**LES SEPT DEMANDES DE SOCASMA**

**Society of Canadians Studying Medicine Abroad**

**(Société pour les Canadiens qui étudient la médecine à l’étranger)**

**7 DEMANDES POUR CONSIDÉRATION PAR LES MINISTÈRES**

**DE LA SANTÉ EN 2019**

**1) Égal accès aux postes en résidence à partir de l’an 2020, permettant à tous les candidats de compétitionner pour les mêmes postes, selon les mêmes conditions et ce, pour tous les étudiants en médecine qualifiés,** qu’ils soient des citoyens canadiens ou des résidents permanents, y compris les diplômés canadiens en médecine (DCM), les diplômés internationaux en médecine (DIM) et les diplômés des États-Unis en médecine (DEUM). Les ministères de la Santé peuvent demander au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) que les provinces cessent de soumettre les candidats à des conditions différentes selon l’endroit où ils ont reçu leur diplôme et ce, également pour tous les postes qui sont ajoutés par les ministères de la Santé, de la Défense nationale et autres sources de financement (pages 2 et 3).

**2) D’ici l’an 2021, des examens uniformes et un horaire d’examens commun** à tous les candidats qualifiés, y compris les DCM, les DIM et les DEUM, de même que les détenteurs de visas qui poursuivent une formation en médecine. Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions aux écoles de médecine et à CaRMS d’appliquer cette même norme à partir de l’automne 2021. Ils peuvent demander que les préparatifs en ce sens débutent maintenant (page 5).

**3)** **Des contrats de retour de service consistants et justes pour tous les candidats.** La non-discrimination entre les candidats DCM, DIM et DEUM est de rigueur pour l’application juste et équitable de contrats. Nous préconisons l’option de cesser les contrats de retour de services pour tous les groupes. Une alternative serait d’offrir des contrats de retour de services identiques pour tous les candidats. Enfin, une troisième alternative serait d’offrir à tous les candidats l’option de conclure des contrats de retour de services selon les priorités établies pour l’admission à certains programmes. (page 5)

**4) Accès égal aux stages d’externat en médecine** pour tous les citoyens canadiens et les résidents permanents, indépendamment du lieu des études en médecine du candidat. Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions aux écoles de médecine qu’elles établissent un système de loterie pour assigner des stages d’externat cautionnés par les universités, ou dans le cadre d’ententes conclues avec le secteur privé. Les écoles de médecine pourraient organiser dans leur milieu des stages d’externat pour leurs étudiants qui ne réussissent pas à obtenir un placement.

**5)**  **Augmenter le nombre de postes en résidence** pour les citoyens canadiens et les résidents permanents

1. selon le financement accordé par les ministères de la Santé pour les spécialités en médecine, pour répondre aux besoins actuels et futurs;

 b) selon le financement par le ministère de la Défense nationale;

 c) selon le financement par les municipalités, les corporations et les groupes communautaires ayant des besoins particuliers.

C’est une fausse économie que de tenter de réduire les coûts en nivelant vers le bas le nombre de médecins et en limitant l’accès des patients aux soins de santé.

**6)** **Prioriser les ressources en formation pour les citoyens canadiens et pour les résidents permanents.**

Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions aux universités qu’elles **cessent d’offrir des places de formation aux détenteurs de visas qui occupent des postes en résidence.**

**7)** **Établir un rôle officiellement reconnu et désigné à titre de « médecin d’appui »** dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires pour les candidats qualifiés selon CaRMS qui n’ont pas obtenu un poste en résidence.

**LES SEPT DEMANDES DE SOCASMA**

**Information supplémentaire, justification et références**

**SOCASMA suggère fortement que les provinces adoptent**

**un processus de sélection en résidence juste et transparent, basé sur le MÉRITE**

 **(items 1-4)**

**1)Égal accès aux postes en résidence à partir de l’an 2020, permettant à tous les candidats de compétitionner pour les mêmes postes, selon les mêmes conditions et ce, pour tous les étudiants en médecine qualifiés (DCM, DIM et DEUM).**

Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions à CaRMs pour que les provinces cessent le traitement inéquitable des candidats selon l’endroit où ils ont reçu leur diplôme et pour tous les postes qui sont ajoutés par les ministères de la Santé, le ministère de la Défense nationale et les autres sources de financement.

**Il faut adopter un système de mérite qui permette de sélectionner les meilleurs candidats afin d’outiller les programmes de résidence dans la formation des médecins qui seront des leaders hautement compétents, progressifs, résilients et prêts pour l’avenir.**

**Le statut quo est injuste** et il doit changer. Depuis plusieurs années, un nombre grandissant de postes en résidence sont réservés aux DCM au détriment des DIM dans le cadre du premier tour de de jumelage de CaRMS. (N.B. Exception : contrairement aux autres provinces, le Québec ne fait pas de ségrégation entre les candidats DCM et DIM une fois qu’ils sont déclarés admissibles.)

À titre d’exemple, en 2018, le Conseil ontarien des facultés de médecine et le ministère de la Santé de l’Ontario ont modifié l’algorithme du deuxième tour de jumelage CaRMS en 2019 pour que ce dernier assigne les postes restants selon deux catégories, soit une première catégorie de postes (très nombreux) réservés aux DCM et une deuxième catégorie de postes réservés aux DIM (ces postes étant beaucoup moins nombreux). D’autres provinces comme le Manitoba ont effectué le même changement.

En 2018, les ministère de la Santé et de la Défense nationale ont créé de nouveaux postes de résidence. Ces postes étaient réservés uniquement aux DCM.

**La priorisation des postes pour les DCM** est en fait une tradition de longue date du système canadien d’éducation des diplômés en médecine. Il y a une aversion à la perte de candidats DCM. C’est pourquoi on les dilue dans un groupe plus large, inclusif des DIM, dans le processus de recrutement en résidence. On justifie cette façon de faire en faisant valoir l’investissement des gouvernements et des contribuables dans la formation des DCM. La pensée commune veut que les gouvernements, comme investisseurs, ne capitalisent sur leur investissement initial que si le nombre maximal du groupe financé devient des médecins pratiquants.

Or dans les domaines de l’économie et de la psychologie, cette façon des penser est connue comme étant irrationnelle: l’investissement initial se mérite le nom de “coût irrécupérable“ (principe du *sunken cost fallacy* en anglais). La prise de décisions futures sur la base du montant versé à l’investissement initial ou préalable (coût irrécupérable) est un réflexe humain primordial, mais faux. Il est impossible de maximiser des retours lorsque l’investissement préalable n’est tout simplement pas profitable. Il est plus rentable d’évaluer objectivement toutes les options disponibles en matière d’investissements et de rediriger les ressources financières vers l’investissement qui est le mieux placé pour garantir un profit ou du succès.

Depuis leur entrée à l’école de médecine, certains étudiants auront bien réussi. Ils auront prouvé leur capacité à subvenir aux exigences de la médecine et qu’ils possèdent toutes les connaissances nécessaires, tandis que d’autres auront échoué à la tâche. **L’entrée en résidence est une étape propice pour la réévaluation objective de tous les candidats éligibles, à savoir s’il est approprié de continuer d’investir dans leur avenir en médecine *selon leur mérite* - et non sur la base de l’investissement préalable dans leur formation .**

Il faut aussi considérer toutes les questions d’inéquité, de droits humains, de Charte, ainsi que les implications au niveau du droit administratif voulant que l’on traite un groupe de citoyens canadiens et de résidents permanents plus favorablement qu’un autre groupe de citoyens canadiens et de résidents permanents. Le traitement favorable est actuellement basé sur l’endroit où le candidat a été formé, et non selon une évaluation objective de ses compétences. Cette pratique n’adhère ni aux principes de droit administratif, ni aux politiques du Bureau du commissaire à l’équité, qui énonce que les décisions reliées à l’admission en pratique soient *impartiaux, transparents, objectifs et justes*. La pratique actuelle établit un prérequis pour une expérience de formation canadienne, ce qui est contraire à la *politique nationale d’inclusion* telle que prescrit par la *Politique ontarienne en matière de droits de la personne*.

**Le processus actuel se déroule comme suit:**

1. Les doyens de chaque école de médecine forment, ensemble, le Conseil provincial des facultés de médecine.
2. Les Conseils provinciaux de facultés de médecine **et les ministres de la Santé des provinces énoncent ensemble, à chaque année, la politique sur laquelle ils se sont entendus pour le jumelage CaRMS de l’année suivante pour les postes en résidence des provinces.**

**Voir, par exemple, les critères d’admissibilité pour l’Ontario :**

 <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/criteres-dadmissibilite/ontario/>

**Ce processus présente des problèmes à plusieurs niveaux.**

**Premièrement, les doyens et les Conseils provinciaux des facultés de médecine sont effectivement en *conflit d’intérêt* lorsqu’ils élaborent pour les DCM des recommandations qui sont distinctes de celles des autres groupes.** Année après année, les doyens continuent d’établir une politique qui protège et qui accorde une priorité à leurs propres DCM, au détriment des DIM.

Cette pratique est problématique au point de vue des **droits de la personnes et de la perspective d’équité,** puisqu’elle engendre un traitement *différent et sans fondement objectif* de deux groupes de citoyens canadiens et de résidents permanents. Ceci est aussi contraire à l’*objectif d’inclusion* de la législation concernant l’admission à la profession médicale. C’est également contraire à la législation spécifique à l’équité dans plusieurs provinces. Par exemple, en Ontario, le Bureau du Commissaire à l’équité a conféré à tous les collèges de médecine et de santé, qui sont réglementés en Ontario, la responsabilité de s’assurer que les tiers partis à qui fût déléguée la responsabilité d’évaluation de l’admission en pratique, fonctionnent de façon *juste, transparente, objective et impartiale*. Or les Conseils provinciaux des facultés de médecine, à qui le Conseil des médecins et chirurgiens du Canada a délégué les décisions portant sur l’admission en résidence, ne fonctionnent pas selon ces mêmes principes.

Pour assurer l’adhérence aux principes de *justesse, transparence, objectivité, et impartialité*, il serait impératif de stipuler que les comités de sélection dans toutes les facultés de médecine *adoptent et respectent* les recommandations contenues dans les pages 9 à 12 du rapport sur l’éducation des diplômés en médecine, réalisé par l’Université de Toronto, intitulé: “Best Practices for Applications and Selection”. <https://pg.postmd.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/BPASDraftFinalReportPGMEACMay2013-1.pdf>

**Les ministères de la Santé servent de représentants objectifs à TOUS les citoyens de leur province,** qui comprennent à la fois les patients et tous les étudiants en médecine qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents et qui cherchent à travailler dans leur province. Ils se doivent de démontrer leur adhérence à des pratiques justes et équitables en réclamant, d’ici 2020, de mettre fin au processus de sélection discriminatoire pour le jumelage CaRMS.

**Des conditions d’accès inégales qui sont uniques à certaines provinces**

Les DIM qui postulent pour des postes en résidence au **Québec** doivent prouver qu’ils sont des résidents du Québec. La discrimination contre les Canadiens DIM des autres provinces est une pratique douteuse, surtout qu’on retrouve des candidats francophones - un prérequis de base au Québec - partout dans le pays. Étant donné le grand nombre de postes en résidence non-comblés au Québec à la fin de chaque tour de CaRMS, il serait de mise d’ouvrir les postes au Québec au reste des Canadiens qui parlent français, y compris les francophones hors Québec et les Canadiens ayant appris le français par leurs propres moyens.

**L’Alberta** impose aussi des prérequis particuliers aux DIM, alors que les DCM n’ont pas à remplir ces exigences. Un traitement juste préconiserait des conditions identiques pour tous les candidats postulant pour un même poste, qu’ils soient DIM ou DCM.

**2) D’ici l’an 2021, des examens uniformes et un horaire d’examens commun** à tous les candidats qualifiés, y compris les DCM, les DIM et les DEUM, de même que les détenteurs de visas qui suivent un entraînement en médecine. Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions aux écoles de médecine et à CaRMS d’appliquer cette même norme à partir de l’automne 2021. Ils peuvent demander que les préparatifs en ce sens débutent maintenant (page 5).

C’est le modèle qui a été adopté aux États-Unis, qui assujettit à la même série et aux mêmes horaires d’examens tous les candidats, peu importe le lieu de leur formation. Ces examens portent le nom de United States Medical Licensing Examinations (USMLE).

**Les exigences actuelles au Canada manquent de cohérence entre les différents groupes.**

**Les DIM** qui désirent participer au jumelage CaRMs doivent réussir un examen de connaissances qui s’intitule l’Examen d’évaluation du Conseil médical du Canada, partie 1 (EECMC1) ainsi qu’une évaluation clinique intitulée la Collaboration nationale en matière d’évaluation (CNE).

D’une part, les DIM doivent **écrire le EECMC1 un an avant les DCM,** soit à la fin de leur avant-dernière année d’études (juillet) ou au début de leur dernière année de d’études (septembre), parce que leurs **scores doivent être sortis pour considération avant le jumelage CaRMS.**

**De leur côté, les DCM** peuvent écrire **le EECMC1 un an plus tard, soit à la fin de leur dernière année d’études. Ils bénéficient donc non seulement d’une année additionnelle d’éducation, mais en écrivant l’examen après le jumelage CaRMS, leur score n’a pas d’impact sur leur admission en résidence. Une latitude est également accordée à ceux qui échouent l’examen et qui ne réussissent pas à le réécrire avant le début de l'entraînement en résidence. De plus, les DCM ne sont pas obligés de prendre le CNE.**

Par conséquent, aucun résultat d’examen n’est disponible pour évaluation avant le jumelage CaRMS des DCM. Ceci empêche une comparaison objective des applicants, ce qui est une lacune évidente pour les directeurs de programmes, qui doivent sélectionner des candidats sans mesure objective de comparaison.

**Les stagiaires détenteurs de visas, pour leur part, ne sont pas obligés de compléter l’examen CNE**. Ils achètent des postes en résidence à part du processus de jumelage CaRMS.

**Conditions d’examens additionnels qui sont uniques à certaines provinces**

Le **Programme d’évaluation clinique de la Colombie-Britannique (BC Clinical Assessment Program, CAP)** crée un autre niveau de discrimination contre les DIM. Le CAP est obligatoire pour les DIM. Il n’est pas requis pour les DCM. La raison d’être du CAP n’est pas à des fins d’éliminer les candidats qui ne sont pas qualifiés de postuler pour la résidence, mais plutôt pour *limiter le nombre de DIM qui peuvent appliquer*. Seulement 300 évaluations CAP sont disponibles pour plus de 1000 DIM qui appliquent habituellement en Colombie-Britannique, ce qui a pour résultat d’empêcher plus de 700 DIM possédant les qualifications nécessaires de compétitionner pour les postes en résidence. Par contre, la Colombie Britannique ne bloque aucun des quelques 2000 DCM qui appliquent habituellement à la province, indépendamment de leur réussite aux études de médecine.

Pour appliquer en résidence, **le Collège des médecins du Québec** exige présentement que les candidats aient complété leurs études en médecine, qu’ils aient reçu leur diplôme et qu’ils aient réussi tous les examens nécessaires. Toute la documentation doit être acheminée au Collège des médecins du Québec, qui détermine l’équivalence du diplôme de médecine. Ce processus a pour résultat de retarder le processus d’application, puisque les Canadiens qui étudient la médecine à l’étranger ne peuvent appliquer durant leur quatrième année d’études médicales, comme c’est le cas pour les programmes dans les autres provinces. De plus, le processus tend à décourager les candidats d’appliquer au Québec en raison de son déroulement long et compliqué.

**3)****Des contrats de retour de service consistants et justes pour tous les candidats.** La non-discrimination entre les candidats DCM, DIM et DEUM est de rigueur pour l’application juste et équitable de contrats. Nous préconisons de cesser les contrats de retour de services pour tous les groupes. Une alternative serait d’offrir des contrats de retour de services identiques pour tous les candidats. Enfin, une troisième alternative serait d’offrir à tous les candidats l’option de conclure des contrats de retour de services selon les priorités établies pour l’admission à certains programmes. (page 5)

L’imposition de contrats de retour de service aux DIM canadiens par le gouvernement est une pratique injuste qui victimise ce groupe de médecins canadiens acharnés qui ont subventionné leurs études eux-mêmes et dont le souhait est de pratiquer dans ce pays. Or c’est une condition que bien des candidats relèvent pour simplement avoir accès à la profession médicale. Le retour de service n’existe point pour les DCM, dont l’éducation a été subventionnée par les gouvernements-mêmes et donc les citoyens Canadiens.

**4)Accès égal aux stages d’externat (stages électifs) en médecine** pour tous les citoyens canadiens et les résidents permanents, indépendamment du lieu des études en médecine du candidat. Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions aux écoles de médecine qu’elles établissent un système de loterie pour assigner des stages d’externat cautionnés par les universités, ou dans le cadre d’ententes conclues avec le secteur privé. Les écoles de médecine pourraient organiser dans leur milieu des stages d’externat pour leurs étudiants qui ne réussissent pas à obtenir un placement.

Les stages d’externat permettent aux directeurs de programmes de déterminer si un étudiant possède des capacités qui ne sont pas nécessairement reflétées dans le cadre des examens, mais qui sont nécessaires pour déterminer s’il a une place au sein de leur programme. Les stages d’externat représentent un moyen d’évaluer les candidats dans le cadre d’un système de compétence basé sur le mérite. Il s’agit à la fois d’une opportunité pour les candidats de démontrer de multiples facettes de leur performance, et pour les directeurs de programme de gauger les diplômés pour en choisir les meilleurs pour leur programme.

La difficulté qu’ont les DIM à obtenir ces stages au Canada a pour résultat de créer une situation dans laquelle les exigences au niveau de l’expérience sont contraires aux politiques d’inclusion et aux prérequis au niveau de l’expérience canadienne des gouvernements fédéral et provinciaux, y compris la politique de la Commission ontarienne des droits de la personne.

**5)**  **Augmenter le nombre de postes en résidence** pour les citoyens canadiens et les résidents permanents

1. selon le financement accordé par les ministères de la Santé pour les spécialités en médecine, pour répondre aux besoins actuels et futurs;
2. selon le financement par le ministère de la Défense nationale;
3. selon le financement par les municipalités, les corporations et les groupes communautaires ayant des besoins particuliers.

C’est une fausse économie que de tenter de réduire les coûts en nivelant vers le bas le nombre de médecins et en limitant l’accès des patients aux soins de santé.

Les gouvernements antérieurs ont incorrectement présumé qu’ils réussiraient à contenir les coûts des frais de santé en payant un nombre moindre médecins. Ils ont, par conséquent, hésité à augmenter le nombre de postes en résidence.

L’impact sur la santé de la population et sur l’économie des délais d’accès aux soins de santé a été un objet de recherche et est maintenant connu. Les coûts pour le gouvernement ont, quant à eux, augmenté. <https://www.fraserinstitute.org/categories/health-care-wait-times>

Les gouvernements provinciaux peuvent être des leaders au niveau du changement basé sur des preuves. Il serait tout à fait possible pour eux de fournir davantage de soins de santé de première ligne à moindre coût à long terme.

Il a été démontré que l’embauche de DIM dans des postes de résidence est en fait économiquement louable pour les gouvernements. Une étude réalisée en 2004 par l’Université de Calgary (University of Calgary Economics report) a conclu que “pour les mêmes ressources nécessaires pour entraîner 1 étudiant en médecine dans le cadre d’un programme de résidence, le programme des DIM de l’Alberta a identifié 10 candidats prêts à être admis en résidence. Le retour sur l’investissement pour l’Alberta alors qu’elle forme des DIM pour la médecine familiale, se situe entre 9% et 3%, ce qui représente une utilisation de ressources publiques optimale qui fait preuve d’un souci de responsabilité sociale.”

<https://www.semanticscholar.org/paper/Social-rates-of-return-to-investment-in-skills-and-Emery-Crutcher/9207dcf2a0c175142abbe05ed2ae6793efaeb0a1>

L’Association médicale du Canada recommande qu’un rapport de 120 postes en résidence pour chaque groupe de 100 diplômés en médecine soit établi et conservé. Les Canadiens qui étudient la médecine à l’étranger et les autres DIM qui sont des résidents permanents ou des citoyens canadiens doivent être tenus en ligne de compte dans le cadre de la planification de la capacité du système de formation des diplômés. L’Association médicale du Canada appuie l’établissement de mesures visant à faciliter l’acculturation des DIM. <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD15-07.pdf>

**6)** **Prioriser les ressources en formation pour les citoyens canadiens et pour les résidents permanents.**

Les ministères de la Santé peuvent donner des instructions aux universités qu’elles **cessent d’offrir des places de formation aux détenteurs de visas qui occupent des postes en résidence.**

En août 2018, les Canadiens apprirent que les universités formaient des centaines de médecins des pays du Moyen-Orient, principalement de l’Arabie saoudite. Ils apprirent également que les universités furent rémunérées pour la formation des détenteurs de visas à contrat et que ces personnes devaient quitter le Canada après avoir complété leur cours de résidence. Cette approche est dépourvue de sens aux yeux d’un grand nombre de Canadiens. De plus en plus, les patients perçoivent aussi la réalité que des médecins canadiens ayant étudié la médecine à l’étranger doivent émigrer dans un autre pays pour compléter leur formation, malgré les listes d’attente grandissantes pour l’accès des Canadiens aux soins médicaux. Mis à part le fait que l’approche actuelle est contraire au nationalisme canadien, la perte de Canadiens qui étudient la médecine à l’étranger a des répercussions sociales et économiques importantes, et leur absence est une ressource perdue sur le front des ressources canadiennes de santé.

La prestation des services de santé canadiens est devenue susceptible aux décisions des gouvernements étrangers. L’an dernier, le gouvernement de l’Arabie saoudite a menacé de retirer ses résidents et fellows qui étaient actifs au Canada. Une pénurie de personnel restant au sein de certains départements et lieux d’enseignement fut alors mise en évidence, ce qui a menacé les soins d’un effondrement et retardé le traitement des patients. Certains administrateurs dans le domaine de la santé ont alors dénoncé la vulnérabilité du système de santé canadien aux humeurs de gouvernements étrangers; ils firent appel à ce que la prestation des soins de santé au Canada deviennent totalement indépendante des ressources en main d’oeuvre allouée par des gouvernements étrangers.

Il est préoccupant que des postes en résidence puissent être achetés par les détenteurs de visas car ceci consomme les ressources de formation en milieu clinique au dépens des candidats canadiens et de postes en spécialités dont le Canada a davantage besoin. Ces ressources pourraient être mieux employées pour former des candidats en prévision du jumelage de CaRMS, ou encore ceux détenant des postes financés par le ministère de la Défense nationale et par les groupes communautaires.

Certaines organisations canadiennes ont démontré un intérêt au financement des postes en résidence pour combler les besoins au sein de leur communauté. Le ministère de la Défense nationale s’est avéré prêt à financer la formation de médecins afin d’enrichir les forces armées et permettre le déploiement dans des zones où les habiletés de médecins seraient bénéfiques. Les universités ont, cependant, décliné ces offres, indiquant qu’elles sont en manque de ressources pour former davantage de résidents en médecine. En 2018, le ministère de la Défense nationale a annoncé qu’il financerait 50 postes pour la formation de résidents en médecine familiale, mais seulement un nombre limité d’universités disposaient des ressources nécessaires pour la formation d’un surplus de résidents, citant que leurs ressources étaient comblées à capacité. De plus, les universités ont seulement accepté de former des DCM. Par conséquent, seulement 5 postes financés des 50 offerts ont été ajoutés. En 2019, les universités ont accepté de former quelques DIM en plus de DCM, mais encore bien en deçà de 50 postes.

Il semblerait que les postes et les ressources pour la formation de résidents sont allouées à des organisations qui promettent un plus grand financement. Les universités continuent d’accueillir des détenteurs de visas pour formation en médecine en 2019. Contrairement à ce que l’on pourrait penser, les revenus générés par les gouvernements qui paient la formation de détenteurs de visas - tels l’Arabie saoudite et d’autres pays du Moyen-Orient - ne sont PAS utilisés pour financer davantage de postes en résidence pour les Canadiens.

Cette pratique n’offre PAS de solution à long terme pour le Canada.

**7)** **Établir un rôle officiellement reconnu et désigné à titre de « médecin d’appui »** dans les hôpitaux et les centres de santé communautaires pour les candidats qualifiés selon CaRMS qui n’ont pas obtenu un poste en résidence.

Il revient au Canada de profiter de cette occasion pour réformer ses soins de santé dans le but de **diminuer l’exode intellectuelle** vers des pays étrangers et profiter de sa main d’œuvre canadienne hautement qualifiée. Le développement d’une approche créative **gagnante-gagnante-gagnante** pourrait bénéficier à la fois **les gouvernements, les médecins qui n’ont pas été jumelés et les patients**!

SOCASMA croit comprendre que le rôle de médecin d’appui existe déjà à un niveau informel dans divers milieux communautaires avec des niveaux de supervision variés, les patients étant toujours tenus informés du niveau d’éducation du médecin qui leur fournit les soins.

Pour rémunération du médecin d’appui, SOCASMA suggère l’établissement d’un barème de paie semblable au niveau PYG1-5 basé sur le niveau d’expérience des applicants qui ont passé entre les mailles du jumelage et ce, autant pour les DCM que les DIM.

Le rôle de médecin d’appui s’incorporerait au niveau de soins communautaires et dans des hôpitaux, similaire aux postes d’infirmier(ère)s praticien(ne)s et d’adjoints aux médecins.