

# LA SÉLECTION DES DIM :

Examen indépendant de l'accès  
des diplômés internationaux en médecine  
aux programmes de formation postdoctorale en Ontario

---

Volume 1 : Conclusions et recommandations

SEPTEMBRE 2011

Rapport présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue  
durée de l'Ontario et au Conseil des universités de l'Ontario  
par George Thomson et Karen Cohl

# TABLE DES MATIÈRES

<b>A. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
Contexte .....	1
Observations .....	3
<b>B. ACCÈS AUX POSTES DE 1<sup>RE</sup> ANNÉE DE RÉSIDENCE</b> .....	<b>8</b>
Postes réservés aux DIM .....	8
Étapes du processus de sélection .....	10
Expérience clinique nord-américaine .....	22
<b>C. ACCÈS AUX POSTES DE FORMATION AVANCÉE</b> .....	<b>27</b>
Déclin du nombre de postes .....	27
Entrée au niveau avancé et processus en accéléré.....	30
Évaluation de l’aptitude à pratiquer .....	31
<b>D. QUESTIONS CONNEXES</b> .....	<b>33</b>
Réussite à l’étape de la résidence et par la suite .....	33
Réduction de la demande et amplification de la capacité .....	39
Transparence .....	45
Un milieu d’apprentissage.....	48
<b>E. CONCLUSION</b> .....	<b>53</b>
Une vision axée sur l’équité.....	53
Leadership : pour aller de l’avant .....	55
Résumé des recommandations .....	57
Remerciements .....	62
Notes de fin de document .....	65

# LA SÉLECTION DES DIM :

## EXAMEN INDÉPENDANT DE L'ACCÈS DES DIPLÔMÉS INTERNATIONAUX EN MÉDECINE AUX PROGRAMMES DE FORMATION POSTDOCTORALE EN ONTARIO

### VOLUME 1 : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

*« L'enjeu est de taille : c'est une décision critique pour une carrière. »*

–Membre du personnel enseignant

*« Les très bons candidats sont nombreux. Personne ne sait vraiment quel serait le meilleur mode de sélection. »*

–Membre du personnel enseignant

*« Ce à quoi la plupart des DIM aspirent, c'est une occasion de faire leurs preuves au sein du système et de montrer qu'ils sont à la hauteur. »*

–Ex-résident DIM actuellement membre du personnel enseignant

*« Plus le diplômé international a de l'expérience, moins il a de probabilité d'être admis. »*

– Association of International Physicians and Surgeons of Ontario

[Propos de participants à la consultation]

## A. INTRODUCTION\*

### CONTEXTE

Pour une foule de médecins qui ont fait leurs études à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, une formation postdoctorale canadienne est une étape incontournable s'ils veulent exercer leur profession en Ontario. Mais la concurrence est vive, et les candidats sont beaucoup plus nombreux que les postes. En 2011, par exemple, plus de 1 800 candidats se sont disputé les postes de résidence réservés aux diplômés internationaux en médecine (DIM) dans les facultés de l'Ontario.

---

\* Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé pour désigner les deux sexes.

Malgré les réformes successives opérées par le gouvernement, les facultés de médecine et les organismes de réglementation, les DIM ont continué à mettre en doute l'équité de nos politiques et pratiques d'accès à la profession de médecin. En octobre 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a commandé aux signataires (George Thomson et Karen Cohl) la réalisation d'un examen indépendant (l'Examen DIM), avec le soutien administratif du Conseil des universités de l'Ontario. L'examen devait porter sur le processus de sélection des DIM qui sont candidats à un poste de formation postdoctorale dans une faculté de médecine de l'Ontario, afin d'identifier et d'analyser les barrières que présente ce processus et de formuler des recommandations.

Le processus de consultation mené aux fins de l'Examen DIM a comporté des visites dans les six facultés de médecine de l'Ontario et de nombreuses rencontres avec les parties prenantes – diplômés internationaux en médecine, chercheurs et enseignants, outre les organismes concernés aux paliers provincial et national. Nous nous sommes entretenus avec, au total, plus de 200 personnes. Nous avons passé en revue des données, mémoires et rapports, notamment un fichier de données ciblées sur le processus de sélection de 2011, traité le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Nous avons également procédé à un examen approfondi du processus de 2011 à l'égard de trois programmes : médecine familiale, pédiatrie et médecine interne.

Notre rapport ne porte pas sur la demande en services médicaux, sur les effectifs en médecins ni sur le rôle que devraient jouer les DIM en réponse au besoin d'un supplément de médecins en Ontario. Ce n'est pas non plus une étude de la politique d'immigration du Canada en rapport avec les diplômés internationaux en médecine. Nous nous sommes centrés sur une question d'importance vitale : comment veiller à l'équité du processus servant à la sélection des candidats aux postes de résidence disponibles.

Le volume 1 du document expose les grandes conclusions et recommandations de l'Examen DIM. Le volume 2 présente une description plus détaillée de nos travaux de la dernière année, qui ont permis de clarifier le processus de sélection ainsi que de cerner et d'analyser les défis qu'affrontent ses deux protagonistes : les candidats DIM et les facultés de médecine de l'Ontario.

### **Ce que renferme le volume 2 du rapport...**

- Description du processus de sélection et de l'expérience que vivent les DIM et les enseignants
- Données sur le processus de sélection 2011 et examen approfondi de trois secteurs de programme
- Évolution des programmes destinés aux DIM en Ontario
- Différentes notions de l'équité et décisions des cours et tribunaux
- Programmes destinés aux DIM dans d'autres provinces
- Renvois à d'autres études et rapports

## OBSERVATIONS

Nous croyons qu'il existe des mesures qui pourraient rendre le processus de sélection plus équitable pour les candidats DIM et plus facile à gérer pour les facultés de médecine. Avant de passer à l'exposé de nos constats et des solutions proposées, nous consignerons ici plusieurs observations d'ordre général.

### IMPORTANT ENJEU D'INTÉRÊT PUBLIC

Les décisions touchant l'accès aux postes de résidence ont des répercussions à large portée. Pour les DIM, ce peut être la différence entre réaliser leur rêve d'exercer la médecine ici et y renoncer. Ces personnes devraient pouvoir compter sur un processus de sélection équitable et transparent quant à ces postes fortement convoités.

Des enseignants du postdoctoral supervisent la prestation de services médicaux de haut calibre dans les hôpitaux universitaires de l'Ontario et dispensent une formation pratique, en médecine familiale et dans toute une gamme d'autres spécialités. Leur capacité de s'acquitter de ce rôle est fonction des décisions prises en matière de sélection. Ils doivent disposer d'un processus fondé sur des données probantes pour choisir les candidats les plus susceptibles de réussir, en cours de programme et par la suite.

Mais, avant tout, ces décisions ont des conséquences pour la population, en contribuant à définir le profil des futurs médecins en exercice.

Pour toutes ces raisons, le processus de sélection est d'une importance capitale, et il le resterait même si les programmes des facultés de médecine ontariennes pouvaient recevoir un nombre illimité de DIM.

### ENVIRONNEMENT EN MUTATION CONSTANTE

La dernière décennie a connu des changements majeurs et une réforme substantielle dans des secteurs qui ont un impact sur le processus de sélection des DIM. Ainsi, les hausses du nombre d'inscriptions en médecine ont exercé des pressions sur la capacité clinique des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires. Facteur de pression supplémentaire en Ontario, le nombre des postes de résidence réservés aux DIM a plus que doublé en 2004, passant de 90 à 200. La nature de ces postes s'est depuis transformée, au fil de l'augmentation des postes de résidence de 1<sup>re</sup> année et de la diminution des possibilités de commencer à un niveau plus avancé.

En 2006, les facultés de médecine de l'Ontario ont assumé un rôle plus marqué dans la sélection des DIM. On a depuis lors mis à l'essai diverses formules d'amélioration du processus. Le volume des candidatures s'est accru entre-temps, du fait que les Canadiens qui étudient la médecine à l'étranger sont maintenant beaucoup plus nombreux à poser leur candidature à des postes de résidence, parallèlement aux médecins immigrants. Ce phénomène pose un défi aux facultés, qui doivent étudier les candidatures et comparer les candidats à divers stades de leur parcours.

En 2007, l'organisme DIM Ontario a fermé ses portes. Le gouvernement de l'Ontario l'a remplacé par le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario comme source d'information, d'orientation et de soutien à l'intention des DIM, et par le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger comme organisme spécialisé en évaluation. C'est à ce moment-là qu'est devenu facultatif l'examen clinique obligatoire en Ontario pour les DIM qui se portaient candidats à un poste de résidence de 1<sup>re</sup> année; enfin, en 2011, cet examen provincial a été intégré à un nouvel examen national.

Un autre changement est survenu en 2010, lorsque le gouvernement de l'Ontario a assoupli les règles prescrivant les régions où les DIM pouvaient exercer au terme de leur programme postdoctoral.

Cet horizon mouvant, dans un système déjà complexe et à intervenants multiples, présente des défis aux DIM en cheminement dans le système, aux facultés de médecine dans la gestion du processus de sélection, et aux chercheurs dans la détermination de l'impact des politiques, pratiques et instruments.

Nous sommes conscients que la mise en œuvre des changements recommandés ci-dessous pourrait donner lieu à d'autres mesures de réforme, dans un système en constante fluctuation. Aussi avons-nous eu soin de ne préconiser de changements que si nous étions convaincus qu'ils en valaient largement la peine.

## NIVEAUX ÉLEVÉS D'ENGAGEMENT – ET NIVEAUX ÉLEVÉS DE FRUSTRATION

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec un bon nombre de DIM et de professeurs au cours de l'Examen DIM. Nous avons été frappés par la volonté inébranlable des DIM de poursuivre leur carrière en médecine et par la détermination des enseignants à retenir les meilleurs candidats. Nous avons en égale mesure été frappés par le sentiment collectif de frustration.

Pour quantité de DIM, la médecine est la seule et unique vocation, et la qualité de médecin fait partie intégrante de leur identité. Nous avons entendu les récits de personnes qui n'avaient reculé devant aucun sacrifice, souvent sur une période de plusieurs années, pour améliorer leurs chances. Dans la plupart des cas, un poste de résidence est l'unique point d'entrée dans le système, et il peut être dévastateur pour ces médecins de ne pas obtenir d'entrevue ou de ne pas se voir offrir de poste.

Chez les DIM qui ont immigré au Canada après avoir exercé leur profession à l'étranger, il y a le sentiment que la porte est en train de se refermer. L'un des problèmes est que des Canadiens qui ont étudié la médecine à l'étranger (les CEE) obtiennent chaque année un nombre plus élevé des places de 1<sup>re</sup> année en résidence. Parallèlement, le nombre de postes de formation avancée accuse un déclin marqué. Les médecins immigrants qui ont à leur actif une expérience confirmée dans un autre pays expriment de la frustration devant l'impossibilité d'avoir accès à l'exercice par d'autres voies.

D'autre part, les CEE affrontent aussi des défis. Leur nombre est en croissance rapide, ce qui abaisse leurs chances de trouver un poste en rentrant au Canada.

Parmi les autres défis que doivent surmonter les DIM, il y a la durée et le coût du processus et la rareté des occasions de démontrer leurs compétences cliniques. Les DIM qui ont décroché un poste soulignent le problème que représente le programme obligatoire préalable à la résidence, outre l'obligation de signer un contrat de « service postdoctoral » les engageant à cinq années de pratique dans une région autre que celles de Toronto ou d'Ottawa.

Le personnel enseignant qui dirige et gère le processus de sélection des DIM voue un temps et des énergies considérables à l'exécution d'un processus qui soit équitable pour le choix des meilleurs candidats et à l'expérimentation de nouvelles méthodes de sélection. Les efforts qu'ils déploient se sont valu tout notre respect. Les pressions de la charge de travail et de l'incertitude qui règne sont à cet égard des causes majeures d'insatisfaction. Dans de nombreux programmes et dans un laps de temps réduit, on doit traiter des centaines de candidatures émanant de divers groupes de candidats pour qui l'enjeu est considérable. Certains professeurs vivent également de la frustration dans leurs tentatives d'octroyer à des médecins d'expérience des postes de résidence au niveau avancé, lesquels sont disponibles dans les programmes de certaines spécialités. Ajoutons à cela la tâche quasi impossible d'évaluer l'enseignement dispensé dans un large éventail de facultés de médecine dans des douzaines de pays, sans parler de l'incertitude quant aux compétences cliniques acquises dans le cadre de systèmes de santé ailleurs qu'en Amérique du Nord.

## IMPACT DIFFÉRENT DES MÉTHODES DE SÉLECTION POUR LES DEUX GROUPES DE DIM

Rappelons qu'il existe deux catégories de DIM. La première est celle des médecins immigrants ayant obtenu leur doctorat à l'étranger, où ils ont bien souvent exercé avant leur venue au Canada. L'autre se compose de Canadiens ayant étudié à l'étranger (CEE). Les CEE sont des citoyens canadiens ou des résidents permanents qui ont quitté le Canada pour faire des études de médecine à l'étranger. Certains CEE sont également des immigrants, la distinction étant qu'ils sont arrivés au Canada avant l'obtention de leur doctorat.

Les DIM immigrants trouvent de plus en plus ardu de rivaliser avec les CEE pour l'obtention de postes de 1<sup>re</sup> année de résidence. En effet, les CEE sont pour la plupart des diplômés récents, dont un bon nombre se portent candidats au cours de leur dernière année d'études médicales. De ce point de vue, ils peuvent être assimilés aux diplômés des facultés canadiennes qui se portent candidats à ce même stade de leur parcours. Mains programmes de résidence marquent une préférence tant pour les diplômés récents que pour une expérience clinique nord-américaine, expérience que certains CEE peuvent acquérir pendant leurs études de premier cycle en médecine.

Mais certains avantages dont bénéficient les CEE n'existent pas au même degré dans tous les programmes de résidence, et les CEE sont nombreux à ne pas obtenir le poste

souhaité. Selon des données de 2011 du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), quelque 80 % des CEE et 94 % des DIM\*\* qui étaient immigrants n'ont pas été retenus lors du premier tour de jumelage en vue de postes de 1<sup>re</sup> année de résidence en Ontario.

Nos recommandations ciblent en partie des facteurs liés aux positions relatives des deux groupes de DIM. Nous ne plaidons pas pour l'attribution de postes plus nombreux à l'un ou à l'autre des deux groupes. Nous entrevoyons plutôt un système à l'intérieur duquel les deux groupes pourraient concourir de façon équitable pour l'obtention des postes réservés de 1<sup>re</sup> année, avec possibilité d'un parcours accéléré pour les médecins d'expérience qui n'ont pas besoin de refaire un programme de résidence au complet.

Rien dans notre rapport ne vient contredire le principe de base voulant que les postes de résidence soient offerts aux diplômés des facultés canadiennes, à l'égard desquels un investissement substantiel a été consenti au chapitre de la formation à l'exercice de la médecine. Nous ne contestons pas non plus le principe qu'il faut tenir compte d'indicateurs de réussite légitimes concernant la résidence.

Bien plutôt, l'objectif est de veiller à ce que tous les diplômés internationaux en médecine, tant les DIM immigrants que les CEE, puissent se mesurer de façon équitable, en fonction de leurs compétences et de leur expérience, pour l'obtention d'un des postes disponibles. Un système qui défavoriserait les candidats immigrants qualifiés ne respecterait pas l'obligation sociétale d'intégration des personnes choisies pour l'immigration au Canada. Il ne serait pas non plus acceptable d'empêcher les CEE de concourir équitablement pour décrocher l'un des postes de résidence disponibles.

### **NOUS EN SAVONS PLUS, MAIS IL Y A DAVANTAGE À APPRENDRE**

Il existe un corpus croissant de recherches, d'études et de rapports qui rendent compte de l'expérience des DIM et des défis associés à leur entrée dans le système de santé canadien. L'Examen DIM a grandement tiré profit de ce corpus, en particulier des rapports à contexte canadien. Il y a beaucoup à apprendre également des innovations introduites ici en Ontario et dans d'autres provinces.

L'une des suites positives de ces travaux est le processus collaboratif qu'ont implanté les six universités ontariennes pour la sélection après entrevue des DIM résidents de 1<sup>re</sup> année en médecine familiale. Une autre a été l'introduction des mini entrevues multiples pour la sélection des candidats à certains programmes de spécialités.

---

\*\* Le terme « diplômés hors Canada et États-Unis » (DHCEU) est aussi employé par divers organismes, dont le CaRMS.



Beaucoup de dimensions restent à explorer. Par exemple, l'une des principales difficultés de la sélection des DIM est celle que posent la fiabilité et la pondération des divers critères, processus et instruments de prévision de la réussite à l'étape de la résidence et par la suite. Clairement, plus il sera possible de fonder les décisions en la matière sur des recherches et des données sérieuses, plus ces décisions seront justes.

### **Résumé : observations**

- Important enjeu d'intérêt public
- Environnement en mutation constante
- Niveaux élevés d'engagement – et niveaux élevés de frustration
- Impact différent des méthodes de sélection pour les deux groupes de DIM
- Nous en savons plus, mais il y a davantage à apprendre

## B. ACCÈS AUX POSTES DE 1<sup>RE</sup> ANNÉE DE RÉSIDENCE

### APERÇU – ONTARIO 2011

#### Premier tour

Lors du « premier tour » de jumelage en vue de la sélection des titulaires des postes de 1<sup>re</sup> année de résidence, les DIM/DHCEU se sont disputé les 191 postes réservés dans les facultés de médecine de l'Ontario selon une filière distincte de celle des diplômés de facultés canadiennes ou américaines.

Les candidats qui ont obtenu une entrevue ont « classé » par ordre de priorité les facultés auxquelles ils désiraient s'inscrire, et ces facultés les ont également classés. Le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) a alors exécuté un programme informatique pour jumeler candidats et postes.

Le premier tour du processus a livré les résultats suivants :

- 183 DIM ont été jumelés à des postes de résidence de 1<sup>re</sup> année (98 CEE et DIM immigrants)
- 8 postes réservés aux DIM sont restés vacants
- 1 697 candidats DIM n'ont pas été jumelés (371 CEE et 1 326 DIM immigrants)

#### Deuxième tour

Lors du « deuxième tour », les DIM et les diplômés de facultés de médecine canadiennes ou américaines ont concouru dans le cadre d'un processus mixte pour l'obtention des postes de résidence de 1<sup>re</sup> année laissés vacants dans l'une ou l'autre filière après le premier tour.

Le deuxième tour a livré les résultats suivants :

- 38 autres DIM ont été jumelés (14 CEE et 24 DIM immigrants), pour un total de 221
- 1 282 candidats DIM n'ont pas été jumelés (269 CEE et 1 013 DIM immigrants)

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

## POSTES RÉSERVÉS AUX DIM

En 2011, 191 des 200 postes réservés aux DIM en Ontario visaient la 1<sup>re</sup> année de résidence. De ce nombre, 80 (42 %) étaient en médecine familiale, et 111 (58 %) dans d'autres programmes de spécialités. Lors du premier tour de jumelage pour la 1<sup>re</sup> année de résidence, les DIM se sont disputé ces 191 postes, tandis que les diplômés de facultés canadiennes (ou américaines) rivalisaient pour les 935 autres postes (83 %).

Les 191 postes réservés aux DIM comptaient pour 17 % de tous les postes de 1<sup>re</sup> année de résidence en Ontario. Le tableau 1, ci-dessous, ventile ces postes selon le programme dans l'une ou l'autre des six facultés de médecine.

TABLEAU 1

Postes de 1 <sup>re</sup> année de résidence réservés aux DIM en Ontario – 2011							
	Ottawa	Queen's	Toronto	McMaster	Northern	Western	Total
Médecine familiale	13	11	24	12	2	18	80
Médecine interne	4	4	8	3		6	25
Pédiatrie	2	1	3	3		2	11
Psychiatrie	2	2	3	1		2	10
Anesthésiologie	2		3	1		2	8
Médecine d'urgence	2		3	2			7
Chirurgie orthopédique	1		2	2		1	6
Radiologie diagnostique	2		2	1			5
Chirurgie générale	1		3			1	5
Médecine de laboratoire	1	1	3				5
Neurologie	1		2	1		1	5
Obstétrique-gynécologie	1		1	1			3
Dermatologie	1		1				2
Ophthalmologie	1		1				2
Médecine physique et réadaptation			1	1			2
Chirurgie plastique	1		1				2
Oncologie radiologique			1	1			2
Urologie			1	1			2
Anatomo-pathologie				1			1
Chirurgie cardiaque	1						1
Médecine communautaire				1			1
Pathologie générale				1			1
Génétique médicale			1				1
Microbiologie médicale				1			1
Neurologie pédiatrique			1				1
Neurochirurgie			1				1
Médecine nucléaire	1						1
Pathologie hématologique							0
Biochimie médicale							0
Neuropathologie							0
Oto-rhino-laryngologie							0
<b>TOTAUX</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>66</b>	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>191</b>

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

En Ontario, le second tour de jumelage est dit « concours mixte ». En effet, tant les DIM que les diplômés canadiens ou américains peuvent se porter candidats à l'un ou l'autre des postes vacants. Si des postes demeurent vacants après le second tour, il y a « concours » informel, en vertu duquel les candidats postulent directement auprès des programmes de résidence, hors de tout processus informatisé.

Comme le montre le tableau 2, les DIM ont, en 2011, décroché un nombre de postes plus élevé que les 191 qui leur étaient réservés en 1<sup>re</sup> année en concourant après le premier tour avec des diplômés de facultés canadiennes non jumelés. Au total, 221 DIM ont été jumelés à des postes de 1<sup>re</sup> année en 2011. Environ la moitié de ces 221 postes ont été attribués à des Canadiens qui avaient fait leurs études de médecine à l'étranger, et l'autre moitié, à des DIM immigrants.

**TABEAU 2**

<b>DIM jumelés à des postes de 1<sup>re</sup> année de résidence en Ontario, 2011</b>						
	CEE		DIM immigrants		Total	
	#	%	#	%	#	%
<b>Jumelés au 1<sup>er</sup> tour</b>	98	53,6	85	46,4	183	100
<b>Jumelés au 2<sup>e</sup> tour</b>	14	36,8	24	63,2	38	100
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>50,7</b>	<b>109</b>	<b>49,3</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

## ÉTAPES DU PROCESSUS DE SÉLECTION

Les programmes de résidence des facultés de médecine de l'Ontario prévoient généralement quatre étapes de base lors du premier tour de jumelage du processus. Si nécessaire, on repasse par ces étapes lors du deuxième tour.

- Étape 1 : Application des filtres de départ
- Étape 2 : Examen détaillé des dossiers
- Étape 3 : Réalisation d'entrevues
- Étape 4 : Classement des candidats interviewés en vue du jumelage informatisé

Les descriptions et commentaires suivants se rapportent à la sélection des DIM en vue de pourvoir les postes réservés au premier tour.

### ÉTAPE 1 : FILTRES DE DÉPART

#### VOLUME DE CANDIDATURES

Il est primordial pour les directeurs de programmes de réduire le nombre des candidats DIM à un niveau raisonnable. Un filtrage s'impose nécessairement, vu l'impossibilité d'accorder un temps illimité à l'étude de toutes les candidatures reçues.

On accélère le processus dans les programmes de médecine familiale, en procédant conjointement au filtrage, à l'examen des dossiers et aux entrevues. De cette façon, le dossier d'un candidat fait l'objet d'un seul examen, même s'il a présenté plusieurs candidatures. Il n'en reste pas moins que, en médecine familiale, on doit traiter simultanément plus de 1 400 candidatures, pour n'en retenir qu'environ 300; les candidats retenus seront invités à une entrevue visant à pourvoir 80 postes.

Le nombre de candidats peut aussi être très élevé dans d'autres spécialités, à l'égard desquelles chaque faculté de médecine applique indépendamment le processus de sélection. On peut décrire le volume de candidatures au moyen du nombre des dossiers reçus pour un programme ou de leur proportion par poste réservé. Bien des DIM se portent candidats à plus d'un programme et dans plus d'une faculté.

Étant donné le volume de candidatures, la plupart des programmes appliquent un ou plusieurs filtres aux dossiers, pour déterminer lesquels examiner en plus grand détail. Les deux filtres les plus courants sont la date du diplôme et les notes d'examen. En médecine familiale, le processus conjoint emploie les notes d'examen comme filtre initial. Certains programmes de spécialités se servent de la date du diplôme, uniquement ou en combinaison avec les notes d'examen. Nous avons repéré quelques programmes de spécialités qui emploient les notes d'examen comme seul filtre, mais ils semblent représenter l'exception. Généralement, le candidat qui ne dépasse pas le stade du premier filtre est éliminé. Dans certains cas, les directeurs de programmes revoient les dossiers de candidats exemplaires, afin de les remettre en lice.

### **Volume des candidatures de DIM, premier tour de jumelage, 2011**

- Cinq des six facultés de l'Ontario ont chacune reçu plus de 1 000 candidatures de DIM en médecine familiale, plus de 500 en médecine interne et plus de 200 en pédiatrie
- L'École de médecine du Nord de l'Ontario (Northern) a reçu 856 candidatures à ses deux postes réservés aux DIM en médecine familiale
- Chacune des trois facultés dotées de postes réservés en chirurgie générale a reçu plus de 150 candidatures de DIM
- Au bas de l'échelle, certains programmes ont reçu quelque 40 candidatures par poste réservé aux DIM, ainsi en neurochirurgie à l'Université de Toronto, en chirurgie cardiaque à l'Université d'Ottawa et en microbiologie médicale à l'Université McMaster

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

## **FILTRAGE SELON LA DATE D'OBTENTION DU DIPLOME**

---

Pour beaucoup de programmes, une expérience clinique récente est un prédicteur de réussite en résidence. Il est difficile de ne pas être d'accord avec cette corrélation; d'ailleurs, les écrits des chercheurs vont en ce sens<sup>1</sup>. Une formation de fraîche date (comprenant quasi invariablement un segment d'expérience clinique) est un filtre qui se prête à l'application électronique, par le truchement de la date d'obtention du diplôme. Notons cependant que le repérage d'une expérience pratique récente exige un examen de dossier laborieux. Les directeurs de programmes de spécialités ont été nombreux à nous déclarer qu'ils se servent de cette date comme filtre initial. Un intervalle de trois ans après l'obtention du diplôme est chose courante, mais cet intervalle est parfois de cinq ou même de dix ans.

L'effet de cette pratique sur les DIM immigrants est potentiellement désastreux. Les CEE qui se portent candidats sont surtout des diplômés récents, qui font souvent acte de candidature au cours de leur dernière année de faculté. Or, la plupart des DIM immigrants ont obtenu leur diplôme bien avant. Selon les statistiques de 2011, il est clair que plus récente est la date d'obtention du diplôme servant de filtre initial, plus nombreux seront les DIM immigrants éliminés de la compétition.

### **Date d'obtention du diplôme, candidats de 2011**

- 86,1 % des CEE contre 5,3 % des DIM immigrants en 2009, 2010 ou 2011
- 48,6 % des CEE contre 0,1 % des DIM immigrants en 2011
- 78,8 % des DIM immigrants contre 2,3 % des CEE en 2004 ou antérieurement
- 32,1 % des DIM immigrants contre 0,4 % des CEE en 1995 ou antérieurement

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

## **FILTRAGE SELON LES NOTES D'EXAMEN**

---

*« Les programmes doivent se doter d'un examen normalisé, pertinent du point de vue clinique, qui puisse les aider à prendre des décisions. »*

– Membre du personnel enseignant

Certains programmes de spécialités prennent les notes d'examen comme filtre, mais moins fréquemment que la date d'obtention du diplôme. Cela s'explique du fait que le seul examen obligatoire pour tous les candidats DIM est l'examen d'évaluation écrit du Conseil médical du Canada. Les directeurs de programmes s'inquiètent de devoir fonder leur choix sur un examen qui ne comporte aucun segment clinique – un examen qui

aboutit généralement à un diagnostic de réussite ou d'échec, sans que les écarts de notes aient une portée quelconque.

Il existe un examen clinique, administré par le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger (CEPSFE), qui évalue les compétences cliniques et est considéré comme un meilleur indicateur de l'aptitude à la résidence. Cependant, puisque l'examen clinique n'est plus obligatoire en Ontario, une foule de DIM ne s'y soumettent pas, en particulier les CEE qui briguent un poste de résidence au cours de leur dernière année de faculté. C'est ainsi qu'il y a dilemme pour les directeurs de programmes : comment filtrer sur la base d'un examen que tous les candidats n'ont pas passé. Certains directeurs de programmes de spécialités signalent que des résultats élevés à l'examen clinique peuvent ramener sur les rangs des candidats éliminés lors du filtrage par la date d'obtention du diplôme, et que de mauvais résultats peuvent être fatals. Actuellement, toutefois, l'impact de l'examen clinique sur la sélection semble négligeable ou nul dans de nombreux programmes.

Lors de leur processus de sélection conjoint, les directeurs de programmes de médecine familiale ont découvert un moyen de régler le problème qui consiste à disposer de résultats d'examen clinique pour une partie seulement des candidats. Leur solution est de filtrer les diplômés récents selon leurs notes à l'examen d'évaluation, et les diplômés moins récents selon l'évaluation de leurs notes à l'examen clinique. Les invitations à une entrevue sont réservées à ceux qui obtiennent les meilleures notes dans chaque groupe. En 2011, 50 % des invitations à l'entrevue en médecine familiale étaient réservées à chacun des groupes. Tous les DIM invités à une entrevue ont aussi bénéficié d'un examen de dossier.

Le processus de sélection conjoint en médecine familiale est intéressant, car on s'y sert de critères objectifs (notes d'examen) pour choisir les bénéficiaires d'une entrevue et d'un examen de dossier. Notons toutefois qu'il comporte une répartition quelque peu arbitraire des candidats, selon les résultats considérés – soit à l'« examen d'évaluation », soit à l'« examen clinique ». Autre sujet de préoccupation, les diplômés relativement moins récents qui ne présentent pas de notes d'examen clinique sont éliminés des rangs, sans possibilité de faire valoir leur expérience clinique ou l'évaluation de leurs notes d'examen. En 2011, plus de 700 candidats ont été éliminés d'emblée sur cette base.

Bref, en l'absence d'un examen clinique obligatoire, les directeurs de programmes, en médecine familiale comme dans d'autres spécialités, manquent de résultats d'examen significatifs leur permettant de comparer tous les candidats au stade du filtrage initial. Ce facteur favorise les CEE. En effet, ces derniers sont mieux classés lorsque le filtre est la date d'obtention du diplôme, et ils peuvent ainsi éviter l'élimination en raison de mauvaises notes à l'examen clinique. Soulignons que le processus de sélection en médecine familiale – et c'est un atout – garantit l'obtention d'un examen de dossier et d'une entrevue à un certain nombre de candidats qui présentent des résultats d'examen clinique (des DIM immigrants pour la plupart).

S'ils disposaient de notes d'examen clinique pour tous les candidats, les directeurs de programmes pourraient, au stade du filtrage initial, comparer les candidats facilement et équitablement. La décision issue du filtrage serait objective, transparente et facilement justifiable. Elle favoriserait l'égalité des chances au stade initial du processus de sélection, puisque la date d'obtention du diplôme n'éliminerait pas d'entrée de jeu une foule de DIM immigrants. Un plus large éventail de facteurs pourraient quand même intervenir aux stades suivants du processus de sélection.

Pour en arriver là, l'Ontario devrait rendre obligatoire l'examen clinique national pour tous les DIM candidats à un poste de résidence de 1<sup>re</sup> année. Cet examen est déjà obligatoire dans d'autres provinces, par exemple en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec, bien que, au Québec, l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada – partie 2 puisse s'y substituer.

L'examen clinique national, qui est entré en vigueur en 2011, est l'aboutissement de plusieurs années vouées à l'élaboration d'un instrument pouvant être utilisé en toute confiance dans le pays tout entier. Sous plusieurs aspects, il a pris modèle sur l'ancien examen clinique de l'Ontario. L'introduction de cet examen s'est accompagnée de l'engagement à effectuer les recherches et le suivi nécessaires à l'évaluation de son efficacité et de sa capacité de prédire quels sont les candidats les plus susceptibles de réussir à l'étape de la résidence et des examens de certification, et aussi dans la pratique à titre indépendant. Rendre l'examen obligatoire en Ontario aurait comme autre atout de contribuer aux études nationales sur son efficacité comme prédicteur de réussite.

En outre, l'examen clinique national présente l'avantage d'évaluer les candidats à partir d'une fourchette de compétences générales plus large que ne l'ont fait les examens cliniques antérieurs. Voilà qui importe pour évaluer la capacité d'adaptation des DIM au sein du système de santé canadien.

Nous recommandons donc l'adoption généralisée de la pratique des programmes de médecine familiale, soit d'utiliser les notes d'examen pour choisir les bénéficiaires tant d'un examen de dossier que d'une entrevue. L'examen clinique national fournirait à cet effet un mode de filtrage objectif et transparent. Il faciliterait grandement la tâche des directeurs de programmes et permettrait à un nombre plus élevé de candidats de passer une entrevue. En médecine familiale, ce procédé pourrait aussi éliminer la nécessité d'une répartition quelque peu arbitraire des candidats en deux catégories.

Nous sommes conscients que, à ce stade ou au stade suivant du processus, nombre de programmes trouveront toujours nécessaire de savoir si le candidat possède une expérience clinique pertinente et récente. Nous ne croyons pas que la date d'obtention du diplôme devrait se substituer à ce facteur. Nous engageons plutôt les facultés de médecine à collaborer avec le CaRMS pour déterminer la possibilité de définir un indicateur plus fiable, qui n'exigerait pas un notable supplément de travail manuel.

Par exemple, des enseignants ont suggéré l'utilisation d'une série de questions précises, à même le formulaire de candidature à la résidence. Le CaRMS a indiqué que cette



suggestion pourra être examinée lors de l'examen plus général de son formulaire de candidature qui est prévu. Cet examen a pour motif la nécessité de s'assurer que le formulaire de candidature reflète adéquatement la diversité d'expérience des DIM, de façon à contribuer valablement à la prise de décisions aux divers stades du processus de sélection.

Les trois conditions suivantes doivent être satisfaites si l'on veut rendre l'examen clinique national obligatoire pour tous les DIM qui se portent candidats à des postes de 1<sup>re</sup> année de résidence en Ontario.

### **1. CAPACITÉ D'ADMINISTRER L'EXAMEN**

---

Il faut disposer d'une capacité suffisante pour administrer l'examen chaque année à tous les candidats admissibles. En Ontario, on a été incapable d'administrer l'examen à tous ceux qui le désiraient au cours de la première année suivant son entrée en vigueur. Le nombre de jours prévus pour l'examen à l'échelon national était limité, tout comme la taille des locaux où il se déroulait en Ontario. Le gouvernement de l'Ontario, le Conseil médical du Canada et le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger devront se concerter et établir un plan pour rectifier la situation. Après discussions avec des dirigeants de chacune de ces organisations, nous croyons que la chose est faisable.

### **2. OCCASION DE PASSER L'EXAMEN EN DERNIÈRE ANNÉE DE FACULTÉ**

---

Pour être juste envers les deux groupes de DIM, l'Ontario doit tenir compte des besoins des CEE qui sont finissants, afin qu'ils puissent passer l'examen sans perdre une année. Un facteur y contribuera : à la différence de l'examen clinique antérieur de la province, le nouvel examen national n'exige pas des candidats qu'ils passent d'abord la partie 1 de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada.

Toujours selon nos discussions avec des dirigeants d'organisations ontariennes et nationales, un scénario possible pourrait être que les CEE passent l'examen d'évaluation au cours de l'été suivant leur troisième année de faculté, puis l'examen clinique au début de l'automne de leur quatrième et dernière année. Ils passeraient donc l'examen avant la fin des stages obligatoires et à option de leur externat, et devraient revenir au Canada pour le faire. Notons cependant que l'examen est conçu de façon à refléter les compétences que doit raisonnablement posséder le candidat à ce stade de sa formation.

L'obligation de passer l'examen clinique posera des défis différents aux DIM immigrants. Nombreux sont ceux pour qui une expérience clinique autre que dans leur domaine d'exercice remonte à plusieurs années, et pour qui ce type d'examen structuré est peu familier.

Les CEE et les DIM immigrants sont des groupes fortement hétérogènes, au sein desquels la formation et l'expérience clinique sont extrêmement diversifiées; aussi est-il malaisé de formuler des généralisations sur les avantages et inconvénients que cette formule pourrait représenter pour eux. En conclusion, un processus de sélection

équitable exige que les compétences cliniques de tous soient soumises à un même examen.

### **3. INSTAURER CONFIANCE ENVERS L'EXAMEN CLINIQUE NATIONAL**

Nous recommandons que l'examen clinique national devienne le tout premier filtre en vue de décider qui bénéficiera d'un examen de dossier détaillé et d'une entrevue. Cela signifie que les membres du corps professoral devront être raisonnablement certains que l'examen est apte à jouer ce rôle. La réticence qui s'est manifestée dans le passé à accorder du poids aux examens cliniques découlait en partie du manque de compréhension de leur mode d'élaboration et de la nature des compétences évaluées. Dans le cadre du processus qui rendra obligatoire l'examen clinique national, il sera extrêmement important que l'information relative à l'examen et à l'interprétation de ses résultats soit mise à la disposition de tous les membres du personnel participant à la sélection des DIM. Également, il sera important de formuler clairement les politiques touchant les questions qui ont une incidence sur la confiance des responsables, par exemple le nombre de fois que les candidats pourront se présenter à l'examen.

#### **L'examen clinique national (ECOS de la CNE)**

L'examen clinique national est un examen clinique objectif structuré (ECOS), mis au point par la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE):

« Les médecins examinateurs observent les échanges qu'ont les candidats avec les patients standardisés et remplissent des échelles d'évaluation portant sur sept à neuf compétences possibles ayant trait au cas présenté et aux tâches cliniques. Ces compétences sont la prise de l'anamnèse, l'examen physique, l'organisation, la capacité de communiquer, la maîtrise de la langue, la formulation du diagnostic différentiel, l'interprétation de données, les analyses et les examens et la prise en charge du patient. Un candidat peut être évalué sur une combinaison de ces compétences pour une station donnée. La note totale obtenue par un candidat à chaque station est une moyenne des résultats des échelles d'évaluation de compétences. La note totale obtenue par un candidat dans le segment ECOS est une moyenne des notes totales obtenues pour chacune des 12 stations. » Source : site Web du Conseil médical du Canada

## **ÉTAPE 2 : EXAMEN DE DOSSIER**

Dans les programmes de spécialités, le filtrage est suivi d'un examen des dossiers; on veut ainsi réduire le nombre des candidats pour ne retenir que ceux qui se rendront au stade de l'entrevue. Comme nous l'avons déjà noté, le processus conjoint adopté en médecine familiale est différent en cela que le filtrage initial y détermine également le nombre de ceux qui accéderont à une entrevue, lesquels bénéficieront tous d'un examen de dossier.

La plupart des programmes ont adopté une méthode structurée pour l'examen des dossiers, afin d'arriver à une comparaison plus objective des candidats et à une plus grande uniformité lorsque plusieurs personnes ou équipes y travaillent. Certains examinateurs se servent de fiches pour consigner les notes chiffrées attribuées aux divers facteurs, tandis que d'autres ont recours à des mesures plus qualitatives. Il y a des critères qui mènent directement à l'élimination (par exemple l'échec dans certains cours ou l'absence d'expérience clinique dans la spécialité visée). On a généralement prévu la possibilité d'ajouter des commentaires ou des marques. Dans la plupart des

fiches de notation que nous avons vues, on octroie des points à des facteurs tels que lettres de recommandation, relevés de notes, prix et bourses, expérience clinique dans la spécialité, expérience clinique canadienne ou nord-américaine et déclaration personnelle du candidat.

Nous avons été impressionnés par les efforts déployés dans maints programmes pour structurer l'examen de dossier. Les méthodes choisies sont cependant très différentes. Il ne semble d'ailleurs pas déraisonnable que, dans différents programmes de spécialités, on ait des points de vue différents sur le poids relatif à attribuer aux divers facteurs. Par ailleurs, on peut douter qu'il soit utile de multiplier les approches d'une même spécialité dans les différentes facultés.

À ce stade, il faut reconnaître que les lettres de recommandation et les déclarations (et entrevues) personnelles ne se sont pas avérées très fiables pour distinguer entre les candidats et prédire la réussite, que ce soit en faculté ou en résidence<sup>2</sup>. Cela est vrai dans le cas des diplômés canadiens aussi bien que des DIM. Les directeurs de programmes reconnaissent les limites de ces critères, mais ils s'en servent quand même, en l'absence d'autres instruments permettant de départager les candidats.

Un leitmotiv de nos discussions avec les directeurs de programmes a été la difficulté d'évaluer les lettres de recommandation provenant de l'étranger et les déclarations personnelles émanant des candidats de groupes très diversifiés. On s'entend pour reconnaître que les CEE, en particulier ceux qui ont effectué des stages à option, sont plus susceptibles d'être bien notés sur ces points. En fait, plusieurs fiches de notation attestent explicitement l'importance d'une expérience clinique nord-américaine ou de stages à option sur place, des points supplémentaires étant octroyés pour les lettres de recommandation témoignant d'une expérience fructueuse. De nouveau, pour des raisons faciles à comprendre, la situation favorise les CEE. Même si l'expérience clinique de ceux-ci a été acquise au premier cycle, ils peuvent, au stade de l'examen de dossier, être en meilleure posture que les DIM immigrants, qui possèdent une expérience plus étendue, mais acquise ailleurs qu'en Amérique du Nord.

### **Canadiens étudiant à l'étranger et DIM immigrants**

- Parmi le groupe des DIM jumelés au Canada, le pourcentage des postes attribués aux CEE a augmenté, passant de 26,9 % en 2008 à 47,9 % en 2011. Le pourcentage des DIM/DHCEU immigrants jumelés a chuté, passant de 73,1 % en 2008 à 52,1 % en 2011.

Source : CaRMS, Résultats nationaux du jumelage des DHCEU actifs, 2008-2011

- En 2011, les CEE représentaient le quart (1/4) environ des candidats DIM/DHCEU et ont décroché un peu plus de la moitié (1/2) des postes de 1<sup>re</sup> année de résidence occupés par des DIM dans les facultés de médecine de l'Ontario.

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

Ces chiffres soulignent la situation épineuse des DIM immigrants, qui sont incapables de démontrer leurs compétences cliniques, que ce soit par un examen auquel on accorde un poids réaliste ou par une expérience clinique considérée comme utile par les

examineurs. Il n'est donc pas étonnant que pour les DIM, la partie du processus qui est la plus pénible personnellement est la quête, souvent désespérée, d'une occasion de faire leurs preuves dans un environnement clinique nord-américain, et ils deviennent ainsi plus susceptibles de ne pas atteindre le stade de l'examen de dossier. Ce constat vaut pour les DIM immigrants comme pour les CEE qui sont incapables d'obtenir l'admission à l'externat ou à un stage à option sur place.

Au stade de l'examen de dossier, on ne peut pas vraiment compenser le manque de la capacité nécessaire pour pouvoir évaluer une expérience clinique acquise à l'étranger. Cependant, nous recommandons fortement aux programmes de ne pas allouer à une expérience et à des recommandations nord-américaines un poids qui éclipse d'autres facteurs. On peut éviter cet écueil en veillant à ne pas, en pratique, compter en double l'expérience nord-américaine et les recommandations relatives à cette expérience lors de l'attribution des points.

### ÉTAPE 3 : ENTREVUE

Les enseignants et les candidats voient dans l'entrevue une partie cruciale du processus; pourtant, ils mettent aussi en doute la fiabilité de décisions majeures prises sur la base d'une rencontre aussi brève. Les écrits des chercheurs confirment ces doutes quant à la valeur prédictive des entrevues, même si les faits suggèrent que les entrevues structurées soient plus fiables<sup>3</sup>.

Même si on abaisse le nombre des candidats par le filtrage, les entrevues ne durent pas plus de 30 minutes dans la plupart des programmes. Les responsables reconnaissent généralement les limites d'une entrevue aussi brève, mais ils doivent composer avec le désir de rencontrer le plus grand nombre possible de candidats malgré les restrictions en temps et en ressources. Dans le cadre du processus conjoint en médecine familiale, par exemple, on a pris la décision de rencontrer environ 300 candidats DIM lors d'entrevues de 20 à 30 minutes.

Certains DIM pensent qu'il est injuste de n'avoir accès qu'à une entrevue conjointe en médecine familiale, alors que les diplômés de facultés canadiennes bénéficient d'une entrevue dans chaque faculté à laquelle ils sont candidats. Après examen du volume de candidatures des DIM en médecine familiale, nous constatons en réalité que le processus conjoint a pour effet d'augmenter le nombre de DIM qui sont invités à passer une entrevue. N'était ce processus conjoint, un plus petit nombre de candidats auraient chacun accès à une entrevue plusieurs fois, alors que, à l'heure actuelle, près de 300 postulants ont accès à une entrevue. Cet avantage l'emporte sur l'inconvénient d'accéder à une seule entrevue dans une seule faculté. Ce processus aboutit à un nombre plus élevé de candidats au classement par les programmes en vue du jumelage informatisé.

Dans la plupart des programmes, on structure l'entrevue à l'aide de questions standard et de grilles d'évaluation pour l'attribution de notes chiffrées. Un bon nombre offrent une orientation aux candidats et s'efforcent de préparer l'équipe d'entrevue, en particulier les nouveaux membres, en vue de la tâche. Certaines des questions explorent

les compétences cliniques, mais on semble insister sur des dimensions telles que l'adaptabilité au système de santé canadien, la déontologie, les compétences en communication et en résolution de problèmes, ainsi que le degré d'intérêt pour la spécialité en cause.

La plupart des fiches de notation en rapport avec l'examen de dossier ou l'entrevue, prévoient l'ajout de commentaires au sujet du candidat. Nous avons appris que ces commentaires peuvent influencer sur la décision finale quant au classement des divers candidats. Les directeurs de programmes et les doyens de l'éducation médicale postdoctorale reconnaissent que c'est là que des facteurs un peu « plus flous » entrent en jeu, y compris la capacité de communiquer, l'adaptabilité et la « compatibilité » avec le programme existant et ses effectifs.

Ces critères plus imprécis ouvrent la porte à une prise de décisions plus subjective. Néanmoins et avec le temps, il devrait être possible d'identifier les facteurs dont il faudrait tenir compte pour déterminer si une personne peut communiquer efficacement, s'adapter à l'environnement postdoctoral canadien et est susceptible de bien s'intégrer dans le programme en cause. De plus, ainsi qu'un commentateur le formulait,

[traduction]

Le recours aux entrevues lors de processus de sélection dont l'enjeu est grave exige l'étude attentive des manières dont des candidats de milieux diversifiés sur les plans linguistique et culturel peuvent être défavorisés par les présupposés qui guident implicitement le diagnostic, dans le sens de la réussite ou de l'échec<sup>4</sup>.

Pour relever le défi unique que constitue l'évaluation d'un ensemble de candidats de plus en plus diversifiés, nous suggérons, à la suite de bien d'autres, que les enseignants et les résidents reçoivent davantage d'aide pour se préparer à des entrevues et à un examen des dossiers qui soient objectifs et équitables. Nous avons appris l'existence au Canada et ailleurs de programmes qui aident les responsables à reconnaître les différences culturelles et à y réagir efficacement<sup>5</sup>. Ce genre de programme les aide également à reconnaître les facteurs inopportuns pouvant influencer sur leurs réactions à l'égard de certains candidats. Voilà un secteur parmi d'autres où il peut être très utile de faire participer des professeurs et des résidents DIM au processus de sélection. Nous avons été impressionnés par le nombre de programmes qui ont tiré parti de ces précieuses ressources de façon créative, tant aux stades de la sélection que pendant la durée de la résidence.

Nous croyons aussi qu'il est important de distinguer la fonction d'entrevue de la fonction d'examen des dossiers. Quelques-uns des directeurs de programmes nous ont signalé que leurs comités d'entrevue disposent de renseignements sur les antécédents des candidats, mais non de dossiers complets ni des notes attribuées à l'examen des dossiers. On s'assure ainsi que les résultats d'entrevue ne reviennent pas tout simplement à une nouvelle notation des titres de compétence du candidat. Ce procédé

élimine en outre la possibilité que, les notes et d'autres renseignements inscrits au dossier étant connus, il se produise un « effet de halo »<sup>6</sup>.

### **MINI ENTREVUES MULTIPLES**

---

Certains programmes de spécialités de l'Ontario ont adopté la tenue de mini entretiens multiples à l'égard des DIM et des diplômés de facultés canadiennes ou américaines. Voici en quoi consiste le procédé. Les candidats passent par une série de « stations », chacune d'une durée de dix minutes environ. Des professeurs désignés à cet effet président à chaque station et évaluent les candidats. L'une des stations consiste habituellement en une entrevue personnelle, pendant laquelle le candidat a l'occasion de parler de lui et de ses intérêts, et le professeur, de promouvoir le programme.

La technique des mini entretiens multiples a été validée à titre d'instrument d'évaluation par plusieurs études universitaires<sup>7</sup>. Son avantage tient principalement au fait qu'elle aboutit à plusieurs évaluations indépendantes. Le nombre des évaluations évite que l'appréciation d'une personne, positive ou négative, ne détermine le résultat. L'évaluation est plus uniforme, puisque chaque candidat est évalué sur une question donnée par la même personne plutôt que par des comités différents. Le rendement d'un candidat sur une question n'influe pas sur l'évaluation obtenue lors des questions subséquentes.

Les professeurs des programmes qui font appel à des mini entretiens multiples disent le procédé fiable. En effet, on aboutit ainsi à des résultats plus objectifs et à une vue plus juste du comportement du candidat dans une situation concrète. Ceux qui n'ont pas recours à ce type d'entrevue formulent des réserves quant à leur capacité de l'intégrer à un processus déjà touffu et si court. En particulier, ils invoquent la logistique et les exigences en personnel associées à son administration à un grand nombre de candidats dans les programmes à volume élevé.

En Ontario, l'Université McMaster a mis au point un choix de « stations » que peuvent adapter avant usage les divers programmes d'admission. La plupart des facultés ontariennes possèdent déjà une licence d'utilisation du matériel élaborée. Les mini entretiens ont été adoptées par des programmes de premier cycle, et le Michener Institute for Applied Health Sciences s'en sert auprès des groupes de candidats nombreux. On voit donc que les mini entretiens multiples peuvent être utilisées avec succès dans des programmes à fort volume, bien que le procédé exige le recrutement et la formation des responsables, ainsi que les ressources nécessaires pour en gérer la logistique et en éponger les coûts.

Nous ne suggérons pas que tous les programmes devraient intégrer des mini entretiens multiples. Il peut y avoir d'autres moyens d'arriver aux mêmes résultats. Nous croyons, toutefois, qu'il serait important de mettre à l'essai la technique des mini entretiens multiples ou d'autres qui incorporent les traits qui en font un précieux instrument d'évaluation. Nous recommandons que le processus conjoint de sélection en médecine familiale se voie doter des moyens d'expérimenter le procédé des mini entretiens multiples dans une région à volume élevé et de faire rapport des résultats obtenus.

Certaines des personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus ont proposé l'utilisation d'un plus petit nombre de stations, afin d'atténuer les défis d'ordre logistique, tout en fournissant un processus plus objectif que les entrevues traditionnelles. D'autres préconisent le recours préalable à la Computer-based Assessment for Sampling PERSONAL characteristics (CASPer) comme test préliminaire, pour réduire le nombre des candidats à soumettre aux mini entrevues multiples. Ce peut être là un moyen valable d'aplanir les problèmes que posent les programmes d'envergure. Des recherches, antérieures et en cours, portent sur la fiabilité, la validité prédictive à court terme et l'acceptabilité de la CASPer à l'égard de populations diversifiées<sup>8</sup>.

Les intervenants ont suggéré que, au fil du temps, le procédé des mini entrevues multiples pourrait éventuellement être adopté comme instrument commun par différentes facultés et secteurs de programme dans le cadre du processus de sélection des DIM. Selon ce modèle, les programmes pourraient prendre un même scénario de début, qu'ils pourraient ensuite modifier, pour mettre l'accent sur les éléments qu'ils estiment les plus importants.

#### ÉTAPE 4 : CLASSEMENT

En dernière étape du processus de sélection, les programmes classent les candidats interviewés, et ceux-ci classent les programmes selon leurs préférences. Ce sont ces classements qui, par le biais du jumelage informatisé du CaRMS, déterminent le choix des candidats appelés à pourvoir les postes de 1<sup>re</sup> année de résidence.

Le classement des candidats est la dernière occasion de déterminer lesquels il vaudrait mieux choisir en vue d'un certain programme, dans une certaine faculté, à un moment donné. Les personnes choisies demeurent dans le cadre du programme pendant une période de deux ans en médecine familiale et de cinq ans ou plus dans d'autres spécialités.

Le processus de classement des candidats est beaucoup moins normalisé que le processus des trois étapes précédentes. Chaque programme (même les programmes qui participent au processus conjoint de sélection en médecine familiale) détermine la façon dont les résultats de l'examen de dossier et de l'entrevue, ainsi que tout autre facteur, contribueront à sa prise de décisions en matière de classement. D'après nos entretiens avec les directeurs de programmes, les décisions relatives au classement sont des secrets jalousement gardés.

Le bureau des études postdoctorales de chaque faculté de médecine procède généralement à une dernière vérification des résultats de classement, pour veiller à ce que tous les candidats classés répondent aux exigences d'admissibilité et à ce que leur nombre soit suffisant pour pourvoir les postes réservés.

On comprend sans peine pourquoi les *décisions* relatives au classement doivent demeurer confidentielles; mais on pourrait rendre le *processus* de classement plus transparent. La plupart des directeurs de programmes que nous avons rencontrés

disaient attribuer un grand poids aux notes attribuées lors des examens de dossiers et des entrevues, et ils y apportent très peu de changement. D'autres insistaient sur la nécessité de disposer d'un certain pouvoir discrétionnaire au stade du classement. Nous convenons qu'un certain degré de pouvoir discrétionnaire est nécessaire, mais il est important d'en structurer l'exercice. Nous entendons par là des mesures telles que l'articulation des facteurs pouvant justifier le déplacement d'un candidat pour qu'il figure plus haut ou plus bas sur la liste ou encore sa radiation, un processus décisionnel inclusif, ainsi qu'un compte rendu détaillé des décisions, de façon à pouvoir en réviser les résultats plus tard.

De nombreux directeurs de programmes ont décrit un processus inclusif pour la décision sur le classement, conçu de façon à tenir compte des commentaires des responsables d'entrevues et des examinateurs de dossiers, de même que des discussions avec eux. Voilà qui ajoute à l'objectivité et à la transparence du processus, puisque les décisions finales se fondent sur des avis multiples plutôt que sur l'opinion d'une seule personne.

## EXPÉRIENCE CLINIQUE NORD-AMÉRICAINE

*« Comment prouver que je suis assez compétent pour travailler au sein du système? »*

–Groupe de réflexion – DIM

Bien que l'on voie dans l'examen clinique national un excellent instrument d'évaluation pour la sélection des candidats, les compétences cliniques sur lesquelles il porte sont démontrées dans un milieu artificiel. Les professeurs ont été nombreux à nous dire qu'aucun résultat d'examen ne vaut l'aptitude démontrée à bien s'adapter à un cadre clinique canadien. En Colombie-Britannique, par exemple, on prévoit une période pour l'évaluation clinique aussi bien que pour l'examen clinique, car on considère que le rendement à l'examen n'est pas toujours en corrélation avec le rendement clinique réel<sup>9</sup>.

Avec le temps, il se peut que l'examen en vienne à inspirer une telle confiance qu'il pourrait à lui seul constituer une mesure adéquate des compétences cliniques. Cependant, nos consultations nous ont convaincus que, à l'heure actuelle, l'absence d'un mécanisme permettant de combiner les résultats d'examen avec l'attestation d'une certaine expérience clinique véritable, acquise en Amérique du Nord, est un obstacle majeur pour les DIM. Cette conclusion est fondée sur nos discussions avec des professeurs et des directeurs de programmes et des professeurs qui participent au processus de sélection ontarien, de même que sur notre étude approfondie de trois programmes qui représentent collectivement 116 des 191 (60 %) postes de 1<sup>re</sup> année réservés en 2011.

Ainsi que nous le disions plus tôt, la préférence exprimée pour une expérience acquise en Amérique du Nord constitue un avantage précieux pour de nombreux CEE. La faculté de médecine de ces candidats peut prendre des dispositions pour que leur externat ait



lieu aux États-Unis, et ils sont souvent admissibles à poser leur candidature à des stages à option dans des facultés de l'Ontario ou d'ailleurs au Canada. Nous relevons cependant que les CEE ne forment pas un groupe homogène, et que l'expérience clinique acquise au cours de leur premier cycle peut varier considérablement.

Dans nombre de programmes, on tient à observer un DIM dans un milieu clinique concret ou à recevoir à son sujet des recommandations nord-américaines qui sont positives et crédibles de la part d'intervenants qui ont pu le faire. Les directeurs de programmes voient comme un grand avantage de pouvoir apprendre par la pratique concrète dans un milieu clinique nord-américain, même s'il s'agit d'un bref stage à option. Puisqu'une expérience nord-américaine peut être l'élément décisif pour la sélection, les candidats dans l'impossibilité de l'acquérir sont nettement défavorisés.

Nous avons préconisé de rendre obligatoire l'examen clinique national et d'en utiliser les notes comme filtre commun pour déterminer le choix des candidats qui peuvent passer aux stades de l'examen de dossier et de l'entrevue. En combinaison avec les autres changements que nous avons proposé d'apporter au processus de sélection, ces mesures contribueraient grandement à une meilleure égalité des chances. Cependant, même en ce cas, le manque d'occasions de démontrer leurs compétences cliniques dans un milieu nord-américain défavoriserait toujours la quasi-totalité des DIM immigrants et une partie des CEE – lors de l'examen de dossier, lors de l'entrevue (sur le plan de l'expérience à laquelle ils peuvent puiser) et au stade du classement final.

Nous prenons acte de l'existence d'excellents programmes d'aide, qui visent à renforcer les compétences linguistiques et culturelles des DIM immigrants et à faire en sorte qu'ils soient plus à l'aise face à divers segments du processus de sélection nord-américain, dont les examens, les entrevues et les déclarations personnelles. Cependant, ce genre de programmes ne saurait compenser le manque d'occasion de faire la preuve concrète de leurs compétences cliniques.

Nous venons d'exposer deux grands moyens d'équilibrer les positions relatives des CEE et des DIM immigrants : établir des filières distinctes pour l'un et l'autre groupe et susciter des occasions pour ces candidats de démontrer leurs compétences cliniques.

### **FILIÈRES DISTINCTES**

---

Des participants à la consultation ont suggéré l'établissement de filières distinctes pour les CEE et pour les DIM immigrants comme moyen d'éliminer le déséquilibre de la compétition. Au premier abord, cette possibilité semble intéressante. Cependant, à notre avis, l'instauration de règles du jeu plus équitables, permettant aux candidats des deux groupes d'être évalués à partir de leurs compétences et de leur expérience, serait préférable à l'acceptation d'un nombre arbitrairement prédéterminé de candidats de chaque groupe.

Nous avons aussi écarté l'idée de placer les CEE dans la filière des diplômés canadiens, que ce soit avec un ajout de postes ou avec le transfert dans cette filière d'un certain nombre des postes réservés. Bien que les CEE aient des caractéristiques en commun

avec les diplômés de facultés canadiennes, ils en diffèrent sur un point fondamental : ils ont été formés dans des facultés de médecine dont les programmes n'ont pas été validés en vertu du processus d'agrément conjoint du Canada et des États-Unis. Le niveau de ces facultés est très inégal, et elles sont en nombre croissant, dans plusieurs parties du monde. L'ajout des CEE à l'ensemble des diplômés canadiens pourrait susciter la perception que les CEE ont nécessairement reçu une formation médicale supérieure à celle des DIM immigrants et qu'ils sont mieux préparés à la pratique que ces derniers. Cet ajout des CEE à la filière des diplômés canadiens pourrait aussi compromettre la réalisation de l'objectif voulant que tous les diplômés des facultés canadiennes soient pourvus d'un poste de résidence.

### **OCCASIONS POUR LES DIM DE DÉMONTRER LEURS COMPÉTENCES CLINIQUES**

Il y a des défis potentiels dans la mise en œuvre de mesures destinées à offrir aux DIM qui en ont besoin des occasions de démontrer leurs compétences cliniques. Le premier de ces défis est la capacité des milieux cliniques d'absorber des DIM dans un cadre déjà soumis à des pressions considérables. Même si des milieux cliniques étaient disponibles, il est improbable que tout nouveau programme pourrait recevoir davantage qu'un petit nombre de DIM. Il leur faudrait d'abord arrêter une méthode de sélection, qui pourrait prendre la forme des résultats d'un examen clinique.

Un autre inconvénient serait qu'un tel programme, surtout s'il était obligatoire, viendrait ajouter aux épreuves que doivent surmonter les DIM, sans aucune garantie qu'une évaluation, même excellente, leur procurerait un poste de résidence. Ce genre de programme pourrait aussi allonger le processus pour ceux dont l'attente a déjà été la plus longue.

Malgré ces défis, nous entrevoyons deux options qui méritent considération. Les deux options comporteraient une évaluation facultative à l'intention d'un nombre déterminé de DIM qui se classent dans le percentile supérieur à l'examen clinique national. Ces DIM auraient ainsi l'occasion de prouver qu'ils peuvent bien fonctionner dans un milieu clinique concret, et non uniquement dans un milieu simulé à des fins d'examen.

#### **Option 1 : Expérience clinique structurée de courte durée**

Élargir l'accès à des stages à option ou à des expériences comparables dans des facultés de médecine de l'Ontario n'est pas réaliste, étant donné les pressions qui s'exercent actuellement sur les programmes. Nous avons appris que nombre de CEE sont incapables de s'inscrire à stage à option sur place bien qu'ils y soient admissibles en dernière année de faculté, à cause du nombre d'étudiants des facultés de médecine canadiennes qui y participent. Faciliter l'accès au statut d'observateur semble également chimérique – et peu utile, parce que ce statut ne correspond pas à grand-chose aux yeux des directeurs de programmes et n'offre que peu ou pas d'occasions aux candidats de démontrer leurs compétences cliniques.

Cependant, il pourrait être possible d'offrir des périodes cliniques structurées de courte durée aux DIM qui obtiennent de très bonnes notes à l'examen clinique national. Certains participants à la consultation ont suggéré que des foyers de capacité plus ou

moins isolés pourraient être trouvés, sous réserve d'un financement adéquat. La tendance récente à répartir les programmes universitaires de médecine en de multiples emplacements porte à croire qu'une supervision efficace est faisable dans des milieux cliniques éloignés des facultés d'attache. On pourrait, par exemple, faire appel aux hôpitaux communautaires, qui sont réceptifs et desservent une population diversifiée, ou encore à des centres où œuvrent des équipes de santé familiales, comme milieux pouvant accueillir de courts stages cliniques structurés.

### **Option 2 : Un programme de formation et d'évaluation cliniques**

Une autre option pourrait être d'instituer un programme plus formel, qui offrirait une formation « relais » tout en évaluant les compétences cliniques, afin de répondre aux besoins des DIM au cours de leur transition vers le système canadien des soins de santé. Au stade de l'examen de dossier, une évaluation positive aiderait à renforcer la confiance chez les candidats et les doterait d'une expérience précieuse, à laquelle puiser lors de l'entrevue. Ce genre de programme aiderait aussi à préparer les personnes à l'expérience de la résidence, si elles réussissaient à obtenir un poste. Selon la conception du programme, il pourrait aussi servir à la formation et à l'évaluation des candidats dont le dossier est à l'étude pour l'obtention d'un poste de formation avancée ou d'une voie autre vers l'exercice.

Cette option est comparable au segment externat des programmes ontariens antérieurs à l'intention des DIM, lesquels offraient essentiellement une formation relais et une évaluation à un groupe choisi de ces candidats comme préalables à la résidence. Différents modèles existent dans d'autres provinces : ainsi, en Colombie-Britannique, la période d'évaluation clinique de 12 semaines précédant le jumelage du CaRMS en vue de la résidence; au Québec, l'externat de deux ans dont un petit nombre de DIM peuvent bénéficier, et le nouveau programme de formation relais de quatre mois qui vient d'y être adopté et auquel certains DIM peuvent s'inscrire pour améliorer leurs chances lors du jumelage pré-résidence. Il a été démontré que l'occasion de prendre part à un programme d'externat analogue aux deux dernières années du cours de médecine a un impact direct sur la réussite à l'étape de la résidence et des examens de certification<sup>10</sup>.

Des doyens et des professeurs ont exprimé de l'intérêt pour ces solutions, et il existe des milieux où cette capacité pourrait exister, à condition de trouver les ressources nécessaires. Nous avons aussi reçu une proposition au nom de l'Université York et de ses partenaires cliniques en vue de l'établissement, dans la région de York, d'un programme d'introduction et de préparation cliniques d'une durée de deux mois, à l'intention des candidats à un poste de 1<sup>re</sup> année de résidence.

Dans l'un et l'autre cas, tant les DIM immigrants que les CEE seraient admissibles à la période d'évaluation facultative. Pour des raisons d'opportunité et du fait que quantité de CEE auront déjà acquis une certaine expérience clinique nord-américaine, nous prévoyons que, vu les besoins, ces possibilités présenteraient davantage d'intérêt pour le groupe des DIM immigrants.

Nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les facultés de médecine explorent la faisabilité d'une mise à l'essai de l'une des options ci-dessus décrites ou des deux, afin d'élargir l'accès à une expérience clinique nord-américaine. Dans notre optique, les DIM doivent être évalués en fonction de l'expérience qu'ils ont acquise, que ce soit à l'étranger ou en Amérique du Nord. L'adjonction de cette étape donnerait aux DIM de meilleures chances de décrocher le poste souhaité.

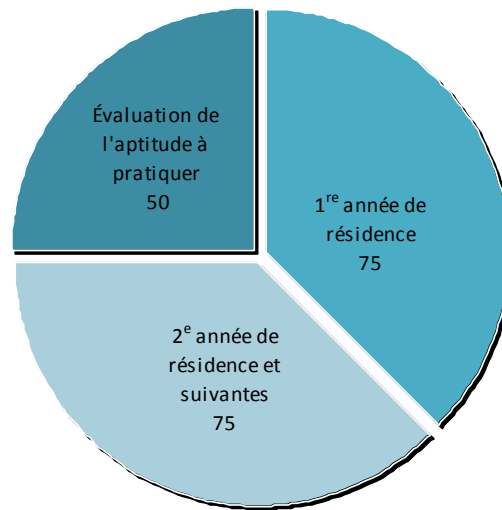
## C. ACCÈS AUX POSTES DE FORMATION AVANCÉE

### DÉCLIN DU NOMBRE DE POSTES

L'accès à un poste de formation avancée permet aux DIM qui possèdent une formation et de l'expérience au niveau postdoctoral de ne pas refaire intégralement le programme de résidence pour pouvoir exercer ou pratiquer dans certaines spécialités. En 2004, lors de l'instauration de DIM Ontario et de l'augmentation du nombre de postes réservés, qui se chiffrait à 200, on prévoyait d'affecter 125 de ces postes à la formation avancée (75 à la résidence de 2<sup>e</sup> année et suivantes, et 50 à une période « évaluation de l'aptitude à pratiquer » de six mois), ainsi que l'illustre la figure 1.

FIGURE 1

#### Formation postdoctorale des DIM – Cibles 2004-2005 Postes de niveaux débutant et avancé



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

En fait, ainsi qu'on le voit au tableau 3, le nombre de postes de formation avancée qui sont actuellement offerts aux DIM a été beaucoup plus faible. Par ailleurs, le nombre de postes réservés de 1<sup>re</sup> année s'est substantiellement accru : il se chiffre à 191 sur un total de 221 offerts en 2011.

TABLEAU 3

Postes de formation avancée occupés par des DIM dans les facultés de médecine de l'Ontario		
Début du programme postdoctoral	2 <sup>e</sup> année de résidence	Évaluation de l'aptitude à pratiquer
2008	18	3
2009	15	4
2010	0	0
2011	9	2

Source : Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger

En ce qui concerne les postes de formation avancée, le CEPSFE fait passer des examens écrits et cliniques pour déterminer l'admissibilité. Puis des entrevues avec les directeurs de programmes et d'autres professeurs du postdoctoral déterminent si les candidats admissibles sont acceptables – dans la perspective où il y aurait une capacité illimitée d'absorber tous ceux qui le sont.

Certains candidats « acceptables » pourront être placés en 2<sup>e</sup> année de résidence, selon l'évaluation de leur niveau et de la capacité du programme d'offrir des postes de formation avancée. D'autres candidats pourront se voir accorder une occasion de démontrer leur aptitude à la pratique médicale au cours d'une période d'évaluation de six mois dans une faculté de médecine. Au bout des six mois, les candidats qui sont estimés aptes à la pratique reçoivent un permis restreint et peuvent commencer à exercer sous supervision. Si leurs compétences laissent à désirer, mais qu'ils sont jugés susceptibles d'amélioration, les candidats peuvent être tenus de suivre jusqu'à deux ans de formation supplémentaire. Si on les estime non aptes à s'améliorer, ils sont exclus du programme.

Aucun des deux types de postes de formation avancée n'est disponible, ni en médecine familiale ni dans certaines autres spécialités. En ce qui concerne les postes de formation postdoctorale ouverts en 2011, le CEPSFE a fait l'évaluation de 57 DIM en regard des sept spécialités dans lesquelles des programmes avaient déclaré avoir une capacité d'accueil : **anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, pédiatrie**. En se basant sur des résultats de l'évaluation, le CEPSFE a retenu 40 candidats estimés au niveau de la 2<sup>e</sup> année de résidence ou à un niveau supérieur, et six comme étant au niveau de l'évaluation de l'aptitude à pratiquer. Après diverses entrevues avec des professeurs, on a convenu que 14 d'entre eux pouvaient être admis à un poste de formation avancée, au niveau attesté, sous réserve de la capacité des programmes. De ce nombre, 9 se sont vus offrir des postes de 2<sup>e</sup> année, et 2 ont eu accès à l'évaluation de l'aptitude à pratiquer.

L'« avantage présumé des CEE » n'entre pas en jeu dans la compétition pour les postes de formation avancée. En effet, la plupart des CEE sont des diplômés récents, qui ne possèdent pas de formation postdoctorale antérieure ou d'expérience de la pratique qui les rendrait admissibles à une formation avancée. Tout comme les diplômés canadiens en médecine (DCM), ils en sont à un stade de leur carrière où il leur est nécessaire de suivre intégralement le programme de résidence. Comme les postes de 1<sup>re</sup> année de résidence deviennent la seule option possible, les DIM immigrants spécialistes sont en concurrence avec les CEE à l'égard de ces postes et, si réussite il y a, à l'égard d'une longue période de formation postdoctorale. On voit donc que les postes de formation avancée constituent un point d'entrée important pour les DIM immigrants.

On n'a explicitement émis aucune directive stratégique en vue de réduire le nombre de postes de formation avancée. Cela étant, pourquoi le nombre de ces postes est-il en chute libre?

À notre avis, la principale raison du faible nombre de DIM placés dans des postes de formation avancée est que les facultés et les divers programmes ont perdu confiance dans la formule en raison de déconvenues antérieures. Des professeurs et directeurs de programmes ont décrit la difficulté d'incorporer des DIM aux niveaux avancés d'un programme fondé sur un parcours étape par étape, accompagné de niveaux croissants de pouvoir et de responsabilité cliniques.

À cela s'ajoute apparemment le manque de connaissance général de la nature et du calibre des évaluations du CEPSFE, ce dont les directeurs de programmes conviennent. Parallèlement, quelques-uns d'entre eux déclarent que leur respect du processus d'évaluation et leur volonté d'accepter des candidats à la formation avancée se sont substantiellement accrus après leur participation au programme du CEPSFE.

Le faible nombre de placements peut aussi être considéré comme étant en quelque sorte inévitable. Par définition, l'exclusion des programmes de médecine familiale et de nombreuses autres spécialités restreint le nombre des postes disponibles. En 2010, le CEPSFE, en consultation avec les doyens du postdoctoral, a pris la décision – facile à comprendre – de cesser d'offrir des évaluations aux candidats à des spécialités dans lesquelles aucun poste de formation avancée n'était disponible. Le déclin des placements dans ces postes peut donc être vu, jusqu'à un certain point, comme prévisible.

La réponse se trouve en partie dans la capacité clinique. Les facultés de médecine acceptent en 1<sup>re</sup> année un nombre de plus en plus élevé de candidats, dont – en raison du nombre plus élevé d'inscriptions – un nombre plus élevé de diplômés des facultés canadiennes. Ces augmentations expliquent que les professeurs sont moins disponibles pour superviser les DIM acceptés à des niveaux de formation avancée. En 2011, 191 postes de 1<sup>re</sup> année étaient réservés. Sur les 200, restaient donc disponibles 9 postes pour la formation avancée, bien que ces chiffres aient été dépassés dans les deux catégories.

Nous avons été frappés par l'écart marqué entre le nombre de ceux qui avaient été estimés « admissibles » par le CEPSFE en 2011 et le nombre de ceux qui avaient été jugés « acceptables » après les entrevues. Le CEPSFE avait déployé des efforts considérables pour la mise au point d'examen rigoureux, et nous avons été étonnés de constater qu'un aussi grand nombre de candidats avaient été éliminés au stade de l'entrevue. Nous ignorons si cet écart est attribuable à des failles dans les examens ou dans le processus d'entrevue, ou alors à d'autres facteurs. Nous recommandons que l'on procède à une analyse poussée des motifs de cet écart et de la divergence entre les résultats d'évaluation et les résultats d'entrevue. À tout le moins, il existe un problème de perception lorsque des DIM apprennent qu'ils sont admissibles à un poste de niveau avancé et qu'ils se retrouvent refoulés parmi la multitude de candidats à un poste de 1<sup>re</sup> année. Ce problème prend d'autant plus d'ampleur qu'un grand nombre d'entre eux sont éliminés à la première étape, à cause d'un filtrage selon la date d'obtention du diplôme.

La cible qu'on se proposait en 2004, soit l'affectation de 75 postes en évaluation de l'aptitude à pratiquer, était probablement beaucoup trop ambitieuse. Cela étant, il est troublant de constater que des DIM jugés de niveau avancé à l'évaluation découvrent qu'aucun poste ne peut leur être attribué faute de disponibilité. Les DIM se rendent compte que cette voie leur devient de plus en plus fermée; il n'est donc pas étonnant de voir décliner le nombre de candidats à ces postes de formation avancée.

La décision d'augmenter le nombre des postes de 2<sup>e</sup> année ou en évaluation de l'aptitude à pratiquer exigerait probablement l'augmentation du nombre global des postes réservés, une réduction dans la catégorie de la 1<sup>re</sup> année de résidence, ou simplement un engagement du Ministère à subventionner tous les autres candidats jugés acceptables pour placement dans un poste de formation avancée.

## ENTRÉE AU NIVEAU AVANCÉ ET PROCESSUS EN ACCÉLÉRÉ

Au cours de notre consultation, des enseignants ont insisté sur les avantages de la 1<sup>re</sup> année de résidence comme période de familiarisation avec le système et d'adaptation à un nouveau milieu en matière de soins de santé. Ils ont évoqué des cas où le candidat n'était pas préparé à fournir un rendement au niveau estimé par l'évaluation du CEPSFE. Plutôt que d'affecter un poste de supervision supérieur à cette personne, ils préféreraient la placer en 1<sup>re</sup> année de résidence, puis, le cas échéant, lui donner accès à un processus « en accéléré ».

Cette suggestion mérite d'être retenue, à condition qu'un processus équitable et transparent de formation en accéléré soit établi et qu'il y ait concertation des efforts pour s'assurer de son application. Nous croyons également que cette approche aiderait à accroître le nombre des candidats jugés de niveau avancé qui sont acceptés dans les programmes de résidence. Les professeurs seraient alors plus à l'aise de les accueillir, quitte à les acheminer vers un processus en accéléré si leur rendement le justifie.



Dans ce modèle, le processus de candidature à des postes de formation de niveau avancé resterait le même. La seule différence serait que les candidats évalués comme étant du niveau de la 2<sup>e</sup> année de résidence ou d'une année supérieure seraient d'abord placés dans un poste de 1<sup>re</sup> année et retenus en priorité pour le processus en accéléré. Les résidents de 1<sup>re</sup> année qui ont été jumelés par le CaRMS pourraient aussi avoir accès au processus en accéléré (et certains en ont eu l'occasion), mais auraient priorité les candidats évalués par le CEPSFE comme étant du niveau de la 2<sup>e</sup> année ou d'une année supérieure.

Lors de la mise au point des politiques et procédures du processus en accéléré, il faudra se pencher sur les moyens de doter les programmes de moindre envergure de possibilités d'accélérer le processus. Les facultés de médecine auraient intérêt à prendre connaissance de l'expérience menée au Québec pour identifier les candidats aptes à terminer rapidement leur résidence et à avoir rapidement accès à l'examen de certification. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a adopté une politique autorisant les candidats qui possèdent déjà une formation à se prévaloir du processus en accéléré, à condition de suivre au moins deux années de formation postdoctorale, dont au moins une à un niveau supérieur de résidence (années trois à cinq).

## ÉVALUATION DE L'APTITUDE À PRATIQUER

Pendant notre consultation, il a été question du défi qu'il y a à essayer d'intégrer l'évaluation de l'aptitude à pratiquer à un programme de résidence de plusieurs années. D'aucuns trouvent que cette intégration serait carrément déplacée dans un cadre de formation postdoctorale. En outre, le terme « évaluation » peut jusqu'à un certain point induire en erreur. La désignation « formation et évaluation de l'aptitude à pratiquer » serait plus juste, puisqu'il faut nécessairement une part de formation.

Les professeurs qui assurent la supervision prennent leur rôle d'évaluateurs au sérieux, et certains sont d'avis qu'une période de six mois pourrait être trop courte pour déterminer de façon probante l'aptitude d'une personne à la pratique supervisée. En conséquence, plusieurs directeurs de programmes ont déclaré qu'il était préférable d'éviter d'entreprendre ces évaluations plutôt que de courir le risque de se tromper.

Leur réticence a été renforcée par des cas où un programme ayant accepté un candidat avait plus tard découvert qu'il lui aurait fallu des années de résidence plutôt qu'une période d'évaluation de six mois. Les personnes en cause avaient été transférées au niveau approprié d'un programme de résidence, à l'aide d'une subvention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Nous reconnaissons qu'il y a des décisions difficiles à prendre quant à la capacité d'absorber des postes en évaluations de l'aptitude à pratique et quant au nombre de candidats à y accepter chaque année. Cependant, si aucune mesure n'est prise, il semble que cette voie d'accès à l'exercice sera vouée à disparaître. Nous croyons que cette formule d'évaluation devrait être refondue et mise à profit plus

systématiquement. Il semble inutile et surtout injuste d'exiger de candidats d'expérience qu'ils suivent intégralement un programme de résidence alors qu'une évaluation en bonne et due forme confirme qu'ils n'en ont pas besoin et que, de toute façon, ils auraient de la difficulté à accéder à ce programme. L'évaluation de l'aptitude à pratiquer n'est pas disponible en médecine familiale, mais l'impact est moins grave, puisque la résidence ne dure que deux ans. Quant aux programmes de spécialités, qui peuvent durer cinq ans et plus, il est beaucoup plus difficile de justifier l'exigence d'une résidence intégrale dans tous les cas.

D'abord et avant tout, il faudrait poursuivre le débat entre les facultés de médecine, le gouvernement et les organismes concernés aux paliers provincial et national. Les intervenants devront se pencher sur les moyens de définir, de financer et de soutenir les postes en évaluation de l'aptitude à pratiquer, afin que le processus ait des chances de réussir et que les candidats placés à ce niveau y trouvent une voie vers la pratique, tout en tenant compte du besoin de médecins dans diverses spécialités. Il faudra sans doute aussi faire preuve de souplesse et, si nécessaire, prolonger la période de formation et d'évaluation pour certains candidats.

Le mandat de l'Examen DIM n'embrasse pas la formulation de recommandations quant au nombre de postes réservés, mais nous invitons le gouvernement et les facultés de médecine à envisager un renforcement à cet égard. Sous réserve des questions de capacité clinique, nous recommandons d'augmenter le nombre de postes en évaluation de l'aptitude à pratiquer, sans réduire le nombre des postes de résidence de 1<sup>re</sup> année réservés aux DIM.

Il faudrait donc logiquement explorer les moyens d'augmenter la capacité quant aux postes en évaluation de l'aptitude à pratiquer, ce qui demandera un supplément de financement, de personnel et de centres cliniques accessibles. Le CEPSFE et d'autres étudient comment on pourrait instaurer certains postes dans les hôpitaux communautaires ou dans divers emplacements « répartis », sous la surveillance des facultés de médecine. À Toronto et à Ottawa, il faudrait alors renoncer à l'exigence du service postdoctoral si la participation d'un hôpital communautaire était fonction du besoin d'intégrer ce type de spécialiste à son personnel.

Enfin, nous croyons que les principes de l'évaluation de l'aptitude à pratiquer devraient constituer le point de départ d'un curriculum plus spécifique, adjoint de méthodes précises, particulièrement si les contrôles et les appréciations ont lieu dans le cadre d'hôpitaux communautaires. La prestation d'une formation aux enseignants responsables de la période d'évaluation de six mois et la mise en place de pratiques exemplaires contribueraient aussi à rendre plus efficace le travail accompli pendant cette période.

## D. QUESTIONS CONNEXES

### RÉUSSITE À L'ÉTAPE DE LA RÉSIDENCE ET PAR LA SUITE

*« Nous accueillons des DIM qui ont tous des antécédents différents, pour les intégrer à un programme conçu à l'intention des diplômés canadiens. »*

–Membre du personnel enseignant

*« Les DIM constituent le groupe d'apprenants le plus hétérogène de tous. »*

–Membre du personnel enseignant

*« Le contrat social canadien exige que les DIM soient incorporés au cadre de formation postdoctorale en médecine. Nous avons la responsabilité sociétale d'intégrer les immigrants à la main-d'œuvre canadienne; de plus, ils apportent une riche expérience et des facteurs culturels d'une grande diversité aux programmes de formation et au soin des patients. »*

–Rapport sur les questions d'actualité relatives aux DIM, préparé dans le cadre de *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada, Projet postdoctoral*<sup>11</sup>

Il y a un lien très net entre le processus de sélection des DIM et l'expérience de la résidence proprement dite. Compte tenu de la somme considérable de soin, de temps, d'efforts et de ressources investis dans la phase de sélection, il est crucial de veiller à ce que ceux qui sont choisis réussissent à l'étape de la résidence et des examens de certification qui suivent. Cette réussite est primordiale pour les programmes, pour les DIM résidents et tout particulièrement pour la population de l'Ontario, qui a grand besoin de services médicaux. Si les DIM échouent, c'est peut-être que le processus de sélection doit être révisé. Ou encore, il peut y avoir insuffisance des soutiens apportés aux DIM avant et pendant la résidence.

Selon les enseignants, certains de leurs résidents d'élite sont des DIM, y compris des médecins immigrants chevronnés. Mais il y a par ailleurs consensus sur le fait que d'autres DIM trouvent difficile de s'adapter au système de santé canadien, et que ceux d'entre eux qui ont une expérience poussée peuvent trouver désolant de se retrouver à la case débutant.

Un rapport récent sur les problèmes qui se posent actuellement aux DIM inscrits à des programmes postdoctoraux au Canada mentionne d'autres éléments dont les DIM ont souvent besoin, mais que les programmes de résidence peuvent ne pas être assez souples pour leur offrir<sup>12</sup>. Il y a des connaissances relativement simples à transmettre, par exemple : enseigner le fonctionnement du système de santé canadien; exposer le modèle de prestation des services; présenter les pathologies courantes, les structures de la morbidité, les formules d'investigation et de traitement, les principes d'une médecine fondée sur les preuves et les ressources documentaires dans le domaine. D'autres sont plus complexes : la langue de spécialité, la communication au sein d'un système de soins axé sur le patient, de même que la compréhension des diverses croyances et valeurs culturelles et la façon d'y réagir.

Notre rapport propose au personnel enseignant et aux DIM en résidence des thèmes de réflexion sur l'incidence possible des valeurs culturelles dans le milieu de formation ou d'apprentissage (ainsi, être disposé à demander des éclaircissements, à exprimer son désaccord avec le médecin traitant, à donner et à recevoir des commentaires) ainsi que sur les attitudes face à l'autonomie et aux rôles liés au sexe chez les patients. Des considérations d'ordre personnel et familial peuvent aussi influencer sur le rendement des DIM, qui sont généralement plus âgés et doivent parfois assumer des obligations familiales et financières au cours de la résidence.

La nécessité de soutiens pour veiller à ce que le programme de résidence soit mené à bien est soulignée par le fait que les DIM semblent réussir moins bien aux examens de certification nationaux, stade du processus où l'échec semble le plus catastrophique et le plus coûteux en ressources<sup>13</sup>.

On pourrait répondre à ces besoins autres des DIM en cours de formation à trois stades : avant la sélection en vue d'un poste de résidence, après la sélection et avant le début du programme et pendant la résidence même.

## AVANT LA SÉLECTION

Une innovation d'importance a été l'adoption de programmes de préparation des DIM au processus de sélection. Le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario est subventionné par le gouvernement de l'Ontario pour diffuser gratuitement de l'information et de l'appui aux professionnels de la santé dont la formation a eu lieu à l'étranger. Le Centre assure aux DIM des consultations et une orientation personnalisées, une préparation aux examens, des simulations d'entrevue et d'autres services.

Le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration de l'Ontario offre un appui financier aux programmes de formation relais à l'intention des nouveaux venus qui se préparent à obtenir le permis d'exercice dans leur profession ou métier. Jusqu'ici, ce financement n'a pas beaucoup servi aux programmes de soutien aux DIM. Cela s'explique en partie par l'existence du Centre d'accès, qui est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le seul organisme actuellement subventionné pour la prestation de services aux DIM est le Centre catholique pour immigrants d'Ottawa. Cet organisme offre de l'information, des conseils et une simulation des

examens cliniques susceptibles d'améliorer les chances d'obtention d'un poste de résidence.

Il existe plusieurs autres programmes, dont l'utilisation donne généralement lieu à des frais. Par exemple, le Medical Literacy Course est un programme primé d'apprentissage par l'expérience, dont le but est d'améliorer les compétences linguistiques sur les plans culturel et professionnel. Il donne suite aux recommandations figurant sur le site Web Communication and Cultural Competence (en anglais) de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Depuis qu'il n'est plus subventionné, le Medical Literacy Course doit imposer des droits d'utilisation.

Nous avons déjà recommandé, comme option possible, d'instituer un programme à l'intention des candidats qui obtiennent d'excellents résultats à l'examen clinique national et qui auraient tout avantage à bénéficier d'une occasion de démontrer leurs compétences cliniques avant de postuler un poste de résidence. Ce programme pourrait englober divers volets de formation relais afin d'améliorer les compétences appropriées. Il serait aussi primordial d'offrir des programmes complémentaires, sous forme de modules indépendants ou dans le cadre d'un programme.

Nous recommandons que les responsables du gouvernement se penchent sur les façons dont le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario et le Programme formation relais pourraient se conjuguer pour répondre aux besoins les plus pressants des DIM. Étant donné les besoins reconnus dont nous avons fait mention ci-dessus, nous croyons que les programmes visant l'amélioration des compétences liées à la culture, à la communication et à la langue de spécialité devraient être considérés comme une priorité potentielle pour l'octroi d'un financement public.

## PRÉ-RÉSIDENCE

Les DIM qui ont décroché un poste en 1<sup>re</sup> année de résidence doivent d'abord suivre un programme d'orientation dispensé par le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger (CEPSFE). Pour les résidents en médecine familiale, il s'agit d'un programme préliminaire de quatre mois, qui comprend un volet clinique dans le milieu de résidence. Pour les candidats dans d'autres spécialités, il s'agit du cours Orientation to Training and Practice in Canada (cours offert en anglais par le CEPSFE), avec l'ajout de certains volets en ligne. Ces programmes ont pour but de répondre à certains des besoins en matière de transition que nous décrivions ci-dessus. Le CEPSFE et les facultés de médecine cherchent en permanence des façons d'améliorer et d'adapter les programmes.

Les DIM en résidence ne forment pas un groupe homogène. Les besoins en apprentissage peuvent varier, selon les études médicales effectuées au premier cycle, l'exposition à des milieux cliniques nord-américains et d'autres facteurs. Nous préconisons, par conséquent, un programme plus modulé ou sur mesure. Les CEE et les DIM immigrants peuvent, comme groupes, présenter des besoins différents en apprentissage, mais ni l'un ni l'autre ne sont homogènes. Les membres des deux

groupes auraient avantage à recevoir une orientation ou une formation pré-résidence qui soit adaptée à leurs profils respectifs.

On ne devrait épargner aucun effort pour offrir la plupart sinon tous ces programmes dans les hôpitaux où a lieu la résidence, comme c'est le cas pour la deuxième partie du programme de pré-résidence en médecine familiale. Voilà qui offre la meilleure orientation quant au milieu de travail concret. On rendrait aussi moins pénible cette période pour ceux qui sont domiciliés à l'extérieur de Toronto et qui, à l'heure actuelle, doivent se réinstaller temporairement. En outre, cette approche présenterait des avantages pour les DIM retenus au second tour (de jumelage). Ces personnes entament leur résidence en retard, n'ont pas suivi l'important stage d'orientation préliminaire, et peuvent pendant un certain temps être perçues comme « différentes » de leurs collègues.

Dans les spécialités, le programme d'orientation a déjà commencé à offrir certains de ses volets en ligne, ce qui représente un changement positif. Il pourrait être faisable de mettre au point une combinaison de volets sur place et en ligne; des sessions de groupe plus courtes pourraient avoir lieu à Toronto.

## PENDANT LA RÉSIDENCE

### **PÉRIODE DE VÉRIFICATION DE L'ÉVALUATION**

---

Pour les DIM, les 12 premières semaines de résidence constituent une période de vérification de l'évaluation (« AVP » en anglais). Le certificat en vertu duquel les études postdoctorales sont autorisées est délivré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et exige des DIM résidents qu'ils réussissent l'AVP pour demeurer inscrits au programme de résidence.

Des défis se posent à tous les intéressés. Il est difficile et potentiellement injuste de déterminer, en si peu de temps, si le candidat pourrait être un résident prometteur. C'est une période chargée d'anxiété pour les DIM, bien entendu, mais qui impose aussi des tensions à ceux que met en conflit leur double rôle d'enseignant/mentor et évaluateur. Les directeurs de programmes y distinguent parfois une occasion d'aider le candidat à reconnaître la nécessité de se retirer, ou, dans des cas très rares, de mettre fin à leur stage. Par ailleurs, cette dernière décision et, le cas échéant, les appels de cette décision sont deux étapes extrêmement pénibles. Des directeurs de programmes déclarent qu'il est onéreux d'étoffer leurs arguments suffisamment pour pouvoir justifier leur décision de mettre fin à la résidence, décision qui est critique pour la carrière d'un DIM.

Pour que l'AVP soit réellement utile, il faudrait y investir un temps et des ressources considérables. Par exemple, dispenser une formation aux évaluateurs, documenter méticuleusement le rendement et clarifier la politique et les critères de réussite et d'échec. À notre avis, il serait préférable d'investir dans l'élaboration de mesures correctives à appliquer en cours de résidence plutôt que de tenter d'améliorer un processus de contrôle prématuré et quelque peu artificiel.

Nous proposons que le gouvernement de l'Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et les facultés de médecine envisagent sérieusement d'éliminer l'AVP. Améliorer le processus de sélection aiderait à réduire le nombre déjà très bas de résidents susceptibles de recevoir ce verdict au bout de la période de 12 semaines. Une fois éliminée cette période, il resterait en place la possibilité de suspension ou d'exclusion pendant la résidence dans les cas d'inconduite ou de comportements pouvant menacer la sécurité des patients.

On nous a appris que, si nécessaire, il est possible dans certains cas de prolonger la durée de la résidence grâce à une aide du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Une politique officielle permettant de prolonger la résidence moyennant le financement nécessaire semble préférable à une évaluation douteuse au bout de 12 semaines seulement.

La raison d'être de l'AVP est principalement de donner des occasions d'observer le candidat dans un milieu clinique et d'éliminer ceux qui se révèlent clairement inacceptables. Nous avons déjà recommandé des mesures visant à offrir aux candidats des occasions de démontrer leurs compétences cliniques *avant* d'être jumelés à un poste. Il serait de loin préférable d'éliminer les candidats inaptes à ce stade préliminaire.

#### **SOUTIENS OFFERTS AUX DIM**

---

Dans chaque faculté de médecine, on nous a parlé de mesures mises en œuvre pour aider les DIM pendant le programme de résidence – par exemple : cours spéciaux, mentorat, tutoriels en culture médicale et aide à la préparation aux examens. Le meilleur exemple d'un effort concerté, vigoureux et ciblé pour venir en aide aux DIM pourrait être l'affectation d'un supplément de professeurs à la coordination des DIM en médecine familiale et dans quelques-uns des programmes de spécialités. Nous recommandons que les facultés ontariennes facilitent l'accès des DIM aux coordonnateurs, afin de permettre à ces derniers de diffuser les pratiques exemplaires et d'optimiser l'expérience des DIM pendant leur formation postdoctorale.

#### **FINANCEMENT SUPPLÉMENTAIRE**

---

Le gouvernement de l'Ontario verse à chaque faculté de médecine un supplément de 20 000 \$ par année, par DIM résident, et 25 000 \$ par DIM inscrit en évaluation de l'aptitude à pratiquer. On veut ainsi compenser les frais supplémentaires engagés en ressources, temps de professeur et mesures correctives pour répondre aux besoins en apprentissage des DIM.

Mis à part les vacances versées aux professeurs qui assument la fonction ajoutée de coordonnateurs auprès des DIM, on ne semble pas trop savoir comment le personnel enseignant peut avoir accès au supplément de financement ni comment celui-ci est utilisé.

Une plus grande transparence et une meilleure reddition de comptes sur les modes d'accès à ces fonds et les moyens de s'en servir pour aider les DIM résidents contribueraient à assurer la continuité de cette ressource. Nous encourageons les

facultés à débattre de la meilleure utilisation des fonds en vue de répondre aux besoins en apprentissage autres que l'on constate chez les DIM. Dans certains cas, il peut être indiqué de mettre en commun ces fonds pour mettre au point des mesures qui pourraient être utilisées dans toute une gamme de programmes ou de facultés.

### **FORMATION DU PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

Une question d'importance vitale est la préparation des professeurs et des superviseurs des DIM résidents et les moyens de les soutenir dans ce rôle. Ce sont ces personnes qui prennent les décisions clés lors du processus de sélection.

En 2004, le Groupe de travail canadien sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine avait reconnu l'importance de préparer les professeurs appelés à œuvrer auprès des DIM<sup>14</sup>. Le gouvernement fédéral avait alors subventionné la mise sur pied dans tout le pays de plusieurs modules en ligne et d'un certain nombre d'ateliers de formation des formateurs. Or, nous retirons de nos consultations le sentiment d'un relâchement de cette initiative visant la préparation des professeurs à ce rôle délicat, mais capital.

Les auteurs du rapport sur les questions d'actualité relatives aux DIM, préparé dans le cadre de *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada, Projet postdoctoral*<sup>15</sup>, donnent ce type de formation comme prioritaire. Une formation portant spécifiquement sur les compétences voulues pour comprendre les différences culturelles, particulièrement chez les DIM immigrants, pour travailler avec eux et s'y adapter est une partie importante d'une formation efficace pour les responsables de la sélection, leurs enseignants et leurs superviseurs. Certaines facultés continuent de dispenser cette formation, mais à titre facultatif.

Les programmes peuvent faire fond sur les programmes de formation offerts au Canada et dans d'autres territoires de compétence, particulièrement sur ceux qui aident les professeurs à reconnaître et à comprendre les façons dont les différences culturelles peuvent influencer sur la formation.

### **DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES EXEMPLAIRES**

---

On a tout à gagner à connaître et à évaluer les approches novatrices mises en train en Ontario et ailleurs. En Colombie-Britannique, le programme de résidence en médecine familiale du St. Paul's Hospital est un modèle d'aide à la réussite des DIM en cours de résidence et plus tard. C'est la première fois en Amérique du Nord qu'un cadre de formation a été instauré spécifiquement à l'intention des DIM (qui y travaillent côte à côte avec des diplômés canadiens). Point à souligner, le programme a fait le suivi de ses résidents et apporté des changements lorsque les résultats initiaux ont révélé des difficultés à l'examen de certification.

Ce programme de la Colombie-Britannique peut être cité en exemple d'un type efficace de programme sur mesure, qui accroît les probabilités de réussite. Le programme démontre également la valeur qu'il y a à faire le suivi des résultats et, si nécessaire, à opérer des ajustements.



Les programmes de médecine familiale en Ontario, qui collaborent déjà à la sélection des DIM résidents, pourraient servir de terrain à l'expérimentation de mesures novatrices de soutien à l'intention des DIM aux stades de la sélection, de la pré-résidence et de la résidence.

## RÉDUCTION DE LA DEMANDE ET AMPLIFICATION DE LA CAPACITÉ

Pour les DIM, l'un des pires obstacles à l'obtention d'un poste de résidence est le fort volume des candidats à chaque poste réservé. Les changements que nous préconisons d'apporter au processus de sélection devraient améliorer l'équité des décisions quant au choix des titulaires des postes disponibles. Il n'en reste pas moins que de nombreux DIM compétents ne décrocheront pas le poste qui pourrait les mener à l'exercice de leur profession en Ontario.

Une solution évidente serait de réserver un plus grand nombre de postes aux DIM. Cette mesure ne relève pas de notre mandat et soulève des enjeux stratégiques plus généraux que nous n'avons pas examinés, dont les questions de ressources pour le gouvernement et de capacité pour les facultés de médecine. Tel que nous le mentionnions plus tôt, toutefois, nous incitons toutes les parties à envisager des mesures qui permettraient d'offrir, au niveau de la résidence, un plus grand nombre d'occasions d'accéder à une formation avancée et à l'évaluation de l'aptitude à pratiquer – outre la mise en œuvre des changements préconisés à ces types de formation.

Une autre possibilité serait d'amplifier la capacité du système, de façon à pouvoir accueillir en résidence un plus grand nombre de DIM, par exemple en comptant moins sur les résidents détenteurs de visa. Cependant, dans l'idéal, il faudrait accroître le nombre d'occasions offertes aux DIM qui sont des médecins qualifiés d'expérience, afin de leur offrir des voies d'accès à la pratique autres, sans qu'ils soient forcés de suivre au complet un programme de résidence canadien. Vu la visée de notre mandat, soit le processus de sélection au niveau postdoctoral, nous n'avons pas exploré plus avant cette possibilité. Mais nous insistons sur l'importance pour l'Ontario de se donner la capacité d'évaluer les DIM en fonction des normes nationales mises au point pour l'obtention du permis temporaire.

## RÉSIDENTS DÉTENTEURS DE VISA

Les résidents détenteurs de visa sont des DIM qui versent des droits (ou dont le pays verse des droits en leur nom) en échange de leur formation en résidence au Canada et qui retournent ensuite dans leur pays. Les détenteurs de visa ne sont pas sur les rangs pour l'obtention d'un poste de 1<sup>re</sup> année de résidence par le biais du mécanisme de jumelage du CaRMS.

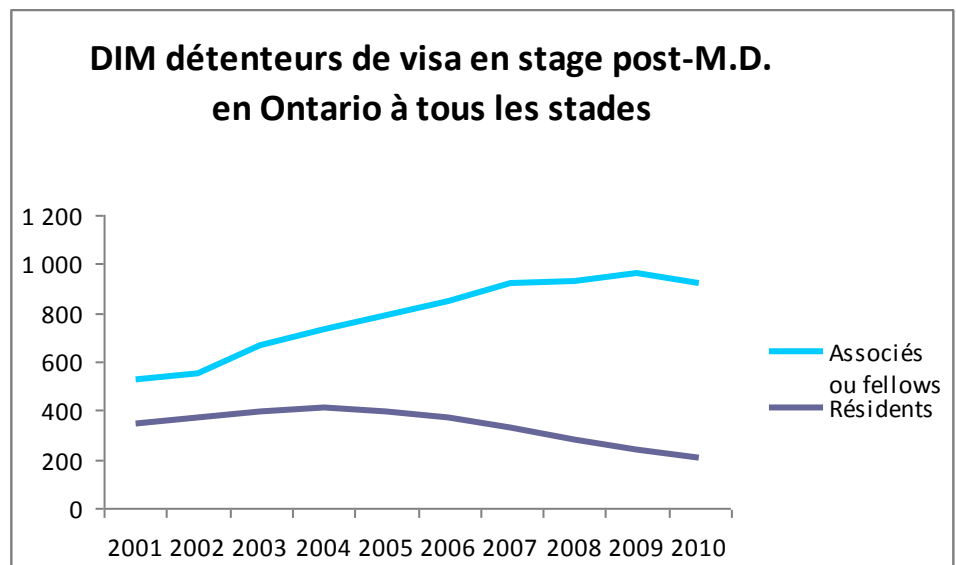
L'élimination des résidents détenteurs de visa dans toute circonstance sauf si la situation l'exigeait pourrait potentiellement accroître la capacité clinique et permettre d'accueillir en résidence un plus grand nombre des DIM qui ont l'intention de demeurer

au Canada. Le nombre de résidents détenteurs de visa en Ontario est déjà à la baisse, ainsi que le montre la figure 2 ci-dessous, et nous félicitons les facultés de médecine pour ce qui semble être un mouvement voulu dans ce sens. Nous sommes conscients que les résidents détenteurs de visa sont une source de financement pour les facultés, mais nous recommandons qu'ils ne soient acceptés que dans des circonstances exceptionnelles et en vertu d'une politique définie.

L'admission de résidents détenteurs de visa pourrait se justifier serait dans le cas de spécialités où les emplois sont en voie de disparition. Il est difficile d'intéresser des diplômés canadiens à ces spécialités, et il n'est certes pas idéal pour des DIM d'accepter un poste de résidence qui ne déboucherait pas sur un emploi. Pourtant, les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine ont besoin d'effectifs pour assurer le maintien des programmes de résidence en cause et dispenser les services cliniques afférents. Un autre motif possible à l'acceptation de résidents détenteurs d'un visa pourrait être de contribuer à la formation de médecins dont le besoin est criant dans un pays en développement.

La diminution du nombre de résidents détenteurs de visa n'aurait pas d'incidence sur le nombre beaucoup plus élevé d'« associés » (ou « fellows ») détenteurs de visa qui occupent un important créneau à un niveau supérieur des surspécialités dans les hôpitaux universitaires, ni sur la source de financement qu'ils représentent pour les facultés de médecine. Nous suggérons également que les associés détenteurs de visa soient considérés comme une ressource précieuse en matière de soutien et de mentorat pour les DIM résidents. Nous avons été impressionnés par les exemples qu'on nous a cités d'associés détenteurs de visa qui jouaient ce rôle primordial.

**FIGURE 2**



Source : Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER), 2010

## VOIES D'ACCÈS AUTRES QUE TRADITIONNELLES

Il existe des solutions de rechange au programme de résidence, mais, nous l'avons dit, leur étude détaillée déborde le mandat de l'Examen DIM. Nous n'avons pas non plus découvert de données sur la fréquence du recours à chacune de ces solutions de rechange. À une exception près (celle du permis temporaire), nous nous limitons à énumérer les formules possibles et invitons toutes les parties à chercher des moyens de les mettre davantage à profit lorsque cela est indiqué, afin d'alléger la demande en postes de résidence. On pourrait ainsi contribuer à abaisser deux barrières : le fort volume des DIM qui se portent candidats et l'exigence d'une formation postdoctorale pour les médecins d'expérience dans les cas où elle n'est pas nécessaire.

On trouvera ci-dessous un aperçu des voies d'accès à la pratique qui s'offrent aux DIM en Ontario sans leur imposer une résidence complète.

TABLEAU 4

<b>Solutions de rechange à une résidence complète</b>	
<b>Évaluation de l'aptitude à pratiquer</b>	
Tel que décrit ci-dessus, il s'agit d'un poste de résidence de six mois en Ontario, destiné aux DIM qui répondent aux critères d'évaluation à un niveau avancé dans certaines spécialités.	
<b>Rapatriement</b>	
Si un diplômé en médecine internationale ou nord-américain possède une formation postdoctorale effectuée aux États-Unis, il peut être admissible au programme de rapatriement dans une faculté ontarienne. Ce programme s'adresse aux candidats à qui il manque encore deux années de formation pour répondre aux exigences du Collège royal pour la certification.	
<b>Transfert d'une autre province</b>	
Tout médecin titulaire d'un permis d'exercer dans une autre province peut présenter une demande de permis en Ontario. Le comité d'inscription de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario étudie les demandes. Si le permis délivré dans l'autre province est équivalent au permis de l'Ontario, on accède à la demande, conformément à l'Accord sur le commerce intérieur.	
<b>Voies d'accès 2 et 4</b>	
L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a établi deux voies d'accès permettant aux DIM de se soustraire à l'exigence d'une formation postdoctorale en Ontario et de la certification du Collège national. La « voie d'accès 2 » est offerte aux candidats qui ont terminé avec succès une formation postdoctorale au Canada et y ont exercé pendant cinq ans à titre indépendant. La « voie d'accès 4 » est offerte aux candidats qui ont terminé avec succès une formation postdoctorale aux États-Unis et ont reçu la certification de l'organisme américain de réglementation des spécialités. Dans l'une et l'autre de ces voies, les candidats compétents reçoivent un certificat d'exercice restreint et doivent se soumettre à une évaluation au bout d'un an avant d'être admissibles à l'obtention d'un certificat de pratique indépendante.	
<b>Programme d'évaluation de l'exercice de la médecine visant l'attribution de permis</b>	
Administré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, ce programme offre une voie d'accès à l'inscription aux médecins, y compris les DIM, qui exercent actuellement dans une autre province canadienne ou aux États-Unis, et ont à leur actif cinq ans d'expérience. Le Programme d'évaluation de l'exercice de la médecine visant l'attribution de permis comporte une évaluation poussée sur place de la pratique courante du médecin et l'exempte de l'obligation d'obtenir la certification d'un des collèges nationaux.	
<b>Reconnaissance de la formation postdoctorale internationale par les collèges nationaux</b>	
Un DIM peut obtenir un certificat national en médecine familiale ou dans une spécialité sans devoir se soumettre à un programme de formation postdoctorale au Canada si le collège national reconnaît la validité de la formation postdoctorale acquise dans un autre pays.	
Le Collège des médecins de famille du Canada a conclu des ententes de réciprocité avec certains territoires de compétence et cherche activement à accroître le nombre de ces ententes.	
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reconnaîtra après examen une formation postdoctorale acquise dans certaines spécialités et dans certains territoires de compétence, mais l'organisme ignore s'il pourra continuer d'appliquer cette politique encore longtemps. Si le Collège royal est d'avis qu'un supplément de formation est nécessaire, il semble que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pourrait consentir une aide financière à cet effet à l'une des facultés de médecine.	
<b>Permis lié à un poste universitaire</b>	
Certains DIM vivant en Ontario peuvent obtenir un permis de longue durée lié à un poste universitaire. D'autres obtiennent un permis de « visiteur » lié à un poste universitaire, autorisant un séjour d'au plus 11 mois.	

D'après des données fournies par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, nous savons que, le 31 décembre 2010, les DIM représentaient 23 % des médecins titulaires d'un certificat de pratique indépendante, et 73 % d'entre eux étaient dotés d'un certificat de pratique restreinte. Nous savons également combien de ces certificats sont délivrés à des DIM chaque année. Toutefois, à défaut d'une ventilation plus détaillée, il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure ces diverses voies d'accès à la pratique (moyennant ou non un poste de formation postdoctorale au Canada) permettent d'exercer en Ontario.

Dans le volume 2 du présent rapport, on trouvera le résumé des mesures prévues à l'égard des DIM dans quatre autres provinces, y compris des voies d'accès à la pratique autres que traditionnelles, n'exigeant pas de formation postdoctorale au Canada. Généralement, un permis restreint ou conditionnel est octroyé à la suite d'une période d'évaluation, mais les programmes varient considérablement. Dans certains cas, les évaluations ont permis de renforcer certains programmes, d'améliorer le processus et de garantir la sécurité des patients. L'Ontario pourrait tirer parti de l'expérience acquise dans d'autres provinces au chapitre du programme de formation et d'évaluation cliniques à l'intention des DIM ayant obtenu des notes élevées, tel que nous l'avons recommandé plus tôt.

### **DIM dotés d'un certificat octroyé par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario**

- Le 31 décembre 2010, 28 983 médecins étaient détenteurs d'un permis de pratique indépendante en Ontario. De ce nombre, 6 613 (23 %) étaient des DIM
- Au cours de 2010, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a délivré 378 certificats de pratique indépendante à des DIM
- Le 31 décembre 2010, les DIM représentaient 24 % (974) des titulaires d'un certificat postdoctoral en vue de l'obtention d'un poste de résidence (par opposition à un poste d'associé/fellowship) en Ontario.

Source : Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2011, utilisation autorisée

## **ÉVALUATION EN VUE DE L'OCTROI DE PERMIS TEMPORAIRES**

La Fédération des ordres des médecins du Canada (FMRAC) met de l'avant un projet de concertation nationale pour l'accès à la pratique des DIM par le biais d'une évaluation suivie de l'octroi d'un permis temporaire. On disposerait ainsi d'une formule permettant à l'Ontario et à d'autres provinces d'évaluer les DIM en vue de leur accès à la pratique sans qu'ils soient tenus de suivre un programme de résidence complet.

L'adoption d'un processus reconnu à l'échelle nationale garantirait aux DIM qui optent pour cette solution dans d'autres provinces de pouvoir par la suite s'établir en Ontario sans entraves. Par ailleurs, les DIM d'expérience qui vivent en Ontario disposeraient, du moins en principe, d'une autre voie d'accès à la pratique.

Si la proposition de la FMRAC était adoptée, on ne sait pas si l'Ontario serait disposé à établir un processus d'évaluation permettant aux DIM d'obtenir un permis d'exercice

temporaire dans son territoire. Nous sommes d'avis que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Council of Faculties of Medicine of Ontario et le CEPSFE devraient au plus tôt étudier les moyens d'établir, ici même, en Ontario, un programme d'évaluation efficace, analogue à celui que propose la FMRAC. La mise en œuvre de nos recommandations, soit la relance de l'évaluation de l'aptitude à pratiquer et l'établissement d'un programme de formation et d'évaluation cliniques, fournirait le cadre nécessaire au renforcement de cette capacité d'évaluation.

L'examen clinique national peut aussi se révéler utile dans le contexte du nouveau processus d'évaluation. Les organismes de réglementation du Canada sont à l'étude de l'utilisation possible de cet examen, dont on se sert actuellement pour donner accès aux postes de 1<sup>re</sup> année de résidence, comme filtre d'entrée aux programmes d'évaluation pour octroi du permis temporaire. Potentiellement et par extension, l'examen pourrait aussi servir d'instrument à l'évaluation de l'aptitude à pratiquer en Ontario. Les scénarios cliniques pourraient être les mêmes que pour l'accès aux postes de résidence au niveau d'entrée, mais des normes différentes s'appliqueraient aux candidats désireux d'être classés à des niveaux supérieurs.

## AUTRES POSSIBILITÉS DE CARRIÈRE

En 2011, on comptait plus de 1 800 candidats aux 191 postes de 1<sup>re</sup> année de résidence réservés aux DIM en Ontario. Pour beaucoup d'entre eux, cela signifie qu'ils ont peu de probabilités d'exercer la médecine en Ontario. Ce sujet n'est certes pas facile à aborder. Ainsi que nous en ont fait part des directeurs de programmes, tels que ceux du Centre d'accès, il est malaisé de faire comprendre cette réalité aux divers DIM qui travaillent avec acharnement dans le but de décrocher un poste de résidence. Certains trouveront extrêmement difficile de renoncer à un choix de carrière qui a été un élément moteur dans leur vie.

Nous connaissons l'existence de possibilités de carrières autres dans les vastes secteurs de la santé et des services sociaux ainsi que dans les industries pharmaceutiques et des assurances. Mais quantité de DIM nous ont déclaré qu'ils ne s'intéressaient à ces autres voies qu'à titre de passerelles vers l'exercice de la médecine et non comme solutions de rechange. Ils puisent de l'espoir dans les récits de personnes qui sont parvenues à réussir après des années d'efforts et de sacrifices. Un examen clinique national obligatoire et un processus de sélection plus transparent devraient permettre de poser un jugement plus éclairé sur les perspectives qui s'offrent à ces personnes.

Nous ne formulons pas de recommandations concrètes à ce sujet, qui déborde l'objet principal de notre mandat. Cependant, nous croyons qu'il devrait y avoir un débat plus franc et ouvert sur cet enjeu, avec la participation de tous ceux qui peuvent contribuer à la fois à mieux comprendre le problème et à mettre au point des solutions novatrices. Il est important de soutenir les DIM qui n'accèdent pas à l'exercice en Ontario et de tirer le meilleur parti de leurs talents et de leur expérience.

# TRANSPARENCE

## ACCÈS À L'INFORMATION

Au sein du système fédéral canadien, les questions touchant les DIM relèvent de compétences réparties entre deux paliers de gouvernement et d'une kyrielle de ministères. Une large gamme d'organismes provinciaux et nationaux, notamment de formation et de réglementation, détiennent des secteurs de responsabilité majeurs. Les politiques, règles et pratiques varient selon la province, l'université et la spécialité médicale. De plus, comme nous l'avons déjà relevé, l'environnement est en fluctuation constante.

Il n'est donc pas étonnant que les DIM trouvent ardu d'obtenir l'information dont ils ont besoin sur les moyens d'accès à la profession dans l'une ou l'autre des provinces et dans le pays tout entier. Nombre d'organisations, telles que le Centre d'accès, le Conseil médical du Canada et le CaRMS ont déployé des efforts impressionnants pour constituer des sites Web plus accessibles et plus informatifs à l'intention des DIM potentiellement candidats. Cependant, nos travaux dans le cadre du présent projet nous ont rendus conscients des défis qu'affrontent ceux qui ont besoin d'information pour explorer le système. Ils ont été nombreux à nous confier qu'il leur avait fallu une rencontre avec le personnel du Centre d'accès ou d'autres organismes pour enfin clarifier les exigences à satisfaire, de même que leurs propres perspectives.

En 2004, le Groupe de travail canadien sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine avait recommandé la création [traduction] « d'un site central en ligne, pour permettre aux DIM de prendre connaissance des conditions d'obtention du permis d'exercer au Canada; on y affichera des liens vers certains sites provinciaux/territoriaux ainsi que du matériel éducatif ». Il semble bien que les efforts consentis pour mettre en œuvre cette recommandation n'ont pas eu le succès escompté. Comme il fallait s'y attendre, cela est en partie attribuable à la fragmentation des compétences et au nombre d'organisations différentes, dont chacune est responsable d'un segment isolé du processus. Nous croyons que la mise en œuvre de la recommandation de 2004 devrait redevenir une priorité. Nous avons nous-mêmes pu toucher du doigt l'urgence de cette mesure. En effet, pour mener convenablement l'Examen DIM, nous avons dû affronter une tâche redoutable, soit essayer de comprendre le système. On imagine sans peine la difficulté de l'opération pour les DIM, et surtout pour ceux qui viennent d'immigrer.

Un sujet de préoccupation revient sans cesse : les médecins immigrants arrivent au Canada sans être bien renseignés sur les défis qui les attendent et les moyens de les relever. D'aucuns font valoir que le Canada présente un tel attrait pour les immigrants qualifiés que leur désir de s'y établir n'est pas tempéré par le fait de savoir que les possibilités d'exercer leur profession sont restreintes.

Nous reconnaissons que les gouvernements et d'autres organisations ont déployé des efforts substantiels pour diffuser une information plus exacte et plus réaliste à un stade

précoce. Un exemple prometteur est le Projet canadien d'intégration des immigrants, financé par le gouvernement du Canada et administré par l'Association des collèges communautaires du Canada. Ce programme offre gratuitement une orientation aux personnes choisies pour l'immigration et à leur famille, avant leur départ de l'étranger. Une innovation récente de ce programme a été la mise en ligne de séminaires à l'intention des médecins qui immigreront, grâce à un partenariat avec le Centre d'accès de l'Ontario. Il serait primordial que ce genre d'information soit diffusé auprès des intéressés avant leur sélection en vue de l'immigration au Canada.

En ce qui concerne les Canadiens qui envisagent une formation médicale à l'étranger, nous insistons de même sur l'importance d'obtenir à l'avance une information exacte sur le processus de candidature à un poste de formation postdoctorale en Ontario ou dans d'autres provinces. Vu le nombre de ceux qui font des études dans d'autres pays, cette information devrait comprendre le fait que la réussite, à leur retour au Canada pour achever leur formation postdoctorale, est loin d'être assurée.

### **QUELLES SONT LES CHANCES?**

#### **À quel point les CEE se renseignent-ils avant de décider de faire des études de médecine à l'étranger?**

- En Ontario en 2011, à l'issue du premier tour, 98 (20,9 %) des 469 CEE qui étaient sur les rangs ont été jumelés à un poste de 1<sup>re</sup> année de résidence, et les 371 autres (79,1 %) ne l'ont pas été
- Une autre tranche de 14 CEE ont été jumelés au second tour

#### **À quel point les autres DIM se renseignent-ils avant d'immigrer au Canada?**

- En Ontario en 2011, à l'issue du premier tour, 85 (6 %) des 1 411 DIM immigrants qui étaient sur les rangs ont été jumelés à un poste de 1<sup>re</sup> année de résidence, et les 1 326 autres (94 %) ne l'ont pas été
- Une autre tranche de 24 de ces DIM ont été jumelés au second tour

Source : Tables de données du CaRMS, 2011 – Jumelage principal (R-1)

## **RÉTROACTION ET TRANSPARENCE DU PROCESSUS DE SÉLECTION**

Une foule de DIM qui se portent candidats à un poste postdoctoral, et tout particulièrement les DIM immigrants, souhaitent désespérément recevoir des commentaires sur les raisons pour lesquelles ils n'ont pas obtenu d'entrevue ou, s'ils en ont obtenu une, en quoi ils n'ont pas fait bonne figure. Il leur semble que, sans rétroaction, ils ne sauront pas comment améliorer leurs chances pour l'année suivante. Du point de vue des facultés de médecine, la formulation de commentaires individuels ajouterait considérablement à un processus de sélection déjà laborieux et onéreux en temps.

Nous sommes d'accord pour trouver irréaliste que les programmes soient tenus de fournir des commentaires individuels à tous les candidats qui échouent. Toutefois,



certains des changements que nous avons préconisés au processus de sélection rendraient le système plus transparent et atténueraient les pressions pour obtenir une rétroaction. Par exemple, si l'examen clinique national devient obligatoire et qu'il sert de filtre pour décider de l'attribution d'une entrevue, les DIM auront un moyen de savoir pourquoi ils ont ou non réussi à ce stade du processus. Rappelons que c'est cette décision qui touche le plus grand nombre de candidats.

Dans notre examen du processus de sélection de 2011 au niveau de l'entrée, nous nous sommes penchés sur la documentation disponible au sujet des programmes de médecine interne, pédiatrie, médecine familiale et d'autres sur le site Web du CaRMS et sur le site Web conjoint en médecine familiale. Les pièces qui doivent être présentées pour la candidature sont clairement indiquées. L'information relative aux critères spécifiques et au déroulement du processus de sélection était plus variable. Dans certains cas, les examens réussis ou d'autres types de qualifications étaient désignés comme des « atouts » ou des « préférences », mais, en réalité, les programmes n'avaient bien souvent pas le moyen de tenir compte de ces éléments lors de la prise de décisions.

Nous avons recommandé que tous les programmes revoient leur description en ligne, afin de les rendre aussi précis et complets que possible. Plusieurs directeurs de programmes se sont dits inquiets face à l'éventualité de problèmes juridiques s'ils étaient plus explicites concernant leurs critères et le processus (filtrage, examen de dossier, entrevues et classement). Mais nous croyons qu'il est possible de fournir des renseignements utiles de façons qui n'entraînent aucun risque important sur le plan juridique.

Lorsque les programmes se servent de la note de passage ou du percentile à l'examen national ou à d'autres, nous recommandons l'affichage de ces critères. À défaut, il faudrait afficher à tout le moins les notes ou les percentiles les plus faibles et les moyennes des candidats retenus l'année précédente. Ce sont là des procédés que suivent actuellement certains programmes relativement aux notes d'examen, ce qui est très utile aux candidats.

De plus, si le CaRMS affichait le nombre des DIM candidats à chaque poste réservé, les intéressés seraient plus aptes à mettre en perspective leur réussite ou leur échec potentiel.

## POLITIQUES GOUVERNEMENTALES

Nous encourageons le gouvernement de l'Ontario à une plus grande transparence quant à la raison d'être de ses politiques concernant les DIM. Par exemple, la déclaration du but recherché en réservant des postes de résidence aux DIM permettrait d'évaluer, en regard de cet objectif, la tendance à faire des études à l'étranger et le déclin du nombre des postes de formation avancée.

Pour une foule de DIM, l'obligation du service postdoctoral est injuste, car elle est imposée à un segment seulement de l'ensemble des résidents. Dans certains cas, la

politique semble avoir pour effet indésirable de priver les communautés ontariennes les plus diversifiées de médecins qui auraient le profil idéal pour les desservir. Certains professeurs relevaient que les DIM représentent une ressource importante si l'on veut aplanir les barrières et communiquer efficacement avec les patients de communautés où la langue et les particularités culturelles représentent des obstacles majeurs. Un professeur de McMaster rapportait qu'on envisageait de réduire le nombre des DIM résidents en médecine familiale dans la région de Brampton, parce que, en raison de l'obligation du service postdoctoral, la communauté est incapable de les conserver après leur résidence.

D'autres populations vulnérables présentent des besoins qui ne s'expliquent pas uniquement ou facilement par l'emplacement géographique. Certaines personnes que nous avons rencontrées suggéraient que des facteurs autres que géographiques pourraient fournir une base plus rationnelle pour repenser l'obligation de service postdoctoral.

De plus, comme l'exprimait un mémoire présenté par la Professional Association of Interns and Residents of Ontario, il reste douteux que la politique ait l'effet voulu de retenir les médecins en cause dans les collectivités mal desservies. Pour d'autres, cette politique pourrait être plus équitable si la durée du service postdoctoral était fonction de la durée du programme de résidence, et si le Ministère était plus transparent quant aux circonstances dans lesquelles un DIM pourrait demander une dispense.

Nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée articule plus clairement la raison d'être de la politique qui fonde l'obligation de service postdoctoral, puis détermine si cette obligation n'appelle pas une refonte si l'on veut qu'elle réalise l'objectif voulu. Un nouvel examen de la raison d'être de cette obligation pourrait justifier la modification de sa nature ou de sa portée, qu'il s'agisse de l'imposer aussi à d'autres que les DIM ou d'en exempter lorsque les circonstances l'exigent.

## UN MILIEU D'APPRENTISSAGE

### RECHERCHES EN COURS

Nous avons constaté avec satisfaction l'augmentation récente du nombre d'études de recherche, d'analyses stratégiques et d'analyses documentaires se rapportant à l'expérience des DIM et au problème général que représente la sélection des meilleurs candidats par le biais des méthodes traditionnelles et d'autres qui s'imposent peu à peu. Vu l'impossibilité de passer tout ce matériel en revue, nous avons retenu les documents les plus directement pertinents comme complément aux données réunies au fil de la consultation. Une liste de références figure en annexe du volume 2 de notre rapport.

Nous commenterons ci-dessous trois rapports canadiens que nous avons estimés d'une valeur particulière :

### **1) Rapport du Groupe de travail canadien sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine (2004)<sup>16</sup>**

Novateur, ce rapport proposait un plan d'action pour le changement qui a été adopté par les dirigeants des principales organisations et certains ministères gouvernementaux. En outre, ce document a donné le coup d'envoi à un certain nombre de réformes concrètes visant à améliorer les processus relatifs aux DIM. Citons entre autres le Registre de compétences des médecins du Canada, la Collaboration nationale en matière d'évaluation, la base de données nationale sur les DIM et divers programmes pilotes de perfectionnement professoral.

### **2) Canadian Students Studying Medicine Abroad (2010)<sup>17</sup>**

Ce rapport du Service canadien de jumelage des résidents renferme l'analyse la plus poussée jusqu'ici touchant un groupe de DIM de plus en plus nombreux. Il vient éclairer le sens des facteurs nombre, démographie, motivation et caractéristiques des CEE.

### **3) International Medical Graduates: Current Issues (2011)<sup>18</sup>**

Dans le cadre d'une étude exhaustive intitulée *L'Avenir de l'éducation médicale au Canada, projet postdoctoral*, on avait demandé à des chefs de file du domaine de rédiger un rapport sur « certains thèmes relatifs aux DIM » pour en éclairer l'examen et contribuer à l'élaboration des réformes proposées. On nous a remis un exemplaire prépublication de l'ouvrage, et, comme en font foi les renvois qui émaillent notre document, nous l'avons trouvé très utile au sujet de plusieurs questions relevant de notre mandat.

## **NÉCESSITÉ DE RECHERCHES PLUS POUSSÉES**

Le rapport cité ci-dessus sur les questions d'actualité relatives aux DIM (« Current Issues ») analyse les écrits disponibles sur les prédicteurs de réussite au niveau postdoctoral et en donne le résumé suivant :

[traduction]

Il semble y avoir consensus sur le fait qu'une expérience clinique récente, le rendement aux examens standardisés de même que le jeune âge et l'obtention récente du diplôme sont tous des prédicteurs raisonnables de réussite chez les DIM à l'étape de la résidence.

Bien qu'il semble effectivement y avoir « consensus » sur ces facteurs de prédiction parmi les décideurs en matière de sélection, d'autres intervenants consultés ne sont pas tout à fait d'accord. Et même parmi les décideurs, tous ne s'entendent pas sur la valeur prédictive de chaque facteur, la pondération appropriée de chacun et la façon de les mesurer.

Nous croyons donc que le besoin le plus urgent en matière de recherche sur le processus de sélection des DIM au niveau postdoctoral concerne les prédicteurs de réussite, les moyens de les mesurer et de les pondérer, et le degré auquel de nouveaux instruments (tels que l'examen clinique national et les mini entretiens multiples) accroissent la prévisibilité de la réussite. Des recherches plus poussées à l'appui d'une

approche fondée sur les faits devraient mener au réexamen d'un bon nombre des techniques actuelles – ou, à tout le moins, au réexamen de la pondération des facteurs. De plus, il s'imposera de dresser le bilan de nos connaissances actuelles et de prendre conscience du peu de fiabilité des entrevues non structurées et des recommandations personnelles.

Il faudrait par ailleurs se pencher sur le taux d'échec à l'examen de certification et sur les moyens de le réduire. Il n'y a pas de meilleure preuve de l'existence d'un problème que dans le cas où un système, ayant investi considérablement dans ses candidats, les voit lui faire faux bond à l'étape finale en nombres beaucoup plus élevés que prévu. Le rapport sur les questions d'actualité relatives aux DIM (*Current Issues*) résume le phénomène :

[traduction]

Le taux de réussite global à l'examen de certification du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) des DIM inscrits à des programmes de résidence est considérablement plus bas que celui des diplômés canadiens en médecine (DCM), et ce taux a décliné avec le temps. En 2007, le taux global de réussite des diplômés des facultés canadiennes à l'examen du CMFC était de 90,4 %, alors que celui des DIM était de 66,0 %. En 2008, on relevait un taux de passage de 74 % chez les DIM issus d'une résidence. En 2009, ce taux était de 64 %, et, en 2010, il ne se chiffrait plus qu'à 51 %. On dégage un schéma analogue chez les DIM issus d'une voie d'accès à la pratique (autre que la résidence), mais avec un taux d'échec beaucoup plus élevé. Notons que les échecs marquent en parts égales les volets oral et écrit de l'examen.

...

Les examens du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ont abouti chez les DIM et les DCM à des taux de réussite dont l'écart est moins frappant, mais la différence est toujours là. De 2005 à 2009, pour les candidats dont c'était la première tentative, le taux de réussite aux examens des spécialités primaires des diplômés de facultés canadiennes était de 95 %, et celui des DIM de 76 %; aux examens de surspécialités, ces taux étaient de 96 % et de 75 %, respectivement.

Nous recommandons que l'on considère comme prioritaire l'appui à la recherche sur les prédicteurs de réussite et sur les moyens d'améliorer les résultats à l'examen de certification en tirant parti de l'expérience acquise en Ontario.

## APPRENTISSAGE ET COLLABORATION

Nous pouvons témoigner de l'engagement ferme et impressionnant qui est la règle dans les facultés de médecine vis-à-vis de la recherche, de l'apprentissage et des améliorations à apporter au processus. Soulignons entre autres les importants travaux en cours à l'Université McMaster en vue d'élaborer des instruments de mesure plus objectifs et efficaces pour l'entrevue du processus de sélection. Concernant la sélection

des DIM et leur taux de réussite, nous avons largement puisé aux précieuses bibliographies et analyses documentaires de deux chercheurs des universités McMaster et Toronto, respectivement.

Soulignons en particulier les efforts des directeurs de programmes de médecine familiale pour essayer de comprendre et d'améliorer le processus de sélection grâce auquel on pourvoit plus de 40 % des postes réservés aux DIM. Il n'a pas été facile d'établir un processus conjoint pour les premiers stades (filtrage, examen de dossier et entrevue). Les directeurs disent se préoccuper de l'efficacité de leurs méthodes et sont à la recherche de moyens de l'accroître. Nous sommes d'avis que le secteur de la médecine familiale se prête idéalement à l'identification, à l'essai et à l'évaluation d'approches novatrices, telles que l'intégration des mini entrevues multiples, dans un programme à fort volume de candidats.

Le processus de sélection des DIM devrait être considéré comme une période d'apprentissage continu et de collaboration. Heureusement, il existe déjà de nombreux forums en ce sens. Le Council of Faculties of Medicine offre aux doyens du postdoctoral une tribune pour le débat et l'établissement de politiques de haut niveau. Chaque directeur de programmes est adjoint d'un comité qui l'aide à définir et à gérer le processus de sélection et à discuter des problèmes afférents.

À notre avis, il faudrait faire davantage pour renforcer la valeur de l'apprentissage continu et de la mise en commun des expériences. Sauf dans le domaine de la médecine familiale, les occasions qu'ont les directeurs de se réunir se limitent généralement aux assemblées annuelles, où les enjeux liés aux DIM ne sont qu'un sujet parmi d'autres. On aurait intérêt à convoquer un plus grand nombre d'assemblées structurées pour discuter du processus de sélection des DIM. Nous insistons sur la possibilité de découvrir et d'expérimenter de nouvelles approches pouvant être adoptées par tous les programmes sans empiéter sur leurs fonctions respectives en matière de décision.

## DONNÉES STATISTIQUES

Au cours de l'Examen DIM, nous avons grandement apprécié les statistiques tenues par des organismes clés, tels que le Service canadien de jumelage des résidents, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger, l'Ontario Physicians Human Resources Data Centre, l'Association des facultés de médecine du Canada (CAPER) et les bases de données sur les DIM. Mais nous avons d'autre part déploré l'absence des ventilations qui auraient permis de dresser un tableau plus complet des tendances concernant les DIM. Nous avons bon espoir que la base de données sur les DIM instituée sur la prescription du Groupe de travail canadien en 2004 pourra, avec le temps, accomplir davantage en ce sens.

Il y a lieu de féliciter le CaRMS, qui a prévu la distinction entre les candidats CEE et les DIM/DHCEU (même si, à cause de données limitées, le nombre des CEE est sans doute un peu plus élevé que ne l'indiquent les chiffres du CaRMS). Nous engageons le CaRMS à poursuivre l'amélioration de sa capacité de suivi des CEE et invitons les autres

organismes sources de données à suivre son exemple. En l'absence de distinction entre les deux groupes, il est difficile de se faire une idée juste de la situation des DIM en Ontario.

Les données de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sont très utiles pour préciser le nombre des DIM détenteurs des divers types de certificats et le nombre des certificats octroyés chaque année. Comme nous l'avons déjà dit, la publication d'autres ventilations serait d'une grande aide à cet égard. Par exemple, il serait intéressant de connaître les différentes voies empruntées par les DIM pour l'obtention d'un certificat, restreint ou sans restriction, de même que le nombre des postes de résidence et celui des fellowships cliniques obtenus par les résidents détenteurs de certificats.

## E. CONCLUSION

### UNE VISION AXÉE SUR L'ÉQUITÉ

Notre vision comporte deux volets :

1. Un processus objectif, équitable et transparent pour la sélection des DIM en vue des postes de 1<sup>re</sup> année de résidence
2. Des voies autres pour permettre aux DIM d'expérience d'avoir accès à la pratique lorsque l'exigence d'un programme de résidence intégrale n'est pas justifiée

Conformément à notre mandat, nous avons examiné de plus près le processus de sélection en vue des postes de 1<sup>re</sup> année de résidence. Ce sujet est d'une importance capitale, puisque la résidence est, pour les DIM, la principale voie d'accès à l'exercice en Ontario. Mais il importe aussi d'envisager d'autres parcours. Dans l'idéal, on devrait disposer de programmes d'évaluation et de transition permettant aux médecins d'expérience qui en ont les compétences d'accéder plus rapidement à la pratique en Ontario.

Les deux volets de la vision s'articulent de deux manières importantes. Tout d'abord, si les DIM d'expérience disposent de voies d'accès autres, ils pourraient libérer des postes de résidence à l'avantage de ceux qui en ont réellement besoin. En deuxième lieu, un programme établi pour que les DIM candidats à la résidence puissent démontrer leurs compétences dans un milieu clinique nord-américain pourrait être amplifié, de manière à évaluer l'aptitude à l'obtention d'un permis temporaire ou à un cheminement autre.

Les tableaux suivants donnent un aperçu de notre vision pour l'Ontario en étoffant chacun des deux volets.

TABLEAU 5

Vision : Processus de sélection des DIM candidats à un poste de 1 <sup>re</sup> année de résidence	
<b>Renseignements et documents ainsi que soutiens</b>	<p>Le site Web du CaRMS affiche les critères et le processus de sélection de chaque programme de formation postdoctorale, y compris les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseignements et documents à présenter avec la demande de candidature</li> <li>• Filtre initial utilisé par le programme pour déterminer qui obtient un examen de dossier et une entrevue</li> <li>• Éléments dont le programme tiendra compte lors de l'examen de dossier</li> <li>• Objectif, méthode et compétences – entrevues dans le cadre du programme</li> <li>• Processus et facteurs de classement des candidats interviewés en vue du jumelage informatisé</li> </ul> <p>Des conseils, une orientation et des moyens d'appui sont assurés par le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario et d'autres programmes subventionnés : comment remplir la demande, comment se préparer aux entrevues et aux examens cliniques; connaissance de la langue de spécialité; autres cheminements de carrière.</p>
<b>Examens et démonstration des compétences</b>	<p>Réussir l'examen d'évaluation obligatoire</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Réussir l'examen clinique national obligatoire →</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Présenter une demande au service de jumelage informatisé ←</p> <p style="text-align: right;">Le candidat qui reçoit des notes élevées à l'examen clinique peut se soumettre à une formation et à une évaluation cliniques facultatives, afin de démontrer ses compétences dans un milieu clinique nord-américain.</p> <p>Des renseignements et documents sur l'examen clinique et l'interprétation de ses résultats sont mis à la disposition des professeurs qui participent à la sélection des DIM.</p>
<b>Examen des candidatures</b>	<p>Le programme applique un filtre initial, soit les notes ou percentiles de l'examen clinique national, pour déterminer qui obtient un examen de dossier détaillé et une entrevue.</p> <p>Le programme procède à l'examen structuré du dossier annoté des candidatures qui restent après l'application du filtre initial. Lors de l'examen de dossier, une évaluation issue du programme facultatif de formation et d'évaluation cliniques sert à confirmer l'expérience clinique en milieu nord-américain de ceux qui l'ont suivi.</p> <p>Le programme administre une entrevue structurée aux candidats dont les dossiers annotés demeurent après le premier filtrage (mini entrevues multiples ou l'analogue). Une formation est offerte aux responsables de l'examen de dossier et de l'entrevue.</p>
<b>Classement et jumelage informatisé</b>	<p>Les candidats interviewés classent les programmes. Les responsables de l'examen de dossier et de l'entrevue effectuent conjointement le classement des candidats interviewés, à l'aide de critères et d'un processus prédéfinis. Le personnel du programme procède à une nouvelle vérification pour s'assurer de l'intégrité du processus et de l'admissibilité de tous les candidats, et il veille à ce que les candidats classés soient en nombre suffisant.</p> <p>Le Service canadien de jumelage des résidents procède au jumelage informatisé. Il affiche des statistiques sur les résultats du jumelage aux échelles provinciale et nationale, ainsi que le nombre des candidatures reçues pour chaque poste réservé.</p>
<b>Résidence</b>	<p>À l'étape de la pré-résidence, on offre aux DIM des programmes obligatoires et modulaires, principalement sur place, mais dont certains segments sont en ligne. Les programmes de pré-résidence ne retardent pas le début de la résidence.</p> <p>Le programme de résidence est conçu de façon à répondre aux besoins particuliers en apprentissage des divers DIM. Des coordonnateurs sont en place pendant toute la période de résidence des DIM. Une formation est offerte aux professeurs qui assurent la coordination des DIM et leur supervision. Le programme de résidence aide les DIM à se préparer aux examens nationaux de certification.</p>
<b>Collaboration</b>	<p>Les programmes postdoctoraux des diverses facultés de médecine collaborent dans la mise à l'essai d'approches novatrices en vue d'améliorer la transparence, l'objectivité et l'efficacité des processus de sélection.</p> <p>Le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger collabore avec les facultés de médecine dans la conception de programmes de pré-résidence les plus efficaces possibles et dans l'identification, l'évaluation et la mise en commun des pratiques exemplaires au cours de la résidence.</p>



TABLEAU 6

<b>Vision : Voies autres offertes aux médecins d'expérience</b>	
<b>Évaluation – Aptitude à pratiquer</b>	<p>L'évaluation de l'aptitude à pratiquer devient une voie viable que peuvent emprunter les DIM qui sont des médecins d'expérience pour démontrer leurs compétences sans devoir suivre un programme de résidence complet en Ontario. Tout comme le programme existant, l'achèvement réussi du programme d'évaluation de l'aptitude à pratiquer donne droit à un permis restreint jusqu'à la réussite des examens nationaux de certification.</p> <p>Ce programme d'évaluation de six mois comprend un volet de formation visant à combler les lacunes relevées chez le médecin sur le plan des connaissances, des compétences ou de l'expérience. Si nécessaire, la période d'évaluation peut être prolongée. Des postes sont disponibles dans les spécialités correspondant aux besoins actuels ou futurs de l'Ontario.</p> <p>Les professeurs et directeurs des programmes postdoctoraux connaissent à fond les examens écrits et cliniques de spécialités qui sont administrés par le Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger, de même que les modes d'interprétation des résultats. Sont en place les directives à suivre et le curriculum du programme d'évaluation de l'aptitude à pratiquer. Les superviseurs bénéficient d'une solide formation et des soutiens appropriés.</p> <p>Certaines possibilités d'évaluation de l'aptitude à pratiquer existent à l'extérieur des hôpitaux universitaires, et font l'objet de toute la surveillance et des mesures de précaution nécessaires. Les contrats de service postdoctoral n'empêchent pas les médecins de retourner exercer là où leur évaluation a eu lieu.</p>
<b>Évaluation – Permis temporaire</b>	<p>La Fédération des ordres des médecins du Canada adopte des normes nationales pour l'octroi de permis temporaires aux diplômés internationaux en médecine.</p> <p>L'Ontario a la capacité nécessaire à l'évaluation des DIM d'expérience pour l'octroi de permis temporaires selon les normes nationales. Cette capacité d'évaluation est renforcée par l'évaluation des DIM à d'autres fins.</p>
<b>Processus en accéléré – Résidence</b>	<p>Les DIM qui, selon leur évaluation, sont aptes à une formation avancée se voient affectés à un poste de 1<sup>re</sup> année de résidence pendant la période nécessaire à l'adaptation et à l'orientation, avant de passer à un poste de responsabilité de niveau supérieur. Une politique définie et structurée de formation accélérée est en place et elle est activement appliquée.</p>

## LEADERSHIP : POUR ALLER DE L'AVANT

Les doyens du postdoctoral dans les facultés de médecine de l'Ontario ont vigoureusement appuyé l'Examen DIM. Ils ont joué un rôle important dans sa réalisation et nous ont généreusement donné accès à leurs professeurs et résidents au cours des consultations. Ce leadership continuera d'être important pour inciter les professeurs et d'autres à participer aux discussions sur les meilleurs moyens de concrétiser l'esprit du présent rapport et ses recommandations spécifiques.

De son côté, le gouvernement de l'Ontario, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a fermement appuyé l'équipe de l'Examen DIM. Cette étude a été lancée dans le contexte d'efforts considérables consentis par le gouvernement et les intervenants pour faciliter l'accès à la pratique des médecins formés à l'étranger qui sont qualifiés et compétents. Le leadership du gouvernement sera essentiel pour aller de l'avant, que ce soit pour prendre l'initiative dans certains volets, soit pour fournir des appuis financiers dans d'autres. Le Ministère a doublé le nombre des postes réservés et institué le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario et le Centre d'évaluation des

professionnels de la santé formés à l'étranger (CEPSFE). Le moment est venu pour le Ministère de renforcer ces réalisations.

Nous engageons les facultés et le Ministère à dresser des plans concrets pour faire progresser la mise en œuvre de notre rapport. Cela signifie la préparation de plans individuels définissant leurs rôles respectifs, de même que de plans conjoints exigeant la participation des intervenants. Nous prévoyons que les premiers stades de la mise en œuvre englobent des discussions sur les moyens de mettre en train certaines initiatives clés, notamment les suivantes :

- Rendre l'examen clinique national obligatoire pour tous les DIM qui se portent candidats à un poste de formation postdoctorale en Ontario
- Mettre sur pied un programme permettant aux DIM qui obtiennent des notes élevées de démontrer leurs compétences cliniques
- Éliminer la période de contrôle de l'évaluation
- Élargir l'accès aux postes de formation avancée en résidence
- Une fois les normes nationales en place, renforcer la capacité d'évaluation des candidats à un permis temporaire
- Appuyer les projets de recherche et les projets pilotes visant à promouvoir des processus prometteurs quant à la sélection, à la formation et à l'évaluation des DIM, afin de juger de la valeur des mesures mises en place dans le sillage du présent rapport

Nous invitons les autres organismes intéressés à examiner attentivement notre rapport et à réfléchir aux moyens qu'ils pourraient prendre pour contribuer à réaliser ses objectifs. Au nombre de ces organismes figurent le CEPSFE, le Service canadien de jumelage des résidents, le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

### A. ACCÈS AUX POSTES DE 1<sup>RE</sup> ANNÉE DE RÉSIDENCE

#### FILTRAGE INITIAL

---

1. L'examen clinique national (l'ECOS de la CNE) devrait être obligatoire pour tous les DIM qui sont candidats à un poste de 1<sup>re</sup> année de résidence en Ontario. Les notes et les percentiles de cet examen devraient servir de base au filtrage initial des candidatures présentées par des DIM. Les directeurs de programmes devraient utiliser ce filtre pour déterminer le choix de ceux qui bénéficieront d'un examen de dossier et qui seront invités à passer une entrevue.
2. L'Ontario devrait s'assurer d'une capacité suffisante pour administrer l'examen clinique national aux candidats admissibles. Les DIM en dernière année de faculté devraient être autorisés à passer l'examen sans retarder leur candidature à la résidence.
3. La date d'obtention du diplôme ne devrait pas servir à éliminer de candidats sans d'abord vérifier si ces derniers ne posséderaient pas une expérience clinique pertinente, d'acquisition récente. Les facultés de médecine devraient collaborer avec le CaRMS dans la mise au point d'un filtre informatisé fiable, qui pourrait faciliter le repérage des candidats possédant une expérience clinique à la fois pertinente et récente.
4. Les professeurs qui participent à la sélection au niveau postdoctoral devraient avoir accès à toute l'information et l'orientation nécessaires au sujet de l'examen clinique national et de la façon d'en interpréter les résultats.

#### EXAMEN DE DOSSIER ET ENTREVUE

---

5. À l'exemple de ce qui se fait actuellement dans de nombreux programmes, les responsables de l'examen de dossier et de l'entrevue devraient adopter une approche structurée, comportant des fiches d'évaluation standardisées et un système de points. On devrait avoir soin de ne pas comptabiliser en double une expérience nord-américaine lors de l'attribution de points aux titres de l'expérience proprement dite et des recommandations relatives à cette expérience. Les programmes devraient énoncer clairement les objectifs respectifs de l'examen de dossier et de l'entrevue, et prendre des mesures pour veiller à ce que l'information contenue dans le dossier ne fasse pas dévier l'attention des responsables lors de l'évaluation du rendement à l'entrevue.
6. Une formation devrait être dispensée aux professeurs et aux résidents sur le déroulement objectif et équitable de l'examen et de l'entrevue, ainsi que sur les moyens de relever le défi unique que présente l'évaluation d'un groupe de candidats aux antécédents de plus en plus diversifiés.

7. Les programmes devraient explorer des façons de collaborer aux divers segments du processus de sélection et à la mise en commun des pratiques exemplaires.
8. Le processus conjoint de sélection en médecine familiale devrait recevoir les moyens de mettre à l'essai des innovations, telles que l'utilisation des mini entrevues multiples dans les disciplines à fort volume, et de lancer une recherche analytique à plus long terme sur la validité des critères et des instruments servant à évaluer les candidats à la résidence.
9. Tous les programmes devraient envisager l'adoption de la technique des mini entrevues multiples ou d'autres approches dont la recherche a démontré qu'elles sont plus objectives et plus fiables que l'entrevue traditionnelle.

### **CLASSEMENT**

---

10. Tout en veillant à la confidentialité des décisions relatives au classement, il faudrait prendre des mesures pour rendre ce processus plus transparent. Nous soumettons à l'attention des directeurs de programmes les critères et procédures suivants :
  - Le classement préliminaire devrait être basé sur des pourcentages fixes pour l'examen de dossier et pour l'entrevue.
  - Le programme devrait déterminer à l'avance les critères du mode de classement des candidats obtenant la même note ou pour du placement des candidats plus haut ou plus bas sur la liste.
  - Le programme devrait fixer le maximum d'écart permis pour le placement des candidats plus haut ou plus bas sur la liste (p. ex. 10 %).
  - Le programme devrait fixer les critères à utiliser lors de la décision de ne pas classer un candidat interviewé.
  - Avant la décision relative au classement, les professeurs et les résidents participant à l'examen des dossiers et aux entrevues devraient être consultés sur le mode d'application des facteurs ci-dessus.
  - Les programmes devraient conserver un compte-rendu des décisions prises sur le classement afin de pouvoir les réviser plus tard.

### **DÉMONSTRATION DES COMPÉTENCES CLINIQUES**

---

11. Le gouvernement de l'Ontario, les facultés de médecine et d'autres devraient étudier la faisabilité d'offrir aux DIM des possibilités de démontrer leurs compétences cliniques dans un milieu canadien. Il pourrait s'agir d'un court stage clinique structuré ou d'un programme plus formel pour l'évaluation des compétences cliniques et l'offre de formules de formation de relais. L'admissibilité serait fonction de notes ou de percentiles élevés à l'examen clinique national.

### **FILIÈRES DE CANDIDATS**

---

12. Nous recommandons de conserver dans un même groupe tous les DIM lors du premier tour du jumelage pour la 1<sup>re</sup> année de résidence plutôt que de créer une

filière distincte pour les CEE ou de placer les CEE dans une filière comprenant les diplômés de facultés de médecine canadiennes ou américaines.

## B. ACCÈS À DES POSTES DE FORMATION AVANCÉE

13. Les facultés de médecine devraient établir une politique provinciale de formation accélérée. La politique devrait être activement appliquée aux DIM placés en 1<sup>re</sup> année de résidence lorsque leur évaluation leur permettrait de passer à un niveau supérieur.
14. Les facultés de médecine, le CEPSFE et d'autres organismes intéressés devraient discuter des mesures pouvant donner accès à des postes de formation et d'évaluation de l'aptitude à pratiquer qui soient réalistes, avec la possibilité d'en prolonger la durée au-delà de six mois si nécessaire.
15. Les discussions ci-dessus devraient comporter une part de réflexion sur les moyens d'utiliser efficacement les disponibilités des hôpitaux communautaires pour y instaurer des postes de formation et d'évaluation de l'aptitude à pratiquer, avec la supervision appropriée.
16. Les discussions ci-dessus devraient aussi envisager les moyens de veiller à ce qu'un plus grand nombre de DIM qualifiés aient accès à une évaluation de l'aptitude à pratiquer ou à l'entrée en 1<sup>re</sup> année avec processus en accéléré. On pourrait ainsi affecter à ces candidats une proportion plus élevée des 200 postes réservés, en augmentant le nombre de ces postes ou en garantissant un financement du Ministère à tout candidat à une formation avancée qui aurait été accepté par un programme de formation postdoctorale sur évaluation du CEPSFE et après entrevue avec les professeurs.
17. Les facultés de médecine et le CEPSFE devraient mener une analyse de l'écart frappant qui existe entre le nombre des candidats évalués comme étant admissibles à un poste de formation avancée et le nombre de ceux qui sont estimés acceptables à l'issue d'entrevues avec des professeurs. Cette analyse devrait éclairer les discussions sur la façon d'affiner l'évaluation et la sélection en vue des postes de formation avancée.

## C. QUESTIONS CONNEXES

### **RÉUSSITE À L'ÉTAPE DE LA RÉSIDENCE ET PAR LA SUITE**

---

18. Les facultés de médecine et les autres intervenants devraient trouver des moyens de répondre au besoin d'un supplément d'apprentissage chez les DIM qui sont acceptés dans un programme de résidence. Ces moyens pourraient comprendre l'intégration d'une approche sur mesure, de type modulaire, des programmes de pré-résidence et de résidence, une plus grande disponibilité des coordonnateurs, une préparation ciblée aux examens nationaux de certification et la formation des professeurs aux modes de sélection, de formation et de supervision à employer auprès de la population fortement diversifiée des DIM.

19. Le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration de l'Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario devraient discuter des moyens d'utiliser en complémentarité le Programme formation relais et le Centre d'accès afin de répondre aux besoins les plus pressants des DIM, y compris celui de la maîtrise de la langue du domaine et de la communication interculturelle.
20. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et les facultés de médecine de la province devraient envisager d'éliminer la période de vérification de l'évaluation (AVP).

### **RÉDUCTION DE LA DEMANDE ET EXPANSION DE LA CAPACITÉ**

---

21. Les programmes postdoctoraux ne devraient accepter de résidents détenteurs de visa que si les circonstances l'exigent, en conformité avec une politique définie. Cette recommandation ne s'applique pas aux associés détenteurs de visa.
22. Les organismes intéressés devraient au plus tôt débattre de la façon dont l'Ontario pourra amplifier sa capacité de mener des évaluations en vue de l'octroi de permis temporaires si les travaux entrepris pour formuler une norme nationale par la Fédération des ordres des médecins du Canada se révèlent fructueux.
23. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait encourager le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario à tenir des discussions avec les organismes pertinents pour explorer les moyens d'aiguiller les DIM vers d'autres carrières pouvant faire valoir leur formation et leurs compétences s'ils n'ont aucune perspective raisonnable de parvenir à la pratique de la médecine.

### **TRANSPARENCE**

---

24. Les programmes de formation postdoctorale de l'Ontario ne devraient épargner aucun effort pour améliorer l'objectivité et la transparence de leurs critères de sélection, sans toutefois être tenus de fournir une rétroaction individuelle aux candidats non retenus.
25. Chaque programme de formation postdoctorale devrait veiller à ce que l'information affichée sur le site Web du CaRMS touchant ses critères et sa prise de décisions en matière de sélection soit aussi exacte et complète que possible.
26. Le CaRMS devrait afficher le nombre de candidatures aux postes réservés aux DIM qui ont été reçues par chaque programme.
27. Le Centre d'accès ProfessionsSantéOntario devrait recevoir le financement nécessaire pour pouvoir collaborer avec d'autres intervenants quant aux moyens de diffuser – à l'avance et en temps utile – une information adéquate auprès des médecins qui envisagent d'immigrer au Canada et auprès des Canadiens qui songent à étudier la médecine à l'étranger.
28. Le gouvernement de l'Ontario devrait revoir l'actuelle obligation de service postdoctoral, énoncer plus clairement la raison d'être de cette politique et étudier

la manière dont la politique et les conditions d'exemption pourraient être restructurées afin de mieux réaliser l'objectif visé.

## **UN MILIEU D'APPRENTISSAGE**

---

29. Les facultés de médecine, avec le soutien du gouvernement de l'Ontario, devraient identifier les priorités de la recherche en vue d'étoffer la base factuelle des décisions et des résultats en matière de sélection, y compris les suivantes :
  - Prédicteurs de réussite à l'étape de la résidence et par la suite, y compris les meilleurs moyens de mesurer et de pondérer ces facteurs
  - Taux de réussite et d'échec à l'examen de certification, et mesures susceptibles d'améliorer les résultats des DIM
  - Impact de la mise en œuvre des recommandations du présent rapport
30. Les facultés de médecine devraient mettre au point une méthode de discussion des moyens d'améliorer le processus de sélection et les programmes de formation en résidence des DIM, que les discussions aient lieu entre les programmes ou entre les facultés de médecine.
31. Les organismes qui possèdent des données statistiques sur les DIM devraient s'efforcer de fournir des ventilations concernant les CEE par opposition aux DIM immigrants, ainsi que sur le degré auquel les DIM optent pour des voies d'accès à la pratique autres que traditionnelles.

## **D. ALLER DE L'AVANT**

32. Les doyens des programmes postdoctoraux et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario devraient prendre l'initiative de discussions internes et à intervenants multiples, ainsi que de plans pour la mise en œuvre des recommandations du présent rapport.
33. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Conseil des universités de l'Ontario devraient publier les deux volumes du présent rapport sur leurs sites Web respectifs et renseigner les organismes et les experts consultés pendant l'Examen DIM sur les moyens d'y avoir accès.

## REMERCIEMENTS

Nos plus vifs remerciements vont à la foule de personnes qui ont pris le temps et la peine de nous parler en toute franchise des questions et problèmes actuels, de nous transmettre de l'information et de nous éclairer sur des solutions possibles. Notre rapport reflète dans une large mesure la teneur des entretiens qui nous ont préparés à sa rédaction. L'analyse et les recommandations sont de nous, mais nous y avons intégré en les adoptant les idées, perspectives et sujets de préoccupation formulés par de nombreux intervenants. Nous exprimons tout spécialement notre appréciation aux nombreux diplômés internationaux en médecine qui nous ont fait part de leurs parcours et de leurs perspectives, ainsi qu'aux membres du personnel enseignant postdoctoral, qui nous ont fait part de leur expérience du processus de sélection. Nous nommons ci-dessous des personnes qui nous ont été d'une aide exceptionnelle par leurs conseils et leur appui tout au long de l'Examen DIM.

## PARRAINAGE

Nos deux commanditaires nous ont fourni des commentaires et du soutien, tout en respectant la nature indépendante de l'Examen DIM. Au Conseil des universités de l'Ontario, nous savons gré à Michelle Cyr, Celia Hammond et Frances Lamb, qui nous ont permis de respecter l'ambitieux calendrier des séances de consultation. Au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Lee Tregwin, secondé par Samia Shaheen, a facilité la transmission des renseignements et commentaires ministériels. Nous exprimons aussi notre gratitude à Karin Eisen et à Leah Nord pour leur aide dans les débuts, lors de la définition de nos paramètres, de même qu'à Gilles Huot et à Jeff Goodyear, pour leur soutien constant.

## FACULTÉS DE MÉDECINE

Les gestionnaires des programmes de formation médicale postdoctorale et leur personnel ont impeccablement organisé notre tournée des facultés de médecine de l'Ontario et nous ont dispensé information et appui à divers stades du processus. Nous sommes redevables de leur contribution à Francine Brisebois, Sharon Cameron, Loreta Muharuma, Maureen Morris, Nicholas Snider et Tina Vrbanac.

D<sup>r</sup> Alan Monavari, D<sup>re</sup> Inge Schabort et D<sup>re</sup> Allyn Walsh nous ont donné accès à leur considérable répertoire d'analyses documentaires et de conclusions sur des sujets pertinents pour notre étude. D<sup>r</sup> Marcus Law nous a facilité la compréhension du modèle de sélection conjoint en médecine familiale et de son mode de fonctionnement en 2011. Les directeurs de programmes de deux spécialités nous ont aussi longuement entretenus du processus de sélection suivi en 2011. En médecine interne, nous avons consulté D<sup>re</sup> Catherine Code, D<sup>r</sup> Claude Kortas, D<sup>re</sup> Heather McDonald-Blumer, D<sup>r</sup> Christopher Smith, D<sup>r</sup> Kim Tilbe et D<sup>re</sup> Parveen Wasi. En pédiatrie, nous avons



rencontré D<sup>re</sup> Adelle Atkinson, D<sup>re</sup> Tara Baron, D<sup>r</sup> Moyez Ladhani, D<sup>re</sup> Sarah Lawrence, D<sup>r</sup> Gregory Stidham et D<sup>re</sup> Doris Yuen.

Les doyens du postdoctoral ont joué un rôle crucial à des stades clés de notre démarche et nous ont généreusement donné accès aux programmes de plusieurs facultés de l'Ontario : D<sup>r</sup> Paul Bragg, D<sup>r</sup> Salvatore M. Spadafora, D<sup>re</sup> Maureen Topps, D<sup>r</sup> Christopher J. Watling, D<sup>r</sup> Ross Walker et D<sup>r</sup> Mark Walton. Nous remercions chaleureusement D<sup>r</sup> Walton du soutien qu'il nous a apporté dans son rôle de président du Postgraduate Management Committee au Council of Ontario Faculties of Medicine. Nos remerciements s'adressent également au doyen associé, D<sup>r</sup> Glen Bandiera.

## DIPLÔMÉS INTERNATIONAUX EN MÉDECINE ET ORGANISMES DE SOUTIEN

D<sup>re</sup> Mitra Arjang nous a aidés à convoquer une assemblée de l'Association of International Physicians and Surgeons of Ontario, où elle a, au nom de l'Association, présenté un mémoire de fond. En plus d'avoir bien voulu nous rencontrer, le personnel du programme relais pour l'obtention du permis d'exercer du Centre catholique pour immigrants a obtenu d'un bon nombre de ses clients qu'ils nous fassent parvenir leurs commentaires et perspectives. Nous sommes grandement obligés de leur concours à Stuart McAslan, Wayne Oake, Bradley Sinclair et Jasmine Singh, du Centre d'accès ProfessionsSantéOntario. Ces personnes ont convoqué un groupe de réflexion formé de clients DIM, nous ont invités à assister à une session d'orientation à l'intention des DIM et nous ont aidés à reconstituer l'historique et l'évolution des programmes destinés aux DIM en Ontario.

## ORGANISMES PROVINCIAUX

La Professional Association of Interns and Residents of Ontario a consulté ses membres et nous a rencontrés en nous remettant un mémoire officiel. À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, nous avons bénéficié de renseignements et de commentaires éclairés de la part de D<sup>r</sup> Rocco Gerace, Dan Faulkner, Rajni Sandhu, James Stratford et des membres du comité d'inscription. Anne Marie Crescenzi et D<sup>r</sup> Murray Urowitz, du Centre d'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger, nous ont aidés à en comprendre le processus d'évaluation et les programmes de pré-résidence. Nous avons reçu une aide des plus utiles de Neil Johnston et de Lyn Chrysler, du Centre de données sur les médecins de l'Ontario. Un merci tout spécial va au personnel de la Commission ontarienne des droits de la personne, qui nous a guidés dans le repérage de causes pertinentes tranchées par les cours et tribunaux en vertu de la *Loi sur les droits de la personne* et de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

## ORGANISMES NATIONAUX

Plusieurs personnes nous ont renseignés sur les questions d'actualité à l'échelle nationale : D<sup>r</sup> Ian Bowmer, Conseil médical du Canada; D<sup>r</sup> Kenneth A. Harris et Emily Stephenson, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; Paul Rainsberry, Collège des médecins de famille du Canada, et Fleur-Ange Lefebvre,

Fédération des ordres des médecins du Canada. Nous remercions également D<sup>r</sup> Nick Busing, de l'Association des facultés de médecine du Canada, et avons apprécié les données fournies par Leslie Forward (Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique) et par Paromita Deb-Rinker (base de données sur les DIM). Nous sommes particulièrement reconnaissants à Sandra Banner, à Sara Rattanasithy et à toute l'équipe du Service canadien de jumelage des résidents, pour un traitement de données particulier, qui nous a facilité l'interprétation des résultats de sélection des DIM de 2011 en Ontario.

## AUTRES PROVINCES

Des représentants d'autres provinces nous ont aidés à comprendre différents modèles de programmes conçus à l'intention des DIM. En **Colombie-Britannique** : D<sup>r</sup> Rodney Andrew, IMG-BC. En **Alberta** : Jaffar Malik et Shelley Currie, Alberta International Medical Graduate Program; David Kay, Alberta Rural Physician Action Plan; D<sup>r</sup> Ken Gardener, College of Physicians and Surgeons of Alberta. Au **Manitoba** : D<sup>r</sup> Xin-Min Li, International Medical Graduate Program. Au **Québec** : D<sup>re</sup> Anne-Marie MacLellan, Collège des médecins de Québec; Béatrice Vizkelety, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

## AUTRES EXPERTS

Arthur Sweetman, Ontario Research Chair in Health Human Resources, Department of Economics de l'Université McMaster, a aimablement fourni une mise en contexte de certains enjeux d'ordre général. D<sup>r</sup> Peter Walker, nous a transmis, au nom de l'Université York, un mémoire sur les occasions structurées de formation et d'évaluation. Des remerciements tout particuliers vont à Colette Peters, qui nous a pilotés dans un vaste corpus d'écrits, nous a remis un mémoire et nous a aidés à choisir nos références et à en dresser la liste. Enfin, nous devons un gros merci à Naomi Alboim, Dahlia Klinger et Agnes Vanya, qui ont revu et commenté l'ébauche du rapport sous l'angle de la lisibilité des notions complexes et de la validité stratégique de nos propos.

## NOTES DE FIN DE DOCUMENT

---

<sup>1</sup> Voir, par exemple, H. M. Part et R. J. Markert, « Predicting the first-year performance of international medical graduates in an internal medicine residency », *Academic Medicine*, vol. 68, n° 11 (1993), p. 856-858.

<sup>2</sup> Voir, par exemple, E. Siu et H. I. Reiter, « Overview: What's worked and what hasn't as a guide towards predictive admissions tools development », *Advances in Health Sciences Education*, vol. 14, n° 5 (2009), p. 759-775.

<sup>3</sup> Voir, par exemple, J. Illing, M. Campbell, C. Kergon, N. Thompson, B. Burford, G. Morrow et J. Spencer, *Selection methods for foundation programme: A literature review*, 2009. Consulté à <http://www.isfp.org.uk/Documents/Appendix%20K%20Newcastle%20Literature%20Review.pdf>. Ou encore, A. Poole, A., Catano, V. M. et D. P. Cunningham, « Predicting performance in Canadian dental schools: The new CDA structured interview, a new personality assessment, and the DAT », *Journal of Dental Education*, vol. 71, n° 5 (2007), p. 664-676.

<sup>4</sup> C. Peters, *The bridging education and licensure of international medical doctors in Ontario: A call for commitment, consistency, and transparency* (thèse de doctorat non publiée), Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada, 2011, p. 52.

<sup>5</sup> Voir, par exemple, Y. Steinert, *Tirer parti de la diversité : Programme de formation professorale destiné à ceux qui enseignent aux diplômés hors Canada et États-Unis*, Ottawa (Ontario), Canada, Association des facultés de médecine du Canada, 2006. Consulté à [http://www.afmc.ca/DHCEU/pdf/Intro\\_AppA\\_fr.pdf](http://www.afmc.ca/DHCEU/pdf/Intro_AppA_fr.pdf).

<sup>6</sup> Pour des recherches sur l'effet de halo, voir, par exemple, S. Smilen, E. Funai et A. Bianco, « Residency Selection: Should interviewers be given applicants' board scores? », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 184, n° 3 (2001), p. 508-513.

<sup>7</sup> Voir, par exemple, M. Hofmeister, J. Lockyer et R. Crutcher, « The multiple mini-interview for selection of international medical graduates into family medicine residency education », *Medical Education*, vol. 43, n° 6 (2009), p. 573-579. Voir également K. L. Dore, S. Krueger, M. Ladhani, D. Rolfson, D. Kurtz, K. Kulasegaram et H. I. Reiter, « The reliability and acceptability of the multiple mini-interview as a selection instrument for postgraduate admissions », *Academic Medicine*, vol. 85, n° 10 (suppl.) (2010), p. S60-S63.

<sup>8</sup> K. L. Dore, H. I. Reiter, K. W. Eva, S. Krueger, E. Scriven, E. Siu et G. R. Norman, « Extending the interview to all medical school candidates—Computer-based multiple sample evaluation of noncognitive skills (CMSSENS) », *Academic Medicine*, vol. 84, n° 10 (suppl.) (2009), p. S9-S12.

<sup>9</sup> Communication personnelle de D<sup>r</sup> Rodney Andrew, directeur de programmes, IMG-BC, 26 juillet 2011.

<sup>10</sup> Communication personnelle de D<sup>re</sup> Anne-Marie MacLellan, directrice des Études médicales, Collège des médecins du Québec, 27 juillet 2011, avec renvoi à une étude non encore publiée.

<sup>11</sup> A. Walsh, S. Banner, I. Schabert, H. Armson, I. Bowmer et B. Granata, *International medical graduates – Current Issues*, Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), 2011 [à paraître].

<sup>12</sup> Walsh et coll., 2011.

<sup>13</sup> Walsh et coll., 2011.

<sup>14</sup> Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, rapport du Groupe de travail canadien sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine, Ottawa (Ontario), Canada, Santé Canada, 2004.

<sup>15</sup> Walsh et coll., 2011.

<sup>16</sup> Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, 2004.

<sup>17</sup> Service canadien de jumelage des résidents, *Canadian students studying medicine abroad*, 2010. Consulté à [http://www.carms.ca/pdfs/2010\\_CSA\\_Report/CaRMS\\_2010\\_CSA\\_Report.pdf](http://www.carms.ca/pdfs/2010_CSA_Report/CaRMS_2010_CSA_Report.pdf).

---

<sup>18</sup> Walsh et coll., 2011.