rapport aux permis restrictifs délivrés aux autres médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (appelés DHCEU) est que le médecin formé en France a la possibilité d'exercer dans l'établissement de son choix où sa spécialité est en demande; tandis que les permis restrictifs délivrés aux autres DHCEU mentionnent un établissement en particulier dans lequel le médecin doit exercer, celui auquel il a été assigné lors du parrainage par le service RSQ.

Après la réussite du stage d'adaptation, le CMQ juge plus prudent de restreindre la pratique des médecins formés en France dans des établissements de santé où ils seront encadrés pendant leurs premières années de pratique. En effet, dans ces établissements, les chefs de département, de même que différentes instances, telles que la Direction des services professionnels (DSP) ou le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) sont chargés de l'évaluation de la qualité des soins médicaux offerts, entre autres, par les médecins.

Selon le cadre juridique applicable, le permis restrictif est délivré pour un an, renouvelable tous les ans. Toutefois, ce cadre juridique ne prescrit pas un nombre minimal ou maximal de renouvellements possibles. Le CMQ a choisi une durée de pratique sous permis restrictif de cinq ans parce qu'elle correspond généralement à la durée de la résidence pour un médecin formé au Québec. Selon le CMQ, au bout de cinq ans, le médecin formé en France aura été exposé à un grand nombre de situations cliniques touchant l'ensemble de la pratique médicale dans sa spécialité; aussi, tout médecin ayant eu une pratique satisfaisante pendant les cinq années de permis restrictif devrait continuer par la suite à exercer sa profession avec compétence. Selon les propos recueillis auprès du CMQ au cours de l'enquête, le permis restrictif est une forme de mesure de compensation qui complète le stage d'adaptation.

Le renouvellement du permis restrictif est effectué annuellement par le CAE. Au terme d'un maximum de cinq années sous permis restrictif, le médecin formé en France se verra délivrer un permis d'exercice régulier et un certificat de spécialiste, sans autre condition. S'il souhaite obtenir un permis d'exercice régulier plus rapidement afin de pouvoir exercer également hors établissement, le médecin formé en France peut choisir, après un an de pratique sous permis restrictif, de passer l'examen final du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, selon sa spécialité.

Outre le souci d'exposer, pendant cinq ans, le médecin formé en France à un large éventail de cas cliniques qui reflète l'ensemble de la pratique, le CMQ lie la délivrance d'un permis



restrictif (plutôt qu'un permis régulier) au fait que les médecins DHCEU provenant d'autres pays que la France doivent exercer sous permis restrictif pour la même durée. Selon le CMQ, il s'agit là d'un principe d'égalité dans le traitement des différents candidats. À cet égard, le premier alinéa de l'article 2 du règlement de mise en œuvre de l'ARM est une transposition de ce qui est prévu au règlement général sur les conditions et modalités de délivrance de permis du CMQ<sup>27</sup>.

La période de cinq ans exigée de pratique en permis restrictif serait également associée à une approche convenue entre le CMQ et ses homologues des provinces canadiennes en termes de standards de pratique encadrée (*supervised* en anglais) pour accorder l'exemption de l'examen final de spécialité dont la réussite est habituellement exigée dans ces juridictions.

### **3.3.4.2 Discussion sur le bien-fondé de la délivrance d'un permis restrictif**

Les arguments apportés par le CMQ pour justifier l'imposition d'un permis restrictif aux médecins formés en France soulèvent certains questionnements quant au bien-fondé de délivrer un tel permis en lieu et place du permis d'exercice régulier.

Dans l'esprit de l'Entente Québec-France, la délivrance de permis se fait selon une philosophie « permis sur permis ». Toute personne qui répond aux conditions fixées par l'ARM se voit délivrer un permis d'exercice par les autorités compétentes du territoire d'accueil auprès desquelles une demande d'admission a été déposée. Ce permis d'exercice est censé être un permis régulier, donc sans restrictions.

#### *- Finalité de la pratique sous permis restrictif pour le CMQ*

Les permis restrictifs concernant les médecins formés en France qui se sont prévalus de l'ARM sont délivrés en vertu de l'article 35 de la *Loi médicale*. Cet article stipule que, lorsque le candidat ne satisfait pas à l'ensemble des conditions prescrites par l'article 33 de la *Loi médicale*, le conseil d'administration du CMQ fixe les conditions permettant la délivrance de permis restrictifs annuels et renouvelables.

En vue de clarifier les conditions entourant la délivrance d'un permis restrictif dans le cadre de l'ARM et en vertu de l'article 35 de la *Loi médicale*, le conseil d'administration du CMQ a adopté des balises spécifiques<sup>28</sup>. Ces balises se fondent sur la prémisse selon laquelle les médecins formés en France doivent avoir une pratique médicale encadrée *en établissement* afin d'attester que cette pratique respecte les normes et qu'elle assure la protection du public (voir le préambule du texte des balises).

#### *- Adéquation avec les différences substantielles*

Selon l'Entente Québec-France, les conditions de base à la délivrance d'un permis d'exercice ou d'une autorisation légale d'exercer sur le territoire d'accueil sont :

- 1) la détention d'un titre de formation délivré par une autorité reconnue sur l'autre territoire;
- 2) le fait d'être titulaire d'une aptitude légale d'exercer la profession sur l'autre territoire.

Toute autre condition à la délivrance de permis imposée par l'une des autorités compétentes à la délivrance du permis constitue une mesure de compensation qui doit être rattachée à une différence substantielle documentée.

<sup>27</sup> Voir le paragraphe 3° de l'article 12 et le paragraphe 2° de l'article 26 du *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec* (Décision 2010-09-15, 2010 G.O.2, 4358).

<sup>28</sup> *Balises du Collège des médecins du Québec (CMQ) pour la délivrance d'un permis selon l'article 35 de la Loi médicale aux candidats visés par l'Entente Québec-France sur la mobilité de la main-d'œuvre*. Ces balises ont été adoptées à la 3<sup>ème</sup> séance ordinaire du Conseil d'administration du CMQ tenue le 16 octobre 2009.

Aussi, l'exigence d'une pratique *en établissement* au cours des premières années pour les médecins formés en France correspond à une mesure de compensation qui s'ajoute au stage d'adaptation. Cela signifierait que le stage d'adaptation ne serait pas suffisant pour combler les différences substantielles. Ceci, bien que la réussite du stage d'adaptation implique, selon le CMQ, que le médecin formé en France a un niveau comparable à un résident de dernière année d'une faculté de médecine québécoise et qu'il est apte, tout comme le résident, à exercer au Québec de manière autonome.

Dans ce contexte, on s'interroge sur la justification de l'exigence d'une pratique exclusivement *en établissement*. Aussi, un lien clair doit être établi entre cette mesure et des différences substantielles avérées et décrites que cette mesure est censée compenser.

- *Existence de différents contextes d'encadrement*

On comprend des propos du CMQ qu'à travers la pratique en établissement est recherché un certain encadrement pour les premières années de pratique au Québec. Or, l'encadrement n'est pas l'apanage des seuls établissements. En effet, il existe différents contextes d'encadrement.

Au Québec, tout médecin exerçant en établissement est soumis à un encadrement, qu'il soit sous permis régulier ou sous permis restrictif. Cet encadrement est assuré par : les chefs de département, le CMDP et le directeur des soins professionnels. Les titulaires de ces fonctions exercent une surveillance de la qualité des actes posés et du respect des règles de fonctionnement (notamment en matière de soins et d'utilisation des ressources) des médecins au sein de chaque département. En cas de problème, des modalités d'intervention de même que de signalement au CMQ sont prévues dans la *Loi sur la Santé et les Services sociaux*.

De plus, tout médecin, quel que soit son lieu d'exercice (établissement ou cabinet), peut recevoir une visite d'inspection professionnelle de la part du CMQ afin de vérifier la qualité de sa pratique. D'ailleurs, l'approche du CMQ concernant la surveillance et l'amélioration de la qualité de la pratique est reconnue au Canada et ailleurs. Il a fait l'objet de présentations dans plusieurs forums internationaux en matière de qualité des soins et de réglementation professionnelle. Il s'agit là d'un autre outil d'encadrement à la disposition du CMQ. Suite à une visite d'inspection, si besoin est, un plan d'intervention sera établi par le comité d'inspection professionnelle (CIP) en vue d'une amélioration de la pratique. Ce plan d'intervention peut, dans certains cas, inclure des visites de contrôle, de la formation, ou s'accompagner d'une limitation temporaire ou permanente de l'exercice du médecin.

Pour les médecins de famille, à ces deux modes d'encadrement possibles s'ajoute celui exercé par les pairs lorsque des médecins pratiquent ensemble dans un environnement professionnel marqué par la mise en commun des ressources et des expertises. Ce type d'environnement offre des occasions d'échange, de même que d'observation et de bonification mutuelle de la pratique. C'est notamment le cas avec les groupes de médecine de famille (GMF), implantés progressivement au Québec à partir de 2002. Ces GMF, qui sont liés par contrat avec les agences de la santé et des services sociaux, offrent des services médicaux de première ligne. Le GMF se définit ainsi :

« un groupe de médecine de famille (GMF) est un regroupement de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Cette organisation du travail permet à la clientèle d'avoir plus facilement accès à des soins médicaux.

Chaque médecin s'occupe de ses propres patients, qui sont inscrits auprès de lui, mais tous les médecins membres du GMF ont accès à l'ensemble des dossiers médicaux. Ainsi, une personne qui se présente pour une consultation sans rendez-vous peut être vue par un autre médecin que le sien. Au besoin, elle peut aussi rencontrer une infirmière ou un autre professionnel de la santé du GMF pour différents suivis »<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Définition extraite de la page « Groupe de médecine de famille » de la section intitulée « Système de santé en bref » du site internet *Portail Santé mieux-être* géré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. La

On constate donc qu'au Québec, tout médecin est soumis à un encadrement de sa pratique, qu'il travaille en établissement, en cabinet ou en clinique. Si la pratique restreinte en vue d'un encadrement particulier trouve une justification comme mesure de compensation dans le cadre de l'ARM, une évaluation de la variété des contextes actuels d'encadrement de la pratique doit être effectuée. Ceci afin de s'assurer que les contextes de pratique retenus soient les plus adaptés aux spécialités et aux profils types des médecins et les moins contraignants possible.

- *Durée de la pratique sous permis restrictif*

On se questionne également sur la durée de la pratique sous permis restrictif qui est la même, quelle que soit la spécialité du médecin formé en France. Au cours de l'enquête, le CMQ a mentionné que cette durée est basée sur la durée moyenne de la résidence, soit cinq ans. Il s'agit de la période de temps nécessaire estimée afin que le futur médecin soit exposé à un ensemble suffisant de cas cliniques dans le cadre de sa formation. S'il est vrai que la durée de la résidence est de cinq ans pour de nombreuses spécialités (dont la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et l'anesthésiologie), pour la médecine de famille, la résidence dure deux ans. Cela implique qu'au bout de deux ans, on considère que les résidents en médecine de famille ont été exposés à suffisamment de cas cliniques pour être en mesure de pratiquer ensuite de manière autonome. Aussi, en toute cohérence, pourquoi les médecins de famille formés en France se voient-ils imposer une durée de cinq ans pour le permis restrictif?

De surcroît, les médecins formés en France ne sont pas en formation initiale mais en situation d'adaptation. Ils ont de l'expérience professionnelle et ont donc déjà été confrontés à une variété de cas cliniques. Aussi, la norme de référence pour la durée du permis restrictif ne devrait pas être la période de résidence au Québec puisqu'elle concerne des médecins en formation et non des médecins confirmés. En fait, la durée du permis restrictif, si tant est que cette pratique restreinte soit justifiée, devrait être modulée en fonction des spécialités et des profils types de médecins en France.

- *La véritable condition : l'examen final de spécialité*

Dans les faits, étant donné que la réussite de l'examen final de spécialité permet de réduire la durée du permis restrictif, nous en déduisons que le permis restrictif correspond à un simple passage du temps visant à permettre au médecin formé en France de bénéficier de l'exemption de la véritable condition de délivrance du permis régulier et du certificat de spécialiste correspondant, qui est la réussite de l'examen de spécialité.

Dans une philosophie « permis sur permis » qui inspire l'Entente Québec-France, l'exigence d'un examen a-t-elle sa place? Le fait de mettre en scène, dans l'ARM et les textes juridiques, l'exigence d'un examen dans une rédaction *a contrario*, c'est-à-dire en mettant en évidence la mesure qui permet de s'exempter de l'examen, ne peut faire l'économie de la discussion de la norme même. La condition sous-jacente est la réussite de l'examen final de spécialité. Il faut rappeler que cet examen vise à évaluer l'ensemble des compétences médicales; or, dans le cadre de l'Entente Québec-France, le CMQ n'est pas censé réévaluer l'ensemble des compétences médicales de chaque médecin formé en France, de manière systématique. En effet, l'analyse comparative des titres de formation et des champs de pratique effectuée pour chaque spécialité en fonction des différents profils types de candidats aurait normalement permis de réaliser ce travail d'évaluation. À travers l'identification des différences substantielles et, s'il y a lieu, la détermination des mesures de compensation appropriées, les ARM visent la reconnaissance des qualifications professionnelles de groupes de candidats et non de candidats individuels.

---

page « Groupe de médecine de famille » est disponible à l'adresse internet suivante : <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>

- *Arrimage des pratiques d'admission avec celles des provinces canadiennes*

Dans le cadre de l'ARM avec la France, le CMQ a déterminé qu'un stage d'adaptation était suffisant pour compenser les différences substantielles et que la réussite du stage démontre que la pratique du médecin formé en France est conforme aux normes professionnelles exigées du médecin formé au Québec. Toute autre exigence supplémentaire qui se justifie de la discussion et de l'arrimage avec les organismes de réglementation des provinces canadiennes n'a pas lieu d'être. Selon les principes de la mobilité professionnelle contenus dans les paragraphes 1 et 3 de l'article 706 du chapitre 7 de l'Accord de commerce intérieur (ACI)<sup>30</sup>, les autres provinces canadiennes devraient accepter l'évaluation faite par le CMQ et le permis qu'il délivre. Le paragraphe 2 de l'article 708 du chapitre 7 de l'ACI<sup>30</sup> ajoute que :

« la simple différence entre les exigences en matière de reconnaissance professionnelle d'une Partie touchant les titres de compétence, l'éducation, la formation, l'expérience, les méthodes d'examen ou d'évaluation et celles de toute autre Partie ne suffit pas, en soi, à justifier, pour respecter un objectif légitime, d'imposer des exigences supplémentaires en matière d'éducation, de formation ou d'expérience, ou un examen ou une évaluation » (notre soulignement).

Ainsi, un organisme de réglementation au Canada n'est pas tenu de reproduire des modalités d'admission ayant cours dans les autres provinces canadiennes. Par exemple, celle d'imposer un examen à un médecin formé hors de son territoire ou une pratique sous permis restrictif pour s'en exempter. L'ACI n'exige pas d'uniformiser les approches d'admission dans l'ensemble du Canada. L'ACI campe plutôt le principe de la reconnaissance mutuelle des permis entre les provinces canadiennes.

#### **4. Conclusions**

- 1) La profession de médecin est une profession phare pour laquelle des attentes gouvernementales se sont exprimées en vue de la conclusion rapide d'un ARM après la signature de l'Entente Québec-France;
- 2) Les politiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux ayant un impact sur les perspectives et modalités d'intégration professionnelle des médecins formés en France, il aurait dû prendre part aux discussions ayant mené à la conclusion de l'ARM;

#### ***Différences substantielles entre le Québec et la France***

- 3) Selon l'Entente Québec-France, la détermination de l'existence de différences substantielles dans les champs de pratique et les titres de compétence est un préalable et une condition à la mise en place d'une mesure de compensation qui doit viser à combler ces différences;
- 4) Au-delà des textes officiels qui décrivent les activités rattachées à une profession, la notion de champ de pratique utilisée dans l'Entente Québec-France doit être interprétée de façon plus large et prendre aussi en considération le contexte de pratique;
- 5) Il existe des différences entre le Québec et la France concernant l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé;
- 6) Il y a des indices à l'effet de l'existence de différences dans certaines spécialités concernant les champs de pratique ou les titres de formation;
- 7) Les différences concernant la profession de médecin et ses spécialités au Québec et en France ne sont pas décrites dans l'ARM et il n'est pas établi qu'il s'agit de différences substantielles au sens de l'Entente Québec-France;

<sup>30</sup> Version la plus récente, soit celle du 11 août 2009.

**Mesures de compensation : stages d'adaptation**

- 8) Un stage d'adaptation apparaît indiqué pour permettre aux médecins formés en France de s'ajuster à des façons de faire et à des normes de pratique au Québec. Une formation pourrait s'avérer nécessaire lorsqu'une différence reconnue comme substantielle concerne des activités médicales ou des techniques utilisées;
- 9) Dans la grille d'évaluation des stages réalisés par les médecins formés en France, on retrouve des critères se rapportant à l'acquisition de compétences médicales. Ces critères ne sont pas pertinents puisqu'ils ne se rapportent pas aux éléments constitutifs des différences substantielles liées au contexte de pratique;
- 10) Il n'est pas possible de conclure quant à la justification de la durée du stage d'adaptation, celle-ci étant tributaire d'une description des différences substantielles et du contenu du stage appelé à les compenser;
- 11) L'accès aux stages d'adaptation est affecté par la limitation des places, les formalités pour l'obtention d'un permis de travail temporaire, le coût et les perspectives d'emploi défavorables dans certaines spécialités;
- 12) Dans les spécialités déclarées saturées, la possibilité d'exercer la profession au Québec est faible;
- 13) Les moyens et les outils de préparation au stage d'adaptation ne répondent pas adéquatement aux besoins des candidats;
- 14) Les médecins de famille formés en France présentent plusieurs profils de pratique avec un degré variable d'activité en contexte hospitalier. Certains de ces médecins peuvent avoir besoin d'une formation complémentaire;

**Mesures de compensation : pratique sous permis restrictif**

- 15) La pratique sous permis restrictif d'une durée de cinq ans en établissement sert essentiellement à s'exempter de la véritable condition de délivrance du permis régulier qui est appliquée aux médecins formés en France, soit la réussite de l'examen final de spécialité;
- 16) La mesure de compensation prenant la forme d'une pratique sous permis restrictif d'une durée de cinq ans, exclusivement en établissement, demande à être justifiée par l'existence d'une différence substantielle;
- 17) La norme de référence pour la durée du permis restrictif ne devrait pas être la période de résidence au Québec puisqu'elle concerne des médecins en formation et non des médecins confirmés.
- 18) L'examen final de spécialité visant l'évaluation de l'ensemble des compétences médicales, il s'inscrit mal dans la philosophie de l'Entente Québec-France qui ne prévoit pas la réévaluation de toutes les compétences de base de chaque candidat, de manière systématique;

**Autres considérations**

- 19) L'établissement et la délivrance de permis spéciaux pourraient être envisagés pour certains médecins de famille formés en France pour lesquels, étant donné leur profil de pratique, il serait déraisonnable d'exiger qu'ils possèdent l'ensemble des compétences d'un médecin de famille formé au Québec. L'opportunité et la faisabilité d'une telle approche doivent être étudiées par le Collège des médecins du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- 20) Il n'existe pas de système capable de prévenir tous les cas d'incompétence professionnelle. On peut donc rencontrer des candidats dont les compétences médicales sont inadéquates, bien qu'ils détiennent une autorisation légale d'exercer d'un autre pays. Dans le cadre juridique québécois, il n'y a pas de mécanisme d'intervention avant la délivrance du permis pour prévenir les risques de préjudice pour le public que présentent ces candidats.

## 5. Recommandations et interventions

- 1) QUE les autorités compétentes du Québec et de la France révisent l'ARM des médecins de manière à :
  - actualiser l'analyse comparée des champs de pratique et des titres de formation, et ce, pour chaque spécialité et en tenant compte des profils types de pratique;
  - décrire dans le texte de l'ARM les différences substantielles au sens de l'Entente Québec-France;
  - déterminer les mesures les plus appropriées pour compenser les différences substantielles relevées, en se basant sur les principes et les modalités prévus à l'Entente Québec-France;
- 2) QUE le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec participe aux travaux entourant la révision de l'ARM des médecins;
- 3) QUE, dans l'éventualité où la formule du stage d'adaptation soit maintenue, les autorités compétentes :
  - modulent le contenu et la durée du stage en fonction de la spécialité et des profils types de candidats;
  - revoient les outils de préparation au stage et leur contenu pour une meilleure adéquation aux besoins des candidats;
  - associent les critères de la grille d'évaluation du stage aux éléments constitutifs des différences substantielles liées au contexte de pratique québécois;
- 4) QUE, dans l'éventualité où la formule d'une pratique restreinte soit maintenue en vue d'un encadrement particulier :
  - une évaluation de la variété des contextes actuels de pratique et de leur encadrement soit effectuée afin que les contextes de pratique retenus soient les moins contraignants possible et les plus adaptés aux différentes spécialités et aux profils types des différents candidats;
  - la durée de la pratique restreinte soit modulée en fonction de la spécialité et des profils types de médecins;
- 5) QUE le Collège des médecins du Québec, en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux, explore l'opportunité et la faisabilité d'établir et de délivrer des permis spéciaux à des médecins de famille formés hors du Québec selon les différentes spécialités, les profils types, et en fonction des besoins du système de santé;
- 6) QUE, pour les cas de motifs sérieux d'inquiétude concernant la protection du public et pour tous les parcours d'admission, l'Office des professions du Québec examine, avec les partenaires du système professionnel, la possibilité d'incorporer au *Code des professions* un mécanisme d'exception afin d'évaluer la compétence professionnelle d'un candidat avant la décision de délivrance de permis. Ce mécanisme, qui s'inspire de la procédure prévue à l'article 45.3 du *Code des professions*, aurait les modalités suivantes :
  - le Conseil d'administration de l'Ordre peut évaluer la compétence d'une personne qui demande la délivrance d'un permis alors qu'elle satisfait à l'ensemble des conditions prévues, dans le cas où il aurait des motifs sérieux de croire que certains aspects de la pratique de cette personne pourraient constituer un risque de préjudice pour les personnes recourant à ses services;
  - les aspects problématiques doivent être clairement identifiés et pourraient avoir été observés, entre autres, à l'occasion d'un stage, alors que ces aspects de la pratique ne faisaient pas l'objet d'une évaluation;

- l'évaluation doit porter uniquement sur les aspects problématiques de la pratique connus de l'Ordre;
- sur la base des résultats de l'évaluation, le Conseil d'administration peut, après avoir permis au candidat de présenter ses observations :
  - refuser la délivrance du permis à la personne dont les connaissances ou habiletés ne sont pas équivalentes à celles des membres de l'Ordre;
  - inscrire la personne au tableau, mais limiter ou suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles jusqu'à ce qu'elle ait complété avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou les deux à la fois;
- une décision prise en vertu de ce mécanisme d'exception peut être portée en appel devant le Tribunal des professions du Québec.





## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Méthodologie de l'enquête**

#### **Documentation consultée :**

Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles;

Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins entre le Collège des médecins du Québec et le Ministre de la Santé et des Sports et le Conseil national de l'Ordre des médecins de France;

Documentation sur les principes et sur les bonnes pratiques dans le domaine de la reconnaissance des compétences;

Législation et réglementation québécoises sur la reconnaissance des compétences professionnelles;

Information officielle sur le site Web du Collège des médecins et des autres parties prenantes (pages Web et documents disponibles en ligne),

Documentation détenue par le Collège des médecins et des autres parties prenantes (communications entre le CMQ et les autres parties prenantes québécoises et françaises ayant mené à la signature de l'ARM, politiques, procédures, dossiers de médecins formés en France candidats à l'admission au CMQ),

Documents produits par le Collège des médecins du Québec, à la demande de l'analyste (liste des médecins formés en France ayant déposé une demande d'admission à l'Ordre de la date de signature de l'ARM au 31 décembre 2013, liste des responsables de stage ayant encadré les stages des médecins formés en France au cours de cette même période).

#### **Personnes rencontrées ou consultées :**

D<sup>r</sup> Yves Robert, Secrétaire général du Collège des médecins du Québec;

D<sup>re</sup> Anne-Marie MacLellan, Directrice et secrétaire adjointe, Direction des études médicales au Collège des médecins du Québec;

D<sup>re</sup> Julie Lalancette, Directrice adjointe, Direction des études médicales au Collège des médecins du Québec;

M<sup>me</sup> Isabelle Savard, Directrice de la main-d'œuvre médicale, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;

M<sup>me</sup> Karine Huard, Coordinatrice du service Recrutement Santé Québec – volet médecins, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

#### **Activités d'enquête réalisées :**

Recherche et analyse documentaire (voir plus haut);

Échantillonnage :

- Consultation de dossiers d'admission de médecins formés en France ayant réussi ou échoué leur stage d'adaptation (versions papier ou électronique),
- Entrevues auprès de médecins superviseurs ayant encadré des stages d'adaptation dans certains établissements de santé québécois;

- Sondage réalisé auprès de médecins formés en France ayant réussi leur stage d'adaptation au Québec et ayant obtenu un permis d'exercice restrictif;



