

THE SOCASMA EIGHT
Society of Canadians Studying Medicine Abroad
8 REQUESTS for MOH CONSIDERATION in 2024

(Le français suit à la page 8.)

1) Equal access to compete for the same positions on the same terms for all qualified medical graduates who are Canadian citizens or Permanent Residents, including Canadian Medical Graduates (CMGs), International Medical Graduates (IMGs) & United States Medical Graduates (USMGs), for **2024** onward.

The MOH can instruct CaRMs that Ontario will cease streaming positions by location of graduation for both the first and second iteration, and for positions added by the MOH, the Department of National Defense or other funding sources. (page 2 & 3)

2) Uniform examination / evaluation and timing of evaluation for all qualified candidates, including CMGs, IMGs and USMGs as well as Visa trainees, for **2024** onward. The MOH can instruct Ontario Medical Schools as public institutions and CaRMS that Ontario will require this standard as of Fall 2024 and to begin preparations now. (page 4)

3) Consistency and Fairness in Return of Service (ROS) Contracts

The same contracts, if any, to be applied fairly and equally to CMGs, IMGs and USMGs by ceasing to require ROS contract requirements for all groups, OR offering identical program based ROS contracts for all candidates &/OR offer optional ROS contracts, available to all, that could be used to prioritize entry to certain programs. (page 4)

4) Equal access to Medical Elective experiences for all Canadian citizens and Permanent Residents regardless of location of medical school attended.

The MOH can instruct Ontario medical schools as public educators to ensure both a blinded University sponsored elective assignment lottery and privately arranged electives. Medical schools can provide electives for their students who fail to arrange placement. (page 4)

5) Increase the number of Residency positions for Canadians and Permanent Residents

a) as funded by the MOH in targeted medical specialties of present and future need;

b) as funded by Department of National Defense; and

c) allow funding by municipalities, corporations, and community groups with particular needs. Attempting to reduce costs by containing physician numbers and limiting patients' access has been determined to be a false economy. (page 5)

6) Re-Establish the CARMS Match date for residency before the U.S. Match date. A few years ago the AFMC changed the order of the match which has significantly reduced the number of IMGs competing for residency positions in Canada. The AFMC has made an agreement with the NRMP that if a candidate matches in one country, they are

automatically disqualified from competing further in the other country. Previously Canada went first which enabled IMGs to try for Canada. This is advantageous to IMGs who can try to match in Canada and if unsuccessful still have an opportunity to match in the US which has a substantially higher match rate. It is also in the public interest as it allows Canada to pick the best candidates. Calls from physicians involved in postgraduate training selection and IMGs to reverse this decision to have the CaRMS Match after the American NRMP Match have been ignored by the AFMC. Reinstating Canada going first would encourage Canadians studying abroad to once again prioritize applying for residency in Canada ahead of the United States, and not the opposite.

7) Prioritize training resources for Canadians and Permanent Residents in Ontario. The MOH can direct Ontario Universities as public institutions to **suspend training of Visa Trainees** in Ontario Residency positions. (page 6)

8) Establish a formally recognized and designated role of “Supportive Physician” within Ontario’s hospitals & community setting for unmatched CaRMS qualified candidates. (page 7)

SOCASMA EIGHT- Additional Background information, Rationale and References

SOCASMA strongly suggests Ontario adopt a MERIT BASED fair and transparent Residency selection process (items 1-4)

1) Equal access to compete for the same positions on the same terms for all qualified medical graduates (CMGS, IMGs and USMGs) for 2024 onward.

The Ministry of Health (MOH) can instruct CaRMs that Ontario will cease streaming positions by location of graduation for both the first and second iteration, and for positions added by the MOH, the Department of National Defense or other funding sources.

Embracing merit is not just the right thing to do; it will also secure the very best candidates for Ontario’s Residency programs to develop to be highly competent, progressive and resilient future physician leaders for Ontario.

The status quo is unfair and must be changed. **Protecting positions for CMGs** is a deeply ingrained tradition in Canadian post graduate medical education. The **justification** provided is that Canadian taxpayers and governments have invested in the undergraduate medical education of CMGs and thus many feel we must continue to fund CMGs through residency training to become practicing physicians in order to capitalize on our investment.

This common but **illogical reasoning** is called the **Sunk Cost Fallacy** in the fields of Economics and Psychology. It is a very human gut feeling but it is wrong. Further investment in a previous less profitable investment does not maximize returns. It is best to evaluate all investment options and redirect resources to the most likely to succeed.

Since entry to medical school some students will have thrived and proven themselves well suited to the demands of medicine and competent in their knowledge, while some will have failed to do so. The **CaRMS process could provide an opportunity to objectively re-evaluate each candidate's appropriateness for future investment based not on past investment but on demonstrated merit.**

A further consideration is the inequity and Human Rights, Charter, and administrative law implications of treating one group of Canadian citizens and Permanent Residents (CMGs) more favorably than another group of Canadian citizens and Permanent Residents (IMGs). This favorable treatment is based on place of education, not on any objective assessment of competence. As such, it is inconsistent with principles of administrative law and the Office of the Fairness Commissioner which requires entry to practice decisions be impartial, transparent, objective and fair. This practice also effectively creates a requirement for Canadian experience which is contrary to the Ontario Human Rights Commission's Policy on Requiring Canadian Experience.

The present process is as follows.

- a) The Deans of each Ontario medical school together form COFM.
- b) **COFM and the MOH together put forward to CaRMS each Spring their agreed policy for the next year's CaRMS match of Ontario Residency positions.**

<https://www.carms.ca/match/r-1-main-residency-match/eligibility-criteria/ontario/>

This process is problematic on several levels.

The Ontario Deans and COFM have by definition a conflict of interest in making recommendations for CMGs that are distinct from other groups. The Deans have continued year after year to set policy that protects and prioritizes their own graduates to the detriment of other Canadians. It is problematic from a **human rights and equity** perspective to treat two different groups of Canadian citizens and permanent residents differently with no objective basis for doing so. This is also contrary to the **Ontario** Office of the **Fairness Commission** who has informed all Regulated Health Colleges in Ontario that they are responsible for ensuring third parties delegated to evaluate entry to practice are operating in a fair, transparent, objective and impartial way. The CPSO has delegated entry to practice decisions for residency to COFM who are not acting according to these principles. To ensure these principals COFM should be told to endorse and abide by the University of Toronto's Post Graduate Medical Education document entitled "Best Practices for Applications and Selection".

<https://pg.postmd.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/BPASDraftFinalReportPGMEACMay2013-1.pdf>

The **MOH as the objective representative of ALL Ontarians** including Ontario patients and all Canadian citizens or Permanent Resident medical students seeking to work in Ontario is obliged to demonstrate fairness and equality by calling for the end of all streaming in the 2020 CaRMS match.

2) Uniform examination / evaluation and timing of evaluation for all qualified candidates (including CMGs, IMGs, USMGs, as well as Visa trainees) for **2024** onward. The MOH can instruct Ontario Medical Schools as public institutions and CaRMS that Ontario will require this standard as of Fall 2024 and to begin preparations now.

This is the model adopted in the USA with the same series and timing of United States Medical Licensing Examinations (USMLE) required by all candidates regardless of location of training.

At present in Canada the **requirements are inconsistent among groups**. IMGs seeking CaRMS participation must pass a knowledge examination called the Medical Council of Canada Qualifying Examination Part I (**MCCQE1**) & a clinical skills assessment called the National Assessment Collaboration Objective Structured Clinical Examination (**NAC OSCE**).

IMGs must **take the MCCQE1 a year earlier than CMGs**, at the end of their second to last year (July) or beginning of their final year (September) and their **score is available for consideration before the CaRMS match**.

CMGs however, generally **take the MCCQE1 1 year later, at the end of their final year, after an additional year of education, and after the CaRMS match (with leeway for those who fail to rewrite before Residency begins)**. **CMGs do not have to take the NAC OSCE**. For CMGs, no scores are available for consideration in the CaRMS match, nor for direct comparison of program applicants much to the frustration of program directors who must select candidates without complete and comparable information. Further CMGs in most provinces can work as resident physicians even if they fail the MCCQE1, an exam designed to determine if a person has the knowledge and decision making ability of a graduate of a Canadian medical school.

Visa Trainees are not required to take the NAC OSCE and purchase positions outside of CaRMS.

3) Consistency and Fairness in Return of Service Contracts

The same contracts applied fairly and equally to CMGs, IMGs and USMGs by ceasing to require ROS contracts for all groups, OR offer identical program-based ROS contracts for all candidates regardless of their location of graduation, &/OR offer optional ROS contracts, available to all, that could be used to prioritize entry to certain programs.

It is unfair that the government imposes ROS contracts as a condition for access to the medical profession on Canadians who are IMGs. No similar requirement is imposed on CMGs whose education has been subsidized by taxpayers.

4) Equal access to Medical Elective experiences for all Canadian citizens and Permanent Residents regardless of location of medical school attended. The MOH can instruct Ontario medical schools as public educators to ensure both a blinded university sponsored elective assignment lottery and privately arranged electives. Medical schools can provide electives for their students who fail to arrange placement.

Electives are a very useful tool for program directors to determine whether a particular student has the skills that examination may not reflect that are necessary to fit their program. In a competence/merit based system of access, electives are an important tool to ensure

that the program directors have the widest possible experience to ensure that the best graduate is being selected.

Furthermore, the present day difficulty IMGs experience in obtaining reduced medical elective positions effectively creates a Canadian experience requirement contrary to the Ontario Human Rights Commission's Policy on Canadian Experience Requirements.

5) Increase the number of Residency positions for Canadians and permanent residents

a) as funded by the MOH in targeted medical specialties of present and future need; b) as funded by Department of National Defense;

c) as funded by municipalities, corporations, and community groups with particular needs
Attempting to reduce costs by containing physician numbers and limiting patients access has been determined to be a false economy.

Past governments have incorrectly assumed paying fewer doctors will help contain costs, and thus have been very hesitant to increase training positions.

We now know delays in accessing care impacts the population's health and our economy with overall higher cost to government.

<https://www.fraserinstitute.org/categories/health-care-wait-times>

The Ontario government can be a leader in evidence-based changes and provide citizens *more* upfront health care with *less* cost in the long run.

There are further cost savings for the government in increasing IMGs specifically. A 2004 University of Calgary Economics report concluded “for the same resources needed to train medical students to enter Residency the Alberta IMG program identified 10 ‘residency-ready’ IMGs. The rate of return to Albertans from licensing an IMG to practice as a family physician was between 9% and 3% which is clearly a desirable and socially accountable use of public resources”

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

The “Canadian Medical Association recommends that a ratio of 120 postgraduate training positions per 100 medical graduates be reestablished and maintained. Canadians studying medicine abroad and other IMGs who are permanent residents or citizens of Canada must be explicitly factored into the planning for the capacity of the post-MD training system. CMA supports measures to facilitate the acculturation of IMGs”

<https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD15-07.pdf>

6) Re-Establish the CARMS Match date for residency before the U.S. Match date.

A few years ago, the Canadian Match date happened before the U.S. Match date. Canada and the U.S. have an agreement whereby a medical residency candidate who matches in either one of the two countries is contractually bound to accept the first match it is offered. Now that the U.S. Match happens before the Canadian Match, Canadians who apply to both matches have a much greater chance of matching into the U.S. than Canada. In 2024, the odds of matching

into residency in the United States was 58.5% in 2024 compared to 30,6% in 2023 in Canada. As a result, Canadians who have studied medicine abroad considering the significant barriers they face in Canada are forced to apply in the U.S., and will likely match in the U.S. if they apply for residency in both countries. Matching in the U.S, will disqualify them from the Canadians Match which means that the US creams off the best candidates to the detriment of all Canadians. Reversing this policy will mean Canada will have the first pick of the best candidates and more Canadians will apply for residency in Canada.

7) Prioritize training resources for Canadians and *Permanent Residents in Ontario*. The MOH can direct Ontario Universities as public institutions to **suspend training of Visa Trainees in Ontario Residency positions.**

In August 2018 everyday Ontarians became aware that Ontario Universities are training hundreds of physicians from Middle East countries, primarily Saudi Arabia. The universities' payment for the use of publicly funded resources, practicing Canadian physicians, to train visa trainees who under contract to leave Canada at the end of the training is now common knowledge and people feel it is wrong. Ontario patients are also well aware that Canadian physicians who have studied abroad (CSAs) must emigrate to other countries to complete their training despite Ontario patients waiting for long periods for medical care. Apart from running contrary to nationalism, the loss of CSAs has other social and economic repercussions to Ontario, not the least of which is reduced support to patients and increased pressure on Ontario healthcare resources. Canadians are now dying due to delayed access to healthcare because of the shortage of doctors.

Ontario's health care delivery has inadvertently become susceptible to foreign government decisions. Recent year's Saudis government threat to suddenly withdraw their residents and fellows highlighted that in some teaching centre departments the majority of Residents and Fellows are Saudi, which meant these departments would not have the staff needed to treat patients. A number of healthcare administrators have expressed concern about the vulnerability which this crisis unmasked and urged that Canada become independent of foreign governments in healthcare delivery.

Ontario health care is particularly at risk for Saudi withdrawal of service given the highest proportion of Saudi residents in the province: numbering 216 in Toronto, 156 in Hamilton, 91 in London and additional in Ottawa in 2018-2019. theglobeandmail.com/canada/article-canadian-hospitals-scrumbling-as-saudi-medical-students-withdraw-from/

An additional concern is that Residency positions purchased by Visa trainees consume Ontario clinical training resources. These resources could instead be used to support increased training positions in specialties of need for CaRMs applicants and those funded by the Ministry of Defense or community groups.

Canadian organizations have been prepared to fund residency positions because of need in their community. The Ministry of Defense has agreed to fund training to enable deployment to regions where there may be violence which requires physicians in the ranks. Universities have

declined both groups stating they do not have the human resources to train more residents.

Income from the Visa Trainee's home governments such as Saudi Arabia and other Middle Eastern countries is NOT used to fund more Residency positions for Canadians as some believe.

8) Establish a formally recognized and designated role of "Supportive Physician" within Ontario's hospital and community health care systems for unmatched CaRMS qualified candidates.

Ontario can use the opportunity of healthcare reform to **stop the brain drain** and benefit from this highly educated and qualified group of Canadians who want to serve patients in Ontario. A creative **win-win-win** approach benefitting **government, unmatched physicians & patients!**

SOCASMA hears this role has informally emerged in community settings with variable supervision levels and patient awareness of their doctor's level of education.

SOCASMA suggests a pay scale similar to PYG1-5 based on level of experience for those unmatched but qualified CaRMS applicants, CMGs and IMGs alike.

The "Supportive Physician" role would be both community and/or hospital based with private and publicly funded positions similar to the present Nurse Practitioner and Physician's Assistant roles.

We wish to sincerely thank Dr. Rueben Devlin and Ms. Fredrika Scarth of the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine for meeting with SOCASMA and agreeing to discuss with the Ontario MOH the need for and development of a merit-based residency selection process for Ontario.

Rosemary Pawliuk, Executive Director, SOCASMA
Carole Lafrenière, SOCASMA Ontario Team Member
613-807-0776 socasma.working@gmail.com

Dr. Laura Blew, SOCASMA Ontario Team member and HFHT Family Physician
905-973 3733 laurajblew@gmail.com

(Le français suit.)

LES HUIT DEMANDES DE SOCASMA

Société des Canadiens étudiant la médecine à l'étranger

8 DEMANDES POUR CONSIDÉRATION PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN 2024

(A noter que la version anglaise est la version originale.)

1) Fournir un accès égal pour concourir pour les mêmes postes, dans les mêmes conditions, pour tous les diplômés en médecine qualifiés qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents, y compris les diplômés en médecine canadiens (DMC), les diplômés internationaux en médecine (DIM) et les diplômés en médecine des États-Unis (DEU), à partir de 2024.

Le ministère de la Santé peut demander au CaRM que l'Ontario cesse de répartir les postes par lieu d'obtention du diplôme pour le premier et le deuxième tour de jumelage, ainsi que pour les postes ajoutés par le ministère de la Santé, le ministère de la Défense nationale ou d'autres sources de financement. (pages 10 et 11)

2) Etablir un régime d'examens et d'évaluation uniforme et un même calendrier d'évaluation pour tous les candidats qualifiés, y compris les DMC, les DIM et les DEU, ainsi que les stagiaires détenteurs de visas, à partir de 2024. Le ministère de la Santé peut indiquer aux facultés de médecine de l'Ontario et à CARMS, en tant qu'institutions publiques, que l'Ontario exigera cette norme à partir de l'automne 2024 et que ces institutions doivent commencer les préparatifs dès maintenant. (page 12)

3) Cohérence et équité des contrats de retour de service (CRS)

Les mêmes contrats, le cas échéant, doivent être appliqués équitablement et équitablement aux DMC, aux DIM et aux DEU, tout en cessant d'imposer des exigences contractuelles CRS pour tous les groupes, OU en offrant des contrats CRS basés sur un programme identique pour tous les candidats et/OU en proposant, comme option, des contrats CRS dans le but de donner une priorité à l'entrée de certains programmes. (page 12)

4) Offrir un accès égal aux expériences médicales facultatives pour tous les citoyens canadiens et résidents permanents, quel que soit le lieu de la faculté de médecine fréquentée.

Le ministère de la Santé peut demander aux facultés de médecine de l'Ontario, en tant qu'institutions d'éducation publiques, de fournir à la fois une loterie de stages optionnels parrainés par l'université et des stages optionnels privés. Les facultés de médecine peuvent proposer des stages au choix à leurs étudiants qui ne parviennent pas à obtenir des placements. (page 13)

5) Augmenter le nombre de postes de résidence pour les Canadiens et les résidents permanents

a) tel que financé par le ministère de la Santé dans des spécialités médicales ciblées présentant des besoins présents et futurs ;

b) tel que financé par le ministère de la Défense nationale ; et

c) permettre le financement par les municipalités, les entreprises et les groupes communautaires ayant des besoins particuliers. C'est une fausse économie que de tenter de réduire les coûts en limitant le nombre de médecins et en limitant l'accès des patients aux soins de santé. (page 13 et 14)

6) Rétablir la date du jumelage en résidence CARMS avant la date du jumelage en résidence aux États-Unis. Il y a quelques années, l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) ont modifié l'ordre du jumelage, ce qui a considérablement réduit le nombre de DHCEU canadiens qui compétitionnent pour des postes de résidence au . L'AFMC a conclu un accord avec le National Residency Match Program (NRMP) américain selon lequel si un candidat décroche un poste en résidence dans un pays, il est automatiquement disqualifié de toute possibilité de décrocher un poste dans l'autre pays. Auparavant, le Canada était le premier à tenir un jumelage de postes en résidence, ce qui permettait aux DHCEU canadiens de tenter leur chance pour les postes au Canada. Il était avantageux pour les DHCEU canadiens de tenter d'être jumelés au Canada. Mais en cas d'échec ces derniers avaient toujours la possibilité de décrocher un jumelage pour un poste en résidence aux États-Unis, où le taux de jumelage est considérablement plus élevé. Cette approche permet au Canada de sélectionner les meilleurs candidats, ce qui est également dans l'intérêt public. Les DHCEU canadiens ont imploré l'AFMC à revenir sur cette décision de tenir le jumelage CaRMS après le jumelage américain NRMP. Jusqu'à maintenant les médecins responsables de la sélection des candidats pour les postes à combler au niveau postdoctoral ont décidé d'ignorer les appels des DHCEU canadiens. Rétablir en premier le jumelage en résidence au Canada aurait pour effet d'encourager les Canadiens qui étudient à l'étranger à faire une demande en résidence au Canada avant les États-Unis, et non l'inverse. (page 14)

7) Donner la priorité aux stages de formation pour les Canadiens et les résidents permanents en Ontario. Le ministère de la Santé peut ordonner aux universités de l'Ontario, en tant qu'institutions publiques, de suspendre la formation des stagiaires titulaires d'un visa occupant des postes de résidence en Ontario. (page 15)

8) Établir un rôle officiellement reconnu et désigné de « médecin de soutien » au sein des hôpitaux et du milieu communautaire de l'Ontario pour les candidats qualifiés CaRMS non jumelés en résidence. (page 16)

LES HUIT DEMANDES DE SOCASMA

Informations générales supplémentaires, justification et références

SOCASMA suggère fortement à l'Ontario d'adopter un système BASÉ SUR LE MÉRITE, Un processus de sélection de résidence juste et transparent (points 1 à 4)

1) Fournir un accès égal pour com pour compétitionner pour les mêmes postes, dans les mêmes conditions, pour tous les diplômés en médecine qualifiés (DMC, DIM, DEU) à partir de 2024.

Le ministère de la Santé (MS) peut demander aux CaRMS que l'Ontario cesse de répartir les postes par lieu d'obtention du diplôme pour le premier et le deuxième tour de jumelage, ainsi que pour les postes additionnels accordés par le ministère de la Santé, le ministère de la Défense nationale ou d'autres sources de financement.

Adopter une approche basée sur le mérite n'est pas seulement la bonne chose à faire, elle permettra de recruter les meilleurs candidats pour les programmes de résidence de l'Ontario afin qu'ils deviennent de futurs leaders en médecine hautement compétents, progressistes et résilients pour l'Ontario.

Le statu quo est injuste et doit être modifié. La protection des postes des DMC est une tradition profondément enracinée dans la formation médicale postdoctorale au Canada. Les autorités en place fournissent comme justification que les contribuables et les gouvernements canadiens ont investi dans la formation médicale de premier cycle des DMC et que, pour capitaliser sur notre investissement, nous devons continuer à les financer par le biais d'une formation en résidence pour qu'ils deviennent des médecins pratiquants.

Ce raisonnement courant mais illogique est appelé « l'erreur du coût irrécupérable » dans les domaines de l'économie et de la psychologie. C'est une intuition très humaine, mais c'est faux. Un investissement supplémentaire dans un investissement antérieur moins rentable ne maximise pas les rendements. Il est préférable d'évaluer toutes les options d'investissement et de rediriger les ressources vers celles qui ont le plus de chances de réussir.

Depuis leur entrée à la faculté de médecine, certains étudiants auront prospéré et se seront révélés bien adaptés aux exigences de la médecine et compétents dans leurs connaissances, tandis que d'autres n'y seront pas parvenus. Le processus CaRMS pourrait offrir l'occasion de réévaluer objectivement la pertinence de chaque candidat pour un investissement futur en fonction non pas de l'investissement passé, mais de son mérite démontré.

Une autre considération concerne l'iniquité et les implications en matière de droits de la personne, de Charte et de droit administratif du traitement plus favorable d'un groupe de

citoyens canadiens et de résidents permanents (DMC) comparé à un autre groupe de citoyens canadiens et de résidents permanents (DIM). Ce traitement favorable est fondé sur le lieu d'enseignement et non sur une évaluation objective des compétences. Cette approche est incompatible avec les principes du droit administratif et du Bureau du commissaire à l'équité qui exige que les décisions d'accès à la pratique soient impartiales, transparentes, objectives et équitables. Cette pratique crée également une exigence d'expérience canadienne, ce qui est contraire à la Politique de la Commission ontarienne des droits de la personne en rapport avec l'exigence d'une expérience canadienne.

Le processus actuel est le suivant :

a) Les doyens de chaque faculté de médecine de l'Ontario forment ensemble le Conseil des Facultés de médecine de l'Ontario (CFMO).

b) Chaque printemps, le CFMO et le ministère de la Santé présentent à CaRMS leur politique pour le jumelage CaRMS des postes de résidence en Ontario pour l'année à venir. <https://www.carms.ca/match/r-1-main-residency-match/eligibility-criteria/ontario/>

Ce processus est problématique à plusieurs niveaux.

Les doyens de l'Ontario et le CFMO sont par définition en conflit d'intérêt lorsqu'ils font des recommandations à l'intention des DCM qui sont distinctes des autres groupes. Les doyens ont continué, année après année, à établir des politiques qui protègent et donnent la priorité à leurs propres diplômés au détriment des autres Canadiens. Il est problématique du point de vue des droits de la personne et de l'équité de traiter différemment deux groupes différents de citoyens canadiens et de résidents permanents, sans aucune base objective pour le faire. Ceci est également contraire à ce que dit le Bureau de la Commission de l'équité de l'Ontario, qui a informé tous les collèges de santé réglementés de l'Ontario qu'ils sont responsables de veiller à ce que les tiers responsables d'évaluer l'accès à la pratique opèrent de manière juste, transparente, objective et impartiale. Le CPS (Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario) a délégué les décisions d'accès à la pratique pour la résidence aux COFM qui n'agissent pas selon ces principes. Pour garantir que ces principes soient respectés, le COFM devrait être invité à approuver et à respecter le document sur la formation médicale postdoctorale de l'Université de Toronto intitulé « Meilleures pratiques en matière de candidatures et de sélection ».

<https://pg.postmd.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/BPASDraftFinalReportPGMEACMay2013-1.pdf>

En tant que représentant de TOUS les Ontariens, y compris les patients ontariens et tous les citoyens canadiens, les étudiants en médecine et les résidents permanents cherchant à travailler en Ontario, le ministère de la Santé est tenu de faire preuve d'équité et d'égalité en annonçant la fin du recrutement selon deux systèmes distincts lors du jumelage CaRMS en 2025.

2) Établir un régime d'examens et d'évaluation uniforme et un même calendrier d'évaluation pour tous les candidats qualifiés, y compris les DMC, les DIM et les DEU, ainsi que les stagiaires détenteurs de visas, à partir de 2024. En tant qu'institutions publiques, le ministère de la Santé peut indiquer aux facultés de médecine de l'Ontario et à CaRMS que l'Ontario exigera cette norme à partir de l'automne 2024 et qu'il doit commencer les préparatifs dès maintenant.

Il s'agit du modèle adopté aux États-Unis, avec la même série et le même calendrier d'examens de licence médicale aux États-Unis (USMLE) qui est requis par tous les candidats, quel que soit le lieu de formation.

À l'heure actuelle, au Canada, les exigences ne sont pas uniformes entre les groupes. Les DHCEU souhaitant participer au CaRMS doivent réussir un examen de connaissances appelé Examen de qualification du Conseil médical du Canada, partie I (ECCMC1) et une évaluation des compétences cliniques appelée Examen clinique objectif structuré de la National Assessment Collaboration (NAC OSCE).

Les DHCEU doivent passer l'EACMC1 un an plus tôt que les DCM, à la fin de leur avant-dernière année (juillet) ou au début de leur dernière année (septembre), et leur score est disponible pour examen avant le jumelage CaRMS.

Cependant, les DCM passent généralement le MCCQE1 un an plus tard, à la fin de leur dernière année, après une année de formation supplémentaire et après le jumelage CaRMS (avec une marge de manœuvre pour ceux qui ne parviennent pas à réécrire avant le début de la résidence). Les CMG ne sont pas obligés de passer l'OSCE du CNA. Pour les DCM, aucune note n'est disponible pour prise en compte dans le jumelage CaRMS, ni pour comparaison directe des candidats au programme, au grand dam des directeurs de programme qui doivent sélectionner les candidats sans informations complètes et comparables. D'autres DCM dans la plupart des provinces peuvent travailler comme médecins résidents même s'ils échouent à l'EACMC1, un examen conçu pour déterminer si une personne possède les connaissances et la capacité de prise de décision d'un diplômé d'une faculté de médecine canadienne.

Les stagiaires Visa ne sont pas tenus de passer l'OSCE du CNA et d'acheter des postes en dehors de CaRMS.

3) Cohérence et équité des contrats de retour de service

Les mêmes contrats doivent s'appliquer de manière équitable et égale aux CMG, IMG et USMG en cessant d'exiger des contrats ROS pour tous les groupes, OU en proposant des contrats ROS identiques basés sur un programme pour tous les candidats, quel que soit leur lieu d'obtention du diplôme, et/OU en proposant des contrats ROS facultatifs, disponibles. à tous, cela pourrait être utilisé pour donner la priorité à l'accès à certains programmes.

Il est injuste que le gouvernement impose des contrats ROS comme condition d'accès à la profession médicale aux Canadiens qui sont DHCEU. Aucune exigence similaire n'est imposée aux CMG dont l'éducation a été subventionnée par les contribuables.

4) Fournir l'égalité d'accès aux expériences médicales facultatives pour tous les citoyens canadiens et résidents permanents, quel que soit le lieu de la faculté de médecine fréquentée. Le ministère de la Santé peut demander aux facultés de médecine de l'Ontario, en tant qu'institutions d'éducation publique, d'assurer à la fois une loterie de stages optionnels parrainée par l'université et des stages optionnels privés. Les facultés de médecine peuvent proposer des cours au choix à leurs étudiants qui ne parviennent pas à organiser leur placement.

Les cours au choix sont un outil très utile pour les directeurs de programme pour déterminer si un étudiant particulier possède les compétences que l'examen peut ne pas refléter et qui sont nécessaires pour s'adapter à leur programme. Dans un système d'accès basé sur les compétences et le mérite, les cours au choix sont un outil important pour garantir que les directeurs de programme possèdent l'expérience la plus large possible afin de garantir que le meilleur diplômé soit sélectionné.

De plus, la difficulté actuelle qu'éprouvent les DHCEU à obtenir des postes optionnels réduits en médecine crée effectivement une exigence en matière d'expérience canadienne contraire à la Politique sur les exigences en matière d'expérience canadienne de la Commission ontarienne des droits de la personne.

5) Augmenter le nombre de postes de résidence pour les Canadiens et les résidents permanents

a) tels que financés par le ministère de la Santé dans des spécialités médicales ciblées présentant des besoins actuels et futurs ;

b) tel que financé par le ministère de la Défense nationale ;

c) financés par les municipalités, les entreprises et les groupes communautaires ayant des besoins particuliers.

C'est une fausse économie que de tenter de réduire les coûts en limitant le nombre de médecins et en limitant l'accès des patients. Les gouvernements précédents ont supposé à tort que payer moins de médecins contribuerait à contenir les coûts. Ils ont donc été très hésitants à augmenter les postes de formation. Nous savons maintenant que les retards dans l'accès aux soins ont un impact sur la santé de la population et sur notre économie, entraînant des coûts globalement plus élevés pour le gouvernement.

<https://www.fraserinstitute.org/categories/health-care-wait-times>

Le gouvernement de l'Ontario peut être un leader en matière de changements fondés sur

des données probantes. Il peut fournir aux citoyens des soins de santé plus immédiats et à moindre coût à long terme.

Le gouvernement réaliserait des économies supplémentaires en augmentant spécifiquement le nombre de DIM. Un rapport économique de l'Université de Calgary de 2004 concluait que « pour les mêmes ressources nécessaires à la formation des étudiants en médecine afin qu'ils entrent en résidence, le programme de DIM de l'Alberta a identifié 10 DIM « prêts pour la résidence ». Le taux de rendement pour les Albertains suite à l'autorisation d'un DHCEU d'exercer comme médecin de famille se situait entre 9 % et 3 %, ce qui constitue clairement une utilisation souhaitable et socialement responsable des ressources publiques. »

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

L'« Association médicale canadienne recommande qu'un ratio de 120 postes de formation postdoctorale pour 100 diplômés en médecine soit rétabli et maintenu. Les Canadiens qui étudient la médecine à l'étranger et les autres DHCEU qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada doivent être explicitement pris en compte dans la planification de la capacité du système de formation post-MD. L'AMC appuie les mesures visant à faciliter l'acculturation des DHCEU. »

<https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD15-07.pdf>

6) Rétablir la date du jumelage CARMS pour la résidence avant la date du jumelage aux États-Unis.

Il y a quelques années, la date du jumelage canadien était antérieure à celle du jumelage américain. Le Canada et les États-Unis ont conclu un accord selon lequel un candidat à la résidence en médecine qui correspond à l'un ou l'autre des deux pays est obligé contractuellement d'accepter le premier jumelage qui lui est proposé. Maintenant que le jumelage américain a lieu avant le jumelage canadien, les Canadiens qui postulent aux deux jumelages ont beaucoup plus de chances d'être jumelés aux États-Unis qu'au Canada. Les chances d'obtenir la résidence aux États-Unis étaient de 58,5 % en 2024, contre 30,6 % en 2023 au Canada. Compte tenu des obstacles importants auxquels ils sont confrontés au Canada, les Canadiens qui ont étudié la médecine à l'étranger sont obligés de postuler aux États-Unis et y obtiendront probablement un résultat positif s'ils postulent pour la résidence dans les deux pays. Le jumelage aux États-Unis les disqualifie du jumelage des Canadiens, ce qui signifie que les États-Unis éliminent les meilleurs candidats au détriment de tous les Canadiens. Inverser cette politique signifiera que le Canada aura le premier choix des meilleurs candidats et que davantage de Canadiens postuleront pour la résidence au Canada.

7. Il faut donner la priorité aux ressources de formation pour les Canadiens et les résidents permanents en Ontario. En tant qu'institutions publiques, le ministère de la Santé peut ordonner aux universités de l'Ontario de suspendre la formation des stagiaires titulaires d'un visa occupant des postes de résidence en Ontario.

En août 2018, les Ontariens ont appris que les universités de l'Ontario formaient des centaines de médecins provenant de pays du Moyen-Orient, principalement d'Arabie saoudite. Il est de notoriété publique que les universités utilisent des ressources publiques, dont des médecins canadiens en exercice, pour former des stagiaires détenteurs d'un visa qui ont signé un contrat pour quitter le Canada à la fin de leur formation. La population canadienne estime que c'est une erreur. Les patients de l'Ontario sont également bien conscients que les médecins canadiens qui ont étudié à l'étranger (DIM) doivent émigrer vers d'autres pays pour terminer leur formation, même si les patients de l'Ontario attendent de longues périodes pour obtenir des soins médicaux. En plus d'aller à l'encontre du nationalisme canadien, la perte des DIM a d'autres répercussions sociales et économiques pour l'Ontario, dont la réduction des services aux patients et une pression accrue sur les ressources de santé de l'Ontario. En raison de la pénurie de médecins, les Canadiens meurent maintenant à cause des difficultés d'accès aux soins de santé.

La prestation des soins de santé en Ontario est devenue, par inadvertance, vulnérable aux décisions de gouvernements étrangers. L'année dernière, la menace du gouvernement saoudien de retirer soudainement ses résidents et ses boursiers a mis en évidence que dans certains départements des centres d'enseignement, la majorité des résidents et des boursiers sont saoudiens, ce qui signifie que ces départements ne disposent pas du personnel nécessaire pour traiter les patients. Un certain nombre d'administrateurs de soins de santé ont exprimé leur inquiétude quant à la vulnérabilité révélée par cette crise et ils ont exhorté le Canada à devenir indépendant des gouvernements étrangers en matière de prestation de soins de santé.

Les soins de santé de l'Ontario sont particulièrement menacés par le retrait des services par les Saoudiens étant donné la proportion la plus élevée de résidents saoudiens dans la province : 216 à Toronto, 156 à Hamilton, 91 à London et un supplément à Ottawa en 2018-2019.

theglobeandmail.com/canada/article-hopitaux-canadiens-scrambling-as-saudi-medical-students-withdraw-from/

Une autre préoccupation c'est que les postes de résidence achetés par les stagiaires détenteurs de visas consomment des ressources de formation clinique en Ontario. Ces ressources pourraient plutôt être utilisées pour appuyer l'augmentation des postes de formation dans les spécialités nécessaires pour les candidats qui sont admissibles au CaRMS et celles qui sont financées par le ministère de la Défense ou des groupes communautaires.

Les organisations canadiennes sont prêtes à financer des postes de résidence en raison des besoins de leur communauté. Le ministère de la Défense a accepté de financer une

formation pour permettre un déploiement dans des régions où il peut y avoir de la violence et où on a besoin de médecins. Les universités ont refusé les deux groupes, affirmant qu'elles ne disposaient pas des ressources humaines nécessaires pour former davantage de résidents.

Contrairement à ce que certains pensent, les revenus générés par les gouvernements étrangers, comme l'Arabie Saoudite et d'autres pays du Moyen-Orient, ne sont PAS utilisés pour financer davantage de postes de résidence pour les Canadiens.

8) Pour les candidats qualifiés CaRMS non jumelés, il faudrait établir un rôle officiellement reconnu et désigné de « médecin de soutien » au sein des systèmes de soins de santé hospitaliers et communautaires de l'Ontario.

L'Ontario peut profiter de l'occasion offerte par la réforme des soins de santé pour mettre fin à l'exode des cerveaux et bénéficier de ce groupe de Canadiens hautement instruits et qualifiés qui souhaitent servir les patients de l'Ontario. Il s'agit d'une approche créative gagnant-gagnant-gagnant qui profite au gouvernement, aux médecins et aux patients inégalés !

La SOCASMA a appris rôle a émergé de manière informelle dans des contextes communautaires avec des niveaux de supervision variables et une sensibilisation des patients au niveau de formation de leur médecin. SOCASMA suggère une échelle salariale similaire à celle des résidents de niveau 1 à 5, basée sur le niveau d'expérience pour les candidats CaRMS non jumelés mais qualifiés et ce, autant les DIM que pour les DCM. Le rôle de « médecin de soutien » serait à la fois communautaire et/ou hospitalier, avec des postes privés et publics similaires aux rôles actuels d'infirmière praticienne et d'adjoint au médecin.

Nous souhaitons sincèrement remercier le Dr Rueben Devlin et Mme Fredrika Scarth du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir d'avoir rencontré la SOCASMA et d'avoir accepté de discuter avec le ministère de la Santé de l'Ontario de la nécessité et du développement d'un processus de sélection de résidence basé sur le mérite pour l'Ontario.

Rosemary Pawliuk, directrice exécutive, SOCASMA

Carole Lafrenière, membre de l'équipe SOCASMA Ontario, Tel: 613-807-0776
socasma.working@gmail.com

Dre Laura Blew, membre de l'équipe SOCASMA Ontario et médecin de famille de l'HFHT
905-973 3733 laurajblew@gmail.com

