

Dichotomie qualité-quantité : Quel genre d'avenir souhaitons-nous?

Shawna Johnston, MD, FRCSC

Université Queen's, Kingston (Ont.)

Il y a longtemps que nous assistons à la lente dégradation de la situation. La communauté des médecins tente depuis un certain temps déjà de sensibiliser les décideurs à la survenue d'une crise de la main-d'œuvre; maintenant, cette crise s'est intensifiée au point de provoquer l'ire du public. Nous ne disposons tout simplement pas d'un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de santé de la population canadienne. Le temps est maintenant venu d'adopter des mesures urgentes et immédiates. Néanmoins, il s'avère tout de même impossible de « produire » rapidement des médecins hautement spécialisés : la formation d'un spécialiste en obstétrique-gynécologie pleinement qualifié nécessite en moyenne neuf ans (à partir de son admission à la faculté de médecine); ainsi, la solution au problème qui nous préoccupe à l'heure actuelle ne se résume pas simplement à l'augmentation des admissions en faculté de médecine. Nous ne pouvons pas non plus nous attendre au retour des diplômés canadiens œuvrant à l'étranger : en effet, qui souhaiterait revenir travailler au sein d'un système de soins de santé à bout de ressources et assailli de toutes parts tel que le nôtre? Il s'avère donc légitime de nous pencher vers d'autres solutions et d'exploiter l'énorme réserve de diplômés internationaux en médecine (DIM), soit ceux qui ont été formés et agréés dans d'autres systèmes, à l'extérieur du Canada. Force est de constater que les organismes gouvernementaux, tant fédéraux que provinciaux, ont pris les devants et se sont emparés de cette occasion. Des données récentes laissent entendre que la part des DIM au sein des effectifs médicaux provinciaux se situe entre 19 % (à l'Île-du-Prince-Édouard) et 55 % (en Saskatchewan)¹. Malheureusement, cette approche n'a en fait entraîné que l'émergence de nouveaux problèmes. Il est possible que, dans notre recherche de la

quantité, nous ayons déjà commencé à compromettre la qualité des soins offerts.

La profession médicale, par l'intermédiaire du Collège royal et de programmes universitaires agréés de formation de 2^e et de 3^e cycle, détermine la compétence des médecins et offre des services appropriés d'agrément en ce qui concerne la pratique de spécialités indépendantes. En fonction de cet agrément, chaque collège provincial émet des licences de pratique pour la province qu'il régit. Cependant, les autorités provinciales chargées d'émettre les licences ont arbitrairement décidé de changer les règles, apparemment en vue de répondre à la pénurie de médecins, et permettent donc à certains DIM (heureusement, non pas à tous ceux-ci) de pratiquer en leur octroyant des licences « provisoires », c.-à-d. sans qu'ils aient à se soumettre à la formation et à l'évaluation de cycle supérieur requises au Canada ni aux examens nécessaires. Bien que ces licences aient été, par euphémisme, affublées de noms tels que licences « de service public », « restreintes », « définies », « conditionnelles » ou « temporaires », elles ne constituent pas moins une voie de substitution vers la pratique médicale indépendante mise exclusivement à la disposition des médecins formés à l'étranger. Dans certains cas, les licences provisoires comptent une date d'expiration, à la suite de laquelle les médecins qui en sont détenteurs doivent passer l'examen du Collège royal afin d'obtenir leur licence complète. Dans d'autres cas, les licences provisoires sont indéfinies et l'obtention d'une licence complète est ni requise ni mise en œuvre. Habituellement, les DIM bénéficiant d'une licence provisoire sont embauchés pour répondre aux pénuries; ils bénéficient d'une licence provisoire pour obtenir accès à la pratique et ont tendance à accepter les postes en région rurale que les diplômés canadiens en médecine refusent. Ainsi, dans les régions offrant moins de supervision et de soutien et disposant de moins de ressources, il est possible que le personnel médical soit constitué des médecins les moins qualifiés et (peut-être) les moins compétents sur le plan clinique. Cette situation s'avère-t-elle vraiment souhaitable? S'agit-il du système de

soins de santé « universel » que nous souhaitons offrir aux Canadiens ou avons-nous plutôt créé un système offrant deux normes de soins médicaux, puisque nous avons permis l'instauration de deux normes de compétence médicale?

Nous avons besoin de solutions . . . et nous en avons besoin rapidement. J'irais, peut-être par arrogance, jusqu'à dire que la plupart des médecins qui ont réussi leur programme de résidence au Canada et les examens du Collège royal sont compétents. En fait, je continue d'être impressionnée par la grande qualité des spécialistes que nous produisons au pays. Cette « production » nécessite toutefois un certain temps. La simple augmentation des occasions pédagogiques et de formation au sein de notre système canadien ne parviendra pas à résoudre le problème sur-le-champ. N'empêche que de tenter de retaper le système en s'adonnant au « braconnage » des médecins d'autres pays et d'autres systèmes, où les normes et méthodes d'agrément sont grandement variables, constitue une pratique contraire à l'éthique et potentiellement dangereuse. Nous voulons un système faisant principalement appel aux plus brillants esprits du pays, tout en étant parsemé des esprits les plus exceptionnels issus de l'étranger, particulièrement (ou peut-être seulement) si ceux-ci disposent d'aptitudes ou de connaissances n'étant pas disponibles sur le plan local. Nous nous attendons à ce que les diplômés canadiens en médecine se soumettent avec succès aux rigueurs de la formation en résidence; nous devons donc avoir les mêmes attentes envers les diplômés d'ailleurs. Il est impossible de présumer de la compétence clinique et chirurgicale d'un médecin seulement par la présence de quelques lettres à la suite de son nom ou par le volume de son expérience clinique, particulièrement si cette expérience a été obtenue dans un système où les normes sont grandement différentes des nôtres. Les DIM, pour lesquels l'on a déterminé que la

formation dont ils ont bénéficié ne répondait pas aux normes que l'on impose aux résidents canadiens, devraient être contraints de se soumettre à la formation et aux évaluations requises pour l'agrément au Canada, sans égard au nombre d'années d'expérience clinique.

Aucun DIM ne devrait bénéficier d'une licence de pratique sans avoir passé l'examen du Collège royal. Il faut mettre fin aux pratiques des provinces quant à l'octroi de ces licences provisoires et il faut y mettre fin dès maintenant. Si nous n'y parvenons pas, nous en finirons par devoir assumer la responsabilité éthique et juridique des complications survenant aux mains des praticiens dont nous nous servons pour combler les lacunes du système, et ce, bien que nous reconnaissons (à mots couverts) qu'il y a fort à parier qu'ils aient bénéficié d'une formation de qualité inférieure.

L'incorporation des diplômés internationaux en médecine au système de santé canadien constitue l'une des composantes cruciales de la solution complexe que nous devons apporter à la pénurie grandissante de médecins à laquelle nous faisons maintenant face. Nous devons toutefois y procéder de façon rigoureuse. L'évaluation finale de la compétence des DIM doit correspondre à celle qui est imposée aux diplômés canadiens; ainsi, les programmes de résidence doivent être prêts à former et à évaluer ces DIM. De façon semblable, les DIM doivent être agréés en passant les examens du Collège royal avant d'obtenir une licence de pratique, que celle-ci soit provisoire / temporaire ou non. Les pressions politiques ne peuvent bafouer ces exigences. Nous voulons de la qualité, non pas seulement de la quantité.

RÉFÉRENCES

1. Baerlocher MO. « The importance of foreign-trained physicians to Canada », *Clin Invest Med*, vol. 29, n° 3, 2006, p. 151-3.