



Entente France-Québec

quelles sont les retombées de l'arrangement de reconnaissance mutuelle ?

Marianne Casavant

Dans le cadre de l'Entente France-Québec, les médecins omnipraticiens français, peu habitués au travail de deuxième ligne, sont dirigés vers une pratique exclusive en établissement lorsqu'ils arrivent au Québec. Utilise-t-on leurs forces à bon escient ?

LE 17 OCTOBRE 2008, le premier ministre du Québec et le président de la République française signaient l'Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Cette entente, dont le but est de favoriser la mobilité de la main-d'œuvre entre la France et le Québec, vise une centaine de professions réglementées. En médecine, l'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) a été conclu le 29 novembre 2009 par les autorités compétentes responsables de la profession. Le Collège des médecins du Québec, le Conseil national de l'Ordre des médecins de France et le ministère de la Santé et des Sports de France se sont ainsi entendus sur les conditions à remplir pour obtenir la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Depuis, 181 médecins français ont présenté une demande pour pratiquer au Québec. De ce nombre, pour ceux dont les dossiers étaient complets et ceux qui ont poursuivi le processus par le stage d'adaptation au Québec, 64 ont obtenu leur permis d'exercice du Collège des médecins du Québec. De ces 64 médecins, 35 sont des spécialistes en médecine de famille et 29 sont membres d'une autre spécialité. Enfin, un certain nombre sont soit en stage, soit en attente de stage.

Bien que cette avenue soit intéressante pour résoudre en partie le problème de pénurie de main-

d'œuvre médicale au Québec, force est de constater qu'elle ne constitue qu'une solution bien partielle. En effet, les conditions de l'arrangement de reconnaissance mutuelle, la pratique médicale qui prévaut en France et au Québec ainsi que la réglementation de la pratique par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec nous amène à penser que l'apport de ces médecins français n'est pas exploité à son plein potentiel.

Les conditions de l'arrangement

En tant qu'ordre professionnel responsable de l'émission des permis et dont la mission première consiste à protéger le public, le Collège s'est doté de balises précises en matière de délivrance d'un permis en vertu de l'arrangement de reconnaissance mutuelle. Dans cet esprit, il ne suffit pas d'être titulaire d'un permis d'exercice de la médecine en France pour venir s'installer au Québec. Encore faut-il que le candidat remplisse les exigences prescrites par le Collège à l'article 35 de la Loi médicale.

Pour l'essentiel, l'article 35 prévoit l'octroi d'un permis restrictif au candidat qui aura réussi un stage d'adaptation à caractère évaluatif d'une durée de trois mois dans un établissement ayant une affiliation universitaire et étant agréé par le Collège. Le détenteur de ce type de permis accepte ensuite d'exercer ses activités professionnelles exclusivement en établissement sous le couvert d'un CMDP jusqu'à ce qu'il obtienne un permis régulier. Ce n'est qu'au terme d'une période de cinq ans, ou après une année de pratique

M^{me} Marianne Casavant est conseillère en politique de santé à la direction de la Planification et de la Régionalisation de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

s'il choisit de passer les examens du Collège des médecins de famille du Canada et qu'il les réussit, que le candidat sera libre de s'installer en cabinet s'il le souhaite.

La pratique clinique

Pour que les balises établies par le Collège soient respectées, le stage d'adaptation doit comporter trois volets : soins aux patients hospitalisés, soins aux urgences et soins de suivi de clientèle. Au cours de cette période, le candidat voit ainsi diverses activités cliniques telles qu'elles sont pratiquées en établissement par les omnipraticiens au Québec. Le médecin français est donc appelé à intervenir dans des secteurs où il est généralement moins à l'aise.

Les différences de pratique entre médecins français et québécois sont bien réelles. En France, l'omnipraticien exerce, en général, qu'en cabinet. En outre, le déplacement de ce dernier au domicile du patient, au besoin, constitue la norme. Au Québec, les omnipraticiens sont pour la plupart beaucoup plus polyvalents. En effet, ce sont 41 % des omnipraticiens québécois qui partagent leur temps entre les activités de première et de deuxième ligne.

Les informations obtenues par le Collège tendraient à corroborer ces différences de pratique. Bien que l'analyse des renseignements soit encore parcellaire, les difficultés des candidats en cours de stage en médecine familiale proviendraient notamment de la tenue de dossier et de l'étendue des activités de prise en charge du patient. Au final, le taux d'échec à la suite du stage serait d'environ 17 %.

Les éléments exposés en ce qui a trait à la nature de l'activité clinique de l'un et de l'autre méritent réflexion. Au Québec, dans l'état actuel des choses, les omnipraticiens ne parviennent pas à satisfaire tous les besoins de prise en charge de la population. Valorisés par leur pratique polyvalente, ils sont très présents en deuxième ligne, notamment à l'urgence et à l'hospitalisation par l'intermédiaire des AMP. Par conséquent, la disponibilité des omnipraticiens en première ligne est nécessairement réduite. Parallèlement, selon les règles applicables au Québec, le médecin français, peu habitué aux activités de deuxième ligne, est contraint d'exercer seulement en établissement jusqu'à ce que son permis restrictif soit converti en permis régulier. Considérant les différences de pratique, n'y aurait-il pas lieu, au bénéfice des patients, d'explorer davantage les forces de chacun ? Au

Québec, les effectifs médicaux, particulièrement en médecine familiale, sont touchés à la fois par les congés de maternité et les départs à la retraite. Pour l'année 2011-2012, la cohorte des omnipraticiens de moins de 40 ans représentait 23 % de l'effectif total, dont 76 % de femmes. À cela s'ajoutait une proportion de 36 % d'omnipraticiens de plus de 55 ans, qui prenaient en charge 49 % des patients inscrits.

La réglementation de la pratique médicale au Québec

Le médecin qui obtient un permis restrictif selon l'arrangement de reconnaissance mutuelle est par ailleurs placé dans la même situation que tout autre candidat québécois soumis à la réglementation de la pratique établie par le ministère et sur laquelle le Collège n'a pas d'emprise. Le médecin détenteur d'un permis restrictif, en plus d'être assujéti aux règles inhérentes aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et aux AMP, doit exercer en établissement. Le candidat qui se prévaut de l'ARM doit, de plus, s'assurer qu'un poste est disponible au plan des effectifs de l'établissement (PEM) où il compte pratiquer. Encore ici, cette contrainte professionnelle ne relève pas du Collège.

L'ACCÈS AUX MÉDECINS de famille en première ligne demeure donc une préoccupation importante dans notre système de santé. Ne serait-il pas opportun de revoir les critères de délivrance d'un permis restrictif dans le cadre de l'arrangement de reconnaissance mutuelle ? Ne serait-il pas plus profitable pour tous, surtout pour les patients, d'exploiter davantage l'expertise des médecins français là où elle serait la plus utile, c'est-à-dire en première ligne ?

Les ententes intergouvernementales portant sur la mobilité de la main-d'œuvre qu'a signées le gouvernement du Québec constituent certainement une avancée importante, tant sur les plans professionnel et économique que culturel. Elles ont toutefois leurs limites et leurs faiblesses. On voit bien que les modèles de pratique des omnipraticiens peuvent être très différents. Sans changer la loi, le Collège et le ministère gagneraient sans doute à évaluer ensemble de quelle manière il serait possible d'intégrer plus judicieusement les médecins français à la première ligne au Québec. ☺