Besoin urgent:

Accroître l'évaluation de la capacité à exercer pour atténuer la crise des médecins de famille au Canada

Toronto Metropolitan University

Global Migration Institute

Sommaire

Le Canada traverse une crise des soins primaires : 6,5 millions de personnes au pays n'ont pas accès à un médecin de famille. L'attente pour obtenir des soins médicaux coûterait chaque année 5,2 milliards de dollars en salaires perdus. En supposant une charge de travail moyenne d'environ 1500 patients par médecin, le Canada a besoin dès aujourd'hui de plus de 4300 médecins de famille supplémentaires pour répondre immédiatement à cette crise des soins primaires. Pour faire face rapidement à cette crise, il faut mettre en œuvre plusieurs solutions simultanément.

L'une de ces solutions consiste à accélérer l'intégration effective au Canada des médecins formés à l'étranger (MFE). Le Canada accuse un retard considérable par rapport à ses pairs dans la mise à profit des talents de sa population de MFE. Par exemple, la moitié des médecins de famille au Royaume-Uni sont des MFE, contre environ le quart au Canada. Le Canada ne peut se permettre de négliger l'important vivier de talents que représentent les MFE.

Le système actuel gaspille des ressources et du potentiel humain en sous-utilisant les MFE, alors qu'il existe une solution rapide et rentable. L'évaluation de la capacité à exercer (ECE) est une solution éprouvée, plus rapide et plus rentable que d'obliger des MFE d'expérience à refaire un programme de résidence et à rivaliser pour obtenir des places limitées en résidence. En moyenne, l'ECE est environ dix fois plus rapide et dix fois plus rentable que d'imposer aux MFE un programme de résidence en médecine familiale de deux ans au Canada. Les résultats obtenus par l'ECE témoignent à la fois de sa faisabilité et de son impact. La contribution éventuelle de l'ECE à la résolution de la pénurie de médecins est largement sous-exploitée, ce qui entraîne un coût énorme pour les personnes incapables d'accéder aux soins d'un médecin de famille.

L'ECE permet aux MFE admissibles de faire évaluer leurs compétences en milieu de travail, dans un cadre clinique canadien où ils sont supervisés et évalués par un médecin de famille chevronné. Si le MFE démontre ses compétences pour exercer la médecine familiale au Canada de manière sûre et efficace, il devient alors admissible à exercer sous le régime d'un permis provisoire. Dans la plupart des provinces, il est tenu d'effectuer une période de service obligatoire dans une communauté particulière mal desservie, après quoi il peut poursuivre ses démarches pour obtenir un permis sans restrictions.

À peine 1500 MFE ont obtenu leur permis d'exercice à l'aide de l'ECE au Canada entre 2018 (année où le Conseil médical du Canada a lancé le cadre de l'ECE de la Collaboration nationale en matière d'évaluation) et 2025. Même si le nombre et la capacité des programmes sont en hausse, avec les investissements et les innovations nécessaires, le modèle de l'ECE pourrait être considérablement étendu.

Voici certains facteurs qui limitent actuellement la capacité à étendre et à améliorer l'ECE :

- Obstacles au recrutement d'un nombre suffisant et durable d'évaluateurs qualifiés et à l'augmentation du nombre de sites d'évaluation;
- Fragmentation des renseignements et des processus de demande, créant des obstacles à l'accès pour les MFE et des inefficacités administratives pour les programmes d'ECE;
- Absence de critères d'admissibilité normalisés à l'ECE, fondés sur des données probantes solides;

- Obstacles importants empêchant les MFE de satisfaire aux exigences actuelles en matière d'expérience récente;
- Soutiens insuffisants après l'évaluation pour garantir la réussite de l'intégration des MFE.

Les obstacles qui empêchent le déploiement à grande échelle de l'ECE ne sont ni insurmontables ni inévitables. Il existe déjà des solutions innovantes pour étendre la portée du programme et en améliorer l'efficacité par des investissements dans les domaines suivants : exploration de nouveaux modèles et adaptation de modèles existants afin d'augmenter l'offre d'évaluateurs; centralisation de la transmission des renseignements et des aspects administratifs du processus de réception des demandes; normalisation et réforme des critères d'admissibilité des personnes candidates, y compris la récence de la pratique, sur la base de données de recherche solides; et soutien à l'intégration après l'évaluation. Tout cela est possible si des investissements fédéraux destinés à soutenir l'augmentation du nombre d'évaluations sont débloqués, grâce à la création d'un fonds fédéral permettant d'acheminer des ressources vers les programmes provinciaux et les organisations pancanadiennes.

La mise en œuvre à l'échelle nationale de l'ECE nécessite une volonté politique et des investissements stratégiques, une action coordonnée ainsi qu'une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux, les ordres professionnels, les autorités sanitaires et la communauté des MFE elle-même. Le coût de l'inaction, qui se mesure en pertes économiques, en retard de soins et en pénurie persistante de médecins à travers le Canada, dépasse de loin l'investissement nécessaire pour mettre en œuvre cette solution.

Recommendations:

1. Accroître la portée en augmentant le nombre d'évaluateurs et de sites d'évaluation

- → Soutenir l'élaboration, l'expérimentation, l'adaptation/la modification et l'expansion de modèles visant à accroître le nombre d'évaluateurs disponibles pour les programmes d'ECE et à permettre à ces personnes d'augmenter le nombre d'évaluations qu'elles peuvent réaliser chaque année.
- → Soutenir les infrastructures matérielles et technologiques nécessaires ainsi que les approches fondées sur le travail d'équipe afin de permettre l'expansion des programmes d'ECE.

2. Améliorer l'efficacité grâce à un portail de documentation centralisé dédié aux personnes candidates

Étendre et améliorer le portail Inscription Med du CMC afin de:

- → Fournir une source de renseignements centralisée et mise à jour numériquement sur tous les programmes d'ECE présentés dans un format comparable et facile à consulter;
- → Orienter les MFE vers les programmes d'ECE auxquels ils sont admissibles;

- → Servir de portefeuille numérique pour l'ensemble des documents requis des personnes candidates aux programmes d'ECE, y compris le stockage, la vérification et le partage de l'ensemble des documents;
- → Recueillir des données sur les programmes d'ECE auxquels les personnes candidates ont postulé et auxquels elles ont été admises.

3. Harmoniser les critères d'admissibilité fondés sur les données probantes

- → Œuvrer en faveur de la normalisation des critères d'admissibilité fondés sur les données probantes pour les programmes d'ECE à travers le Canada.
- → Entreprendre des travaux de recherche collaboratifs visant à recueillir des données probantes sur l'ensemble des programmes d'ECE au Canada et sur des programmes similaires à l'échelle internationale, afin de soutenir l'adoption de critères d'admissibilité normalisés et fondés sur les données probantes.

4. Address Recency of Practice Barriers

- → Mener des recherches collaboratives à l'échelle nationale afin de recueillir des données probantes pour définir les exigences pertinentes en matière de récence. Utiliser ces données pour déterminer s'il faut réviser ou lever les exigences de récence dans le cadre du parcours de l'ECE.
- → Élargir les possibilités offertes aux MFE d'exercer au Canada sous supervision afin de maintenir leurs compétences.
- → Étendre les rôles réglementés d'adjoint au médecin, d'assistant clinique et de médecin associé aux administrations où ils n'existent pas, et structurer ces rôles comme des passerelles vers l'ECE. Normaliser la reconnaissance de l'expérience acquise en tant qu'adjoint au médecin, assistant clinique ou médecin associé comme une pratique récente admissible pour l'ECE.

5. Soutenir l'intégration après l'évaluation

- → Soutenir les programmes d'ECE dans l'élaboration ou l'adaptation et la mise en œuvre de programmes solides d'intégration dans la pratique après l'évaluation.

6. Créer un fonds mandaté par les autorités fédérales, provinciales et territoriales afin de soutenir les initiatives provinciales et pancanadiennes destinées à étendre et à améliorer les programmes d'ECE

- → Créer un fonds fédéral destiné à étendre et à améliorer les programmes d'évaluation de la capacité à exercer (ECE), assorti d'un mandat fédéral, provincial et territorial (FPT) prévoyant le soutien de l'expansion de ces programmes à l'échelle nationale.

Table des matières

I. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER : UN ÉLÉMENT CLÉ DE LA SOLUTION À LA PÉNURIE DE MÉDECINS DE FAMILLE 6

II. QU'EST-CE QUE L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER 8

III. LES AVANTAGES DE L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER : ARGUMENTS EN FAVEUR DE SON EXPANSION 10

Rentabilité et rapidité 10

Libération de postes de formation en résidence pour les personnes qui en ont besoin 11

Comble les pénuries dans les communautés mal desservies 11

IV. EXPANSION DE L'ECE : DÉFIS ET SOLUTIONS 12

Obstacles au recrutement des évaluateurs : Augmenter l'offre d'évaluateurs et de sites d'évaluation 12

Fragmentation des renseignements et des demandes: Améliorer l'efficacité grâce à un portail centralisé dédié aux renseignements et aux demandes 15

Admissibilité fondée sur les données probantes: Remédier à l'absence de critères d'admissibilité normalisés 17

Éliminer les obstacles : Revoir la récence de la pratique 18

Après l'évaluation : Soutenir l'intégration efficace des personnes candidates à l'ECE dans la pratique 21

Rôle du gouvernement fédéral: Soutenir les initiatives d'ECE à l'échelle pancanadienne et provinciale grâce à des fonds fédéraux 21

V. SUMMARY OF RECOMMENDATIONS 23

Bibliographie 26


Hair Mineral

I. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER : UN ÉLÉMENT CLÉ DE LA SOLUTION À LA PÉNURIE DE MÉDECINS DE FAMILLE

Le Canada traverse une crise des soins primaires : 6,5 millions de personnes au pays n'ont pas accès à un médecin de famille[1]. L'attente pour obtenir des soins médicaux coûterait chaque année 5,2 milliards de dollars en salaires perdus[2]. La pénurie de médecins de famille au Canada s'explique par divers facteurs, notamment le vieillissement du corps médical et le désintérêt croissant des médecins et de la communauté étudiante pour la médecine familiale, phénomène largement attribuable à la charge administrative qui pèse sur les médecins de famille. Parallèlement, notre population vieillit et les besoins en matière de soins se complexifient[3].

Il faut mettre en place de nombreuses solutions pour remédier rapidement à la crise des soins primaires, notamment en augmentant l'offre de soins primaires dispensés par des professionnels non médecins, comme les pharmaciens et les infirmières, en repérant des moyens d'encourager l'exercice de la médecine familiale – par exemple, en réduisant la charge administrative – et en tirant parti des technologies. L'une des principales solutions à la pénurie de médecins de famille consiste à intégrer les médecins formés à l'étranger et résidant déjà au Canada en les aidant à obtenir leur permis d'exercice au pays. Le Canada accuse un retard considérable par rapport à ses homologues en matière de valorisation des talents de médecins formés à l'étranger. Par exemple, la moitié des médecins de famille au Royaume-Uni ont été formés à l'étranger, contre environ le quart au Canada[4].

Les médecins formés à l'étranger englobent différents groupes et il convient de les distinguer les uns des autres afin de déterminer les parcours les plus efficaces vers l'obtention d'un permis d'exercice au Canada. Il y a les personnes qui ont obtenu un diplôme de médecine à l'étranger, mais qui n'ont pas fait de programme de résidence ni exercé de manière indépendante. Cela inclut à la fois des personnes immigrées au Canada ayant obtenu leur diplôme de médecine à l'étranger et des personnes citoyennes canadiennes qui sont allées étudier la médecine à l'étranger. Cependant, il existe un autre groupe important de médecins formés à l'étranger: les personnes qui ont fait un programme de résidence, exercé de manière indépendante à l'étranger et immigré au Canada. Ces personnes citoyennes ou résidentes permanentes du Canada possèdent souvent une grande expérience de la pratique indépendante de la médecine à l'étranger. Cette population de médecins formés à l'étranger (MFE) constitue un élément essentiel de la solution à la pénurie actuelle de médecins de famille au Canada et a toujours joué un rôle important dans le maintien des effectifs médicaux du pays.

En raison d'importantes lacunes dans la collecte de données, il n'existe actuellement aucun chiffre officiel concernant le nombre de MFE au Canada qui ne sont pas autorisés à exercer au pays, mais selon les meilleures estimations, ce chiffre serait de l'ordre de plusieurs milliers.

---

[1] Pham et Kiran, More than 6.5 million adults in Canada lack access to primary care.

[2] Moir, The Private Cost of Public Queues.

[3] Collège des médecins de famille du Canada, Crise en médecine de famille; Richardson et Hussain, Point clé : Le Canada a besoin de plus de médecins – de toute urgence; Collège des médecins de famille de l'Ontario, More Than Four Million Ontarians Will Be Without a Family Doctor by 2026; Zhang, The Doctor Dilemma; Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, Les patients avant la paperasse.

[4] Zhang, The Doctor Dilemma; Conseil médical du Canada, Un jalon pancanadien.



Pour les MFE admissibles qui ont terminé leur résidence et exercé de manière indépendante dans un autre pays, l'ECE constitue une solution plus rapide et plus économique que les programmes de résidence; elle permet également de détourner ces MFE du système de formation en résidence et de libérer ainsi des places pour les personnes qui en ont besoin. Toutefois, malgré la mise en place récente de nouveaux programmes d'ECE dans des provinces où il n'en existait pas auparavant, l'accès à l'ECE reste extrêmement limité.

En 2025, le Conseil médical du Canada a indiqué qu'au total, 1500 MFE avaient obtenu leur permis d'exercice grâce à l'ECE depuis 2018, année où le Conseil médical du Canada a lancé le cadre de l'ECE de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE). Même si le nombre de programmes d'ECE disponibles au Canada a augmenté au cours des cinq dernières années, puisque 338 médecins ont accédé à la pratique par l'ECE en 2024-2025 (y compris en médecine familiale et dans les spécialités), ce chiffre reste faible si l'on considère que le Canada a besoin aujourd'hui de plus de 4300 médecins de famille supplémentaires pour garantir à toute la population canadienne l'accès à un médecin de famille, en partant du principe qu'en moyenne un médecin de famille voit environ 1500 patients par an.

Pour répondre aux besoins du Canada en matière de médecins de famille et de soins de santé primaires, il est essentiel de s'attaquer aux obstacles qui empêchent l'ECE d'atteindre tout son potentiel à grande échelle. Le présent rapport examinera pourquoi l'évaluation de la capacité d'exercer de médecins formés à l'étranger chevronnés, en tant que voie d'accès au permis d'exercice de la médecine familiale, est actuellement limitée et proposera des recommandations visant à surmonter les obstacles qui entravent la capacité du Canada à accroître le nombre de permis octroyés aux MFE au moyen de l'ECE.

Bien que l'élargissement de l'ECE aux spécialistes soit tout aussi important vu les pénuries extrêmes dans de nombreuses spécialités clés, le présent rapport porte spécifiquement sur l'ECE en médecine familiale et ne traite pas de l'ECE pour les spécialistes. Afin de comprendre les obstacles qui empêchent une expansion de l'ECE en médecine familiale, une analyse documentaire approfondie a été réalisée et complétée par les commentaires de 18 parties prenantes clés recueillis lors d'entretiens menés en 2025-2026. Les personnes interrogées proviennent d'organisations en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta, au Manitoba et en Colombie-Britannique, ainsi que d'organisations nationales. Parmi elles figurent des médecins agréés ayant une expérience de supervision de l'ECE, des MFE, des organismes d'agrément, des membres de la communauté de la recherche et des associations qui appuient les MFE.

II. QU'EST-CE QUE L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER

Les médecins formés à l'étranger disposent de deux voies pour obtenir leur permis d'exercer la médecine familiale au Canada : le programme de résidence en médecine familiale et l'évaluation de la capacité à exercer.

Pour les médecins formés à l'étranger qui n'ont pas fait de programme de résidence à l'étranger et qui n'ont pas exercé la médecine de manière indépendante à l'extérieur du Canada, le programme de résidence en médecine familiale de deux ans au Canada demeure la norme, et souvent la seule avenue pour devenir médecin de famille au Canada. Après avoir réussi les examens du Conseil médical du Canada, démontré leurs compétences linguistiques et satisfait aux exigences en matière d'expérience professionnelle récente, bon nombre des personnes qui souhaitent suivre une formation en médecine familiale présentent une demande auprès du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) afin d'obtenir l'une des rares places de résidence réservées aux personnes diplômées à l'étranger.

Obtenir une place en résidence est difficile pour diverses raisons, la principale étant que le nombre de personnes candidates dépasse le nombre de places disponibles pour les médecins formés à l'étranger. Pour les personnes qui n'obtiennent pas de place, c'est généralement là que s'arrête leur processus d'obtention du droit d'exercer la médecine.

Pour les MFE qui ont déjà fait leur résidence et exercé la médecine de manière indépendante à l'étranger, le processus de formation est en grande partie redondant. Pour ces MFE chevronnés, il existe une deuxième option, moins courante : l'évaluation de la capacité à exercer (ECE). Ce parcours permet aux MFE admissibles qui ont déjà fait leur résidence à l'étranger et qui possèdent une expérience de pratique indépendante à l'étranger de se soumettre à une évaluation de leurs compétences cliniques en milieu de travail, d'une durée moyenne de 12 semaines, bien que cela puisse varier d'une province à l'autre. Pendant cette période, les personnes candidates exercent sous la supervision directe d'un évaluateur ECE qualifié – un médecin chevronné qui évalue leurs compétences cliniques à l'aide d'un cadre d'évaluation pancanadien normalisé afin de s'assurer qu'elles répondent aux normes rigoureuses de sécurité et de qualité requises pour exercer la médecine de manière indépendante au Canada.

Une fois que le MFE réussit l'ECE, démontrant ainsi ses compétences pour exercer la médecine familiale au Canada de manière sûre et efficace, il peut alors exercer sous le régime d'un permis provisoire. Dans la plupart des provinces, un parcours menant à l'obtention d'un permis d'exercice sans restrictions est offert. En ce qui concerne le parcours menant à l'obtention d'un permis d'exercice sans restrictions, les procédures varient d'une province à l'autre et comprennent notamment une période de service obligatoire dans une communauté ou un lieu de travail spécifique dans le cadre d'un accord de retour de service ou d'un contrat de travail parrainé, ainsi que le respect d'autres exigences de certification fixées par l'ordre des médecins provincial.

L'ECE est disponible sous diverses formes depuis les années 1970 au Québec, depuis 2002 en Alberta, et a été instaurée en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan, au Manitoba et en Colombie-Britannique entre 2009 et 2015. La mise en place du cadre de Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) en 2018 a constitué une étape importante dans la normalisation de la méthodologie de l'ECE au Canada, afin de garantir une application cohérente de l'évaluation tout en maintenant des normes élevées en

matière de sécurité de la patientèle. L'ECE a été introduite en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador en 2023 et est désormais offerte dans toutes les administrations, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et des trois territoires.

Le nombre de MFE évalués chaque année varie considérablement d'un programme à l'autre. Par exemple, la Nouvelle-Écosse vise à évaluer environ 45 MFE par an grâce à son nouveau modèle de clinique d'évaluation centrale unique, tandis que le projet pilote d'ECE de l'Ontario vise à en évaluer 100 au cours des deux premières années. Dans le modèle de l'Alberta, les MFE postulent à des emplois parrainés par tous les types de prestataires de soins de santé de la province, les chiffres variant d'une année à l'autre en fonction du nombre de postes parrainés disponibles. En 2025, 159 ECE ont été faites en Alberta[5]. Le programme d'ECE du Nouveau-Brunswick, lancé en 2023, vise à réaliser 14 évaluations par an[6]. Il n'existe actuellement aucune base de données centralisée des candidats à l'ECE, ce qui rend difficile le suivi des chiffres. Il est difficile d'obtenir des chiffres précis à partir des données disponibles publiquement.

Comme chaque programme a évolué différemment à travers le Canada en fonction des mandats et des circonstances provinciales, il existe des variations importantes dans la manière dont les programmes sont régis, gérés et mis en œuvre, ainsi que dans leurs critères d'admissibilité. Cela crée à la fois des occasions et des défis lorsqu'il s'agit de déterminer la meilleure façon de déployer l'ECE à l'échelle nationale.

Tous les programmes d'ECE s'articulent autour d'une évaluation clinique en milieu de travail, fondée sur le cadre méthodologique de l'ECE de la Collaboration nationale en matière d'évaluation, qui propose une ligne directrice de 12 semaines[7]. De plus, dans toutes les provinces à l'exception de l'Alberta où les MFE obtiennent des postes d'emploi parrainés, les personnes retenues à l'ECE sont tenues de s'engager à un retour de service (RDS) obligatoire, acceptant d'exercer pendant une durée déterminée, généralement de 3 ans, dans une communauté rurale ou là où les besoins sont élevés.

Partout au pays, ces programmes sont gérés dans le cadre de diverses structures de partenariat ou de collaboration, habituellement en association notamment avec l'ordre provincial des médecins, des entités de formation médicale, les ministères provinciaux de la Santé ou les autorités sanitaires, les associations professionnelles et les organismes de parrainage.

---

[5] College of Physicians and Surgeons of Alberta Annual Report 2025.

[6] College of Physicians and Surgeons of Alberta, CPSAs Accelerated Route to Registration. CBC News; New Model for Licensing International Docs; gouvernement du Nouveau-Brunswick, Un plus grand nombre de médecins ayant été formés à l'étranger soigneront la population du Nouveau-Brunswick.

[7] En Alberta, l'ECE pour les MFE de régions approuvées est de 12 semaines, auxquelles s'ajoutent 12 semaines supplémentaires pour les personnes provenant de régions non approuvées. (Entretien avec un répondant). Dans le modèle PACE de la Nouvelle-Écosse, les personnes candidates peuvent démontrer les compétences requises, ou quitter le processus d'évaluation en cas d'échec, en moins de 12 semaines. (Entretien avec un répondant)

III. LES AVANTAGES DE L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À EXERCER : ARGUMENTS EN FAVEUR DE SON EXPANSION

Les arguments en faveur de l'ECE sont clairs. Il s'agit d'un moyen très efficace et abordable d'intégrer rapidement des médecins qualifiés formés à l'étranger au sein de notre corps de médecins de famille. Le rendement de l'investissement est quasi immédiat : il permet de réduire le nombre de personnes n'ayant pas accès à un médecin et d'avoir un impact social et économique positif au sein des communautés. La mise en œuvre à grande échelle de l'ECE, par l'augmentation de sa capacité et l'amélioration de sa prestation, tire aussi parti du fait que, en tant que pays d'immigration, les médecins formés à l'étranger constituent aujourd'hui, ont toujours constitué et continueront de constituer un élément clé du corps médical au Canada.

Rentabilité et rapidité

Les programmes d'ECE reposent sur un modèle de recouvrement des coûts financé à la fois par des subventions gouvernementales et par les frais versés par les personnes candidates[8]. En Alberta, par exemple, le coût par personne candidate s'élève à environ 35 000 $, et au Manitoba, il est d'environ 30 000 $[9]. À titre comparatif, le coût d'un programme de résidence en médecine de deux ans est d'environ 340 000 $, y compris les frais de formation et les salaires des résidents[10]. En d'autres mots, il est dix fois plus rapide et dix fois plus rentable pour un MFE de faire l'objet d'une ECE en médecine familiale que de faire un programme de résidence en médecine familiale au Canada. Par conséquent, l'ECE pourrait considérablement accroître l'offre de MFE titulaires d'un permis d'exercice indépendant au Canada, tout en réduisant les coûts liés à l'octroi des permis actuellement subventionnés par les contribuables dans le cadre des résidences médicales.

L'ECE apporte d'autres avantages financiers aux MFE et aux finances publiques. Considérons que le revenu moyen d'un médecin de famille s'élève à 324 000 $ par an, contre environ 70 000 $ par an pour un résident en médecine[11]. L'ECE permet aux MFE de toucher plus rapidement le salaire d'un médecin et de contribuer ainsi à l'économie en tant que consommateurs et contribuables. La prestation d'un plus grand volume de soins primaires et préventifs, ainsi que l'allègement des coûts financiers liés aux délais d'attente excessifs présentent également des avantages budgétaires considérables. La capacité à fournir des soins de santé à la population locale constitue par ailleurs un atout majeur pour l'économie locale. Le manque d'accès aux soins de santé dans de nombreuses communautés mal desservies a une incidence majeure sur leur viabilité et leur capacité à attirer de nouveaux résidents et de nouvelles entreprises.

---

[8] World Education Services, Élargir les voies d'accès à l'autorisation d'exercer pour les médecins formés à l'étranger en Ontario.

[9] College of Physicians and Surgeons of Alberta, Physician Fees; World Education Services, Élargir les voies d'accès à l'autorisation d'exercer pour les médecins formés à l'étranger en Ontario.

[10] Kutcher et coll., Maximizing Medical Talent.

[11] Institut canadien d'information sur la santé, Profil des médecins du Canada; Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), Salaires.



Libération de postes de formation en résidence pour les personnes qui en ont besoin

Un autre grand avantage de l'ECE est de permettre de détourner des programmes de résidence les MFE qui n'ont pas besoin d'une formation complémentaire. Ce système remédie à la redondance que représente l'obligation pour un MFE de faire un programme de résidence au Canada alors qu'il a déjà obtenu un diplôme de médecine à l'étranger. Cela permet d'accroître l'accès aux programmes de résidence tant pour les diplômés en médecine canadiens que pour les diplômés internationaux qui ont effectivement besoin d'une formation en résidence. En 2025, près de 5 000 personnes formées au Canada et à l'étranger ont présenté une demande de résidence et près de 3 900 ont été jumelées à un poste de résidence[12], laissant quelque 1100 personnes – dont la majorité ont été formées à l'étranger – sans poste de formation.

Comble les pénuries dans les communautés mal desservies

L'ECE permet d'augmenter l'offre de médecins de famille dans les petites collectivités et les zones rurales du Canada qui sont actuellement mal desservies, car les MFE qui terminent avec succès une ECE (dans toutes les provinces sauf l'Alberta) ont l'obligation de travailler dans des collectivités désignées comme mal desservies dans le cadre d'un accord de retour de service. En Colombie-Britannique, par exemple, l'ECE a permis de placer plus de 360 médecins de famille dans 78 collectivités mal desservies de la province depuis 2015[13]. En 2024, la Saskatchewan comptait 307 médecins en exercice dans la province dans le cadre de son programme d'ECE, dont 74 % dans des communautés rurales[14].

---

[12] Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), Rapport annuel de 2025; Forum de CaRMS de 2025.

[13] Practice Ready Assessment – British-Columbia.

[14] Gouvernement de la Saskatchewan, More Doctors Recruited to Rural Saskatchewan.

IV. EXPANSION DE L'ECE : DÉFIS ET SOLUTIONS

Les personnes interrogées ont fait état d'un certain nombre de défis qui ont une incidence tant sur la capacité de mise à l'échelle que sur l'efficacité et l'équité globales de l'ECE, et une série de solutions éventuelles ont fait surface. Certaines des solutions permettraient d'accroître directement la capacité de mise à l'échelle, tandis que d'autres pourraient grandement contribuer à l'efficacité, à l'élaboration de politiques fondées sur les données probantes et à l'équité. La section suivante examine ces défis et ces solutions et propose des recommandations.

Obstacles au recrutement des évaluateurs : Augmenter l'offre d'évaluateurs et de sites d'évaluation

Pour offrir un site d'évaluation, il faut des ressources. Au minimum, cela nécessite un évaluateur qualifié et les ressources nécessaires pour sa rémunération; l'accès à un espace physique adéquat au sein d'une clinique pour accueillir les patients, les évaluateurs et les personnes candidates; ainsi que des soutiens administratifs et technologiques pour gérer le programme d'ECE et accompagner les évaluateurs.

L'un des principaux obstacles à l'expansion de l'ECE à l'échelle nationale tient à la difficulté de recruter un personnel de supervision qualifié, motivé et disponible. Chaque lieu d'ECE doit disposer d'un évaluateur formé et qualifié – un médecin autorisé qui voit actuellement des patients auprès desquels le candidat peut être évalué. Cette pénurie d'évaluateurs limite la capacité des programmes d'ECE.

Selon les personnes interrogées, la plupart des modèles actuels d'ECE ont du mal à recruter et à retenir des évaluateurs, car le travail d'évaluation accroît les responsabilités des médecins de famille qui doivent déjà concilier une pratique clinique exigeante, une lourde charge administrative et, dans certains cas, la supervision de médecins résidents. D'après certaines personnes interrogées, les mesures incitatives, la rémunération et les soutiens offerts aux médecins pour qu'ils acceptent de devenir évaluateurs ne suffisent souvent pas à compenser l'investissement considérable en temps que représentent la formation des évaluateurs et les tâches d'évaluation, ainsi que la responsabilité juridique supplémentaire qu'ils assument en tant que médecins superviseurs.



Accroître le nombre d'évaluateurs : Adapter les mesures éprouvées

Les modèles de prestation des programmes d'ECE varient considérablement d'une province à l'autre en fonction des exigences réglementaires provinciales, des contextes de financement, de la géographie et des objectifs particuliers définis par le gouvernement et les autres parties prenantes. Chaque modèle présente des défis et des avantages propres en matière de recrutement d'évaluateurs et d'augmentation du nombre de lieux. L'examen des modèles en vigueur dans plusieurs provinces peut permettre de mieux comprendre ce qui fonctionne et ce qui pourrait éventuellement être adapté dans d'autres administrations.

Un certain nombre de pratiques prometteuses pourraient permettre d'améliorer le recrutement des évaluateurs – des solutions qu'il suffirait d'adapter et de transposer à d'autres administrations, moyennant un investissement et un soutien suffisants.

Le modèle du Physician Assessment Center of Excellence (PACE), lancé en 2025 en Nouvelle-Écosse, en est un exemple. Cette clinique d'évaluation centralisée, située à Halifax, a été mise en place pour faciliter le recrutement des évaluateurs et comporte plusieurs innovations qui ont permis d'augmenter leur nombre. PACE est une clinique de soins primaires, spécialement conçue comme un centre d'évaluation. À ce titre, elle peut offrir un vaste éventail de soutiens, notamment en matière d'administration, d'outils technologiques et d'un système de répartition des tâches d'évaluation entre les évaluateurs. Il en résulte une communauté de pratique solidaire pour les évaluateurs, tout en assurant la prise en charge directe des patients. Grâce à ce modèle, les admissions se font de façon continue, ce qui permet d'accroître le nombre de MFE qui peuvent être évalués.

À ce jour, ce modèle de clinique centralisée se révèle très efficace pour attirer des évaluateurs. Le personnel se compose principalement d'évaluateurs qui n'exercent pas la médecine familiale à temps plein, mais occupent plutôt des postes à temps partiel dans d'autres cadres et travaillent comme évaluateurs chez PACE entre un et quatre jours par semaine.

Bien que la Nouvelle-Écosse ne soit pas confrontée aux mêmes problèmes que les grandes provinces, où les distances sont considérables et les communautés isolées nombreuses, certains aspects du modèle de centre d'évaluation centralisé pourraient éventuellement être adaptés pour répondre aux besoins et aux objectifs particuliers d'autres provinces.

En revanche, le nouveau programme d'ECE de l'Ontario, lequel dessert une grande province comptant de nombreuses communautés rurales et isolées mal desservies, est un programme par cohorte qui donne la priorité à l'évaluation des personnes candidates dans des communautés et des contextes de pratique, dont la nature et les ressources sont similaires à celles des communautés mal desservies, où les MFE retenus exerceront la médecine tout en remplissant leurs obligations en matière de retour de service. L'évaluation des personnes candidates dans les types de communautés où elles exerceront est au cœur du modèle en Ontario et dans plusieurs autres provinces. Il est difficile de recruter des médecins de famille dans le cadre de ce modèle, car il s'agit souvent de professionnels exerçant seuls dans de petites collectivités et qui trouvent difficile d'assumer des responsabilités d'évaluation supplémentaires alors que leurs cabinets sont souvent déjà surchargés. Les avantages qu'offre le modèle PACE en matière de recrutement pourraient éventuellement être adaptés à d'autres provinces où les distances sont importantes et les communautés plus isolées, en mettant en place un modèle en étoile avec des cliniques dédiées à l'évaluation dans des collectivités régionales pivots, reliées aux petites communautés rurales mal desservies et aux cabinets où les MFE retenus exerceront pendant leur période de retour de service.

Le programme d'ECE de l'Alberta repose sur un modèle totalement différent dans le cadre duquel les MFE postulent d'abord à des postes médicaux parrainés par des employeurs. Une fois retenu par un employeur, le MFE est orienté vers le College of Physicians and Surgeons of Alberta qui gère le programme d'ECE de la province. Le programme d'ECE de l'Alberta évalue la médecine familiale et toutes les spécialités pour des affectations en milieu rural et urbain, couvrant un vaste éventail de champs d'activité et de types de pratique.

De 2015 à 2024, les postes parrainés étaient uniquement accessibles par l'intermédiaire de l'autorité sanitaire régionale. En 2024, le modèle a été élargi afin d'étendre les possibilités de parrainage au-delà des autorités sanitaires, permettant ainsi à des particuliers, à des organisations, à des entreprises et à d'autres entités de parrainer un poste de médecin dans n'importe quelle collectivité, y compris en milieu urbain. Cela a permis d'augmenter à la fois le nombre de postes disponibles et le nombre d'évaluateurs potentiels dans les organisations de parrainage prêtes à évaluer des personnes candidates qui seront employées par d'autres parrains. Une rémunération intéressante et des crédits de formation médicale continue sont aussi offerts aux évaluateurs à titre incitatif. Cette expansion, combinée aux mesures incitatives, a largement remédié aux problèmes de recrutement d'évaluateurs. En 2025, le modèle d'ECE de l'Alberta a permis de faire plus de 150 évaluations. Même si le fonctionnement de ce modèle diffère considérablement de celui des autres provinces, certains aspects pourraient être adaptés pour aider à déployer des programmes à plus grande échelle dans d'autres provinces.

En outre, plusieurs personnes interrogées ont suggéré d'explorer la possibilité de faire appel à des médecins proches de la retraite ou récemment retraités. Il serait possible de créer des modèles permettant à des médecins en fin de carrière d'intégrer temporairement des structures de soins existantes à titre d'évaluateurs, ou de transférer des patients vers une clinique d'évaluation spécialisée dans le cadre d'une stratégie de réduction progressive de leurs activités. Les mesures incitatives pour ces évaluateurs pourraient inclure l'exonération des frais d'inscription auprès de l'ordre des médecins, la prise en charge des frais d'assurance et autres coûts, ainsi qu'une rémunération concurrentielle. Le gouvernement pourrait investir dans des projets pilotes visant à élaborer des modèles de recrutement, de formation et d'accompagnement spécialement conçus pour les médecins en fin de carrière. Les MFE actuellement en exercice et prêts à soutenir le programme pour aider d'autres collègues à intégrer la profession constituent une autre source précieuse d'évaluateurs. Ces sources relativement inexploitées d'évaluateurs pourraient augmenter considérablement la capacité des programmes d'ECE.

Recommandations:

→ Soutenir l'élaboration, la mise à l'essai, l'adaptation/la modification et l'expansion de modèles qui augmentent l'offre d'évaluateurs pour les programmes d'ECE et permettent à ces derniers d'accroître le nombre d'évaluations réalisées chaque année;

→ Soutenir les infrastructures matérielles et technologiques nécessaires ainsi que les approches fondées sur le travail d'équipe afin de favoriser l'expansion des programmes d'ECE.

Fragmentation des renseignements et des demandes: Améliorer l'efficacité grâce à un portail centralisé dédié aux renseignements et aux demandes

Documentation et renseignements

Certains éléments de l'ECE, comme les lignes directrices d'évaluation, les outils d'évaluation clinique et la formation des évaluateurs, sont fournis à tous les programmes d'ECE par l'intermédiaire du cadre de l'ECE de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE), géré par le CMC. Cependant, bien qu'ils s'appuient sur un cadre d'évaluation commun, les neuf programmes d'ECE du Canada fonctionnent de manière distincte et indépendante. Chaque programme impose ses propres critères d'admissibilité, ses propres règles et ses propres procédures. Chaque programme vérifie et évalue de manière indépendante les documents d'admissibilité des personnes candidates. Cette approche entièrement décentralisée constitue un fardeau important pour les personnes candidates et un chevauchement considérable des démarches administratives lorsqu'une personne candidate postule à des programmes dans plus d'une province.

De même, les MFE sont confrontés à une difficulté supplémentaire: les renseignements sur les programmes d'ECE ne sont pas centralisés. Les MFE doivent consulter et analyser les renseignements provenant de neuf sites Web de programmes d'ECE différents, chacun présentant les renseignements dans des formats différents et à des fréquences de mise à jour variables. Cela sème la confusion et ralentit le processus de demande pour les MFE. Le gouvernement fédéral a déjà investi dans un certain nombre d'outils, hébergés par différentes organisations, pour aider les MFE à se repérer dans le processus de délivrance d'un permis d'exercice. Il conviendrait d'exploiter pleinement ces outils et de les intégrer dans la mesure du possible afin d'optimiser ces investissements et leur impact.

Dans l'ensemble, les difficultés liées à la documentation et à la communication de renseignements entraînent des inefficacités dans les programmes d'ECE au Canada. Elles réduisent l'accessibilité et créent des obstacles à la candidature pour les MFE, tout en alourdissant la charge administrative des programmes d'ECE.

Données nationales

En raison de l'absence d'une base de données nationale sur l'ECE, il n'existe pas de liste centralisée de toutes les possibilités d'ECE à l'échelle nationale, ni de moyen de suivre les candidatures individuelles et les programmes auxquels ces personnes postulent. Cela limite la possibilité d'assurer un suivi national de l'ECE et de mieux harmoniser les exigences et les échéances dans le but, d'une part, de maximiser les possibilités des MFE et, d'autre part, de garantir que les personnes candidates qui ne trouvent pas de place dans une province puissent être redirigées vers une autre afin que tous les postes d'ECE disponibles dans l'ensemble des administrations soient pourvus efficacement.

Solutions possibles

Le portail existant du Conseil médical du Canada, inscriptionmed.ca, constitue un guichet unique permettant aux personnes faisant leur cours de médecine et aux MFE de faire une demande d'inscription aux examens du CMC, d'accéder à leurs résultats d'examens et de les partager, de faire vérifier l'authenticité de leurs titres de compétences médicaux, ainsi que de transmettre ces titres aux autorités de réglementation médicale canadiennes et à d'autres organismes. Plusieurs personnes interrogées ont recommandé que ce portail soit étendu afin de vérifier et de faciliter le partage d'autres documents requis pour l'admissibilité à l'ECE directement avec les programmes auxquels le MFE postule. Cela pourrait inclure les résultats des tests linguistiques, le statut d'immigration, la formation en résidence, les lettres de recommandation et tout autre document requis.

La plateforme inscriptionmed.ca pourrait aussi être améliorée afin d'orienter les MFE vers les renseignements et les procédures de candidature relatives aux programmes d'ECE particuliers auxquels ils sont admissibles, et de leur permettre de transmettre directement leurs documents. Cela pourrait réduire considérablement le temps et les efforts nécessaires que doivent déployer les MFE pour déterminer leurs options en matière d'ECE et gérer leurs documents, tout en simplifiant et en allégeant considérablement le fardeau administratif qui pèse sur ces programmes.

Il serait également possible d'améliorer ce portail pour qu'il fasse office de base de données nationale sur les MFE, permettant ainsi une collecte et un suivi efficaces des données à l'échelle du pays. Le succès de ce portail amélioré reposerait sur la participation de toutes les administrations compétentes en matière d'ECE et des MFE candidats afin de garantir son adéquation à leurs besoins et sa capacité à s'adapter aux différents modèles de programmes.

Recommandations:

Étendre et améliorer le portail inscriptionmed.ca du CMC afin de:

→ Fournir une source de renseignements centralisée et mise à jour numériquement sur tous les programmes d'ECE, présentée dans un format comparable et facile à consulter;

→ Orienter les MFE vers les programmes d'ECE auxquels ils sont admissibles;

→ Servir de portail centralisé pour le stockage, la vérification et le partage de tous les documents requis des personnes candidates aux programmes d'ECE;

→ Recueillir des données sur les programmes d'ECE auxquels les personnes candidates ont postulé et pour lesquels elles ont été retenues.



Admissibilité fondée sur les données probantes: Remédier à l'absence de critères d'admissibilité normalisés

Manque de cohérence dans les critères d'admissibilité à l'ECE

Bien qu'il puisse y avoir des différences compréhensibles entre les modèles de prestation d'une province à l'autre en raison de contextes provinciaux différents, il serait raisonnable de s'attendre à un niveau élevé d'harmonisation des conditions d'admissibilité à une ECE, basé sur des données de recherche solides. Cependant, les critères et les conditions d'admissibilité varient considérablement entre les neuf programmes d'ECE du Canada. Certaines provinces exigent l'examen d'aptitude du CMC ou l'examen de la CNE. En revanche, le programme d'ECE de la Nouvelle-Écosse n'exige aucune de ces évaluations, car elles ne sont pas conçues pour les médecins en milieu de carrière. Les critères d'admissibilité relatifs à la récence de l'exercice, au programme de résidence et à l'expérience de pratique indépendante varient également.

Comme l'ont souligné plusieurs personnes interrogées, même à l'heure où le gouvernement fédéral mise sur la mobilité interprovinciale de la main-d'œuvre, les critères d'admissibilité à l'ECE sont de plus en plus divergents plutôt qu'harmonisés. Les variations dans les critères témoignent à la fois de l'intensité de la concurrence entre les provinces pour attirer les médecins et de l'absence d'une base factuelle solide permettant de déterminer la nature des critères garantissant la réussite aux programmes d'ECE. L'expansion du programme d'ECE afin d'offrir des places à toutes les personnes candidates admissibles, ainsi que l'amélioration des données de recherche sur les critères appropriés, contribueraient à lever les obstacles à une meilleure harmonisation des critères d'admissibilité à l'ECE à l'échelle nationale.

Tout en reconnaissant que les provinces souhaitent conserver une certaine souplesse dans leurs modèles de prestation de l'ECE, l'adoption de critères d'admissibilité clairement justifiables, fondés sur les données probantes et normalisés, demeure un objectif important. Il faut mener des recherches collaboratives à l'échelle nationale afin d'étayer une base de données probantes commune quant aux critères d'admissibilité. La normalisation nationale des critères d'admissibilité devrait englober toutes les exigences de base. Un processus de normalisation pourrait être géré par le Cadre national d'évaluation, coordonné par le CMC et soutenu par des ressources fédérales, au besoin.

Recommandations:

→ Procéder à la normalisation des critères d'admissibilité fondés sur les données probantes pour les programmes d'ECE à l'échelle canadienne;

→ Entreprendre des recherches collaboratives visant à recueillir des données probantes sur l'ensemble des programmes d'ECE au Canada et sur des programmes similaires à l'échelle internationale, afin de promouvoir l'adoption de critères d'admissibilité normalisés et fondés sur les données probantes.

Éliminer les obstacles : Revoir la récence de la pratique

Les exigences relatives à la récence de la pratique méritent une attention particulière, car elles représentent un obstacle important pour les MFE qui, pour la plupart, sont incapables de maintenir cette récence une fois installés au Canada.

Les exigences relatives à la récence de la pratique visent à garantir que les médecins maintiennent à jour leurs compétences cliniques et n'aient pas connu d'interruption prolongée dans leur pratique qui pourrait compromettre la sécurité de la patientèle. Cela s'applique aussi bien aux médecins formés au Canada qui reprennent leur pratique qu'aux nouveaux arrivants qui entament leur carrière à mi-parcours au Canada après s'être éloignés de la pratique clinique pendant leur immigration et leur installation au Canada, tout en s'efforçant d'obtenir leur autorisation d'exercer. Chaque organisme provincial de réglementation a ses propres exigences en matière de récence de pratique; le critère général consiste à démontrer un nombre minimum d'années d'exercice médical indépendant au cours des trois à cinq dernières années. Les médecins formés au Canada qui ne répondent plus à ces exigences de récence sont généralement tenus de suivre un programme d'évaluation et de remise à niveau.

Les différences entre les exigences provinciales en matière de mise à jour des compétences et entre les programmes d'ECE reflètent l'absence de consensus dans les données probantes quant à la période d'interruption de pratique après laquelle une évaluation est requise pour tout médecin (formé au Canada ou à l'étranger), peu importe son contexte professionnel, ainsi qu'à la meilleure façon de prendre en compte les années d'expérience et d'autres facteurs propres à chaque médecin. Une revue systématique des écrits publiée en 2023 a révélé qu'il n'y a aucun consensus dans les données probantes sur la durée de l'interruption d'exercice après laquelle il faudrait procéder à une évaluation des compétences. L'étude conclut que « les facteurs à considérer dans l'élaboration des normes quant

à la récence de pratique comprennent la durée de l'interruption d'exercice, l'expérience antérieure, l'âge et la complexité de l'intervention; il est toutefois nécessaire de mener des recherches supplémentaires dans ce domaine »[15].

Il est difficile pour la plupart des MFE de satisfaire aux critères de maintien des compétences, car un certain temps s'écoule généralement après leur immigration au Canada pendant lequel ces personnes s'installent avec leur famille, passent les examens et s'occupent des autres démarches nécessaires pour entamer le processus d'obtention du permis d'exercice de la médecine au Canada. Il arrive souvent qu'à l'issue de cette période de transition, les MFE ne répondent plus aux exigences de maintien des compétences. À l'heure actuelle, il n'y a pratiquement aucune possibilité pour les MFE de maintenir une pratique clinique récente en tant que médecins au Canada, ce qui limite le nombre de MFE en mesure de satisfaire à cette condition d'admissibilité au programme d'ECE et réduit le bassin de personnes candidates éventuelles à l'ECE. De nombreux MFE sont donc confrontés à la difficile décision de renoncer à exercer la médecine au Canada ou de quitter temporairement le pays pour exercer à l'étranger afin de satisfaire à ce critère – une décision qui peut entraîner non seulement des difficultés financières, mais aussi des difficultés familiales pour les MFE qui laissent leur famille au Canada. Les personnes interrogées ont proposé trois types de solutions pour surmonter l'obstacle lié à la récence de l'expérience auquel sont confrontés de nombreux MFE : lever ou réviser les critères de récence; créer des possibilités claires et accessibles permettant aux MFE de maintenir leurs compétences à jour après leur arrivée au Canada; et délivrer des permis de travail temporaires aux MFE qui n'ont pas encore immigré afin qu'ils puissent faire l'objet d'une ECE avant d'immigrer.

Lever la condition de récence pour le parcours de l'ECE

Une solution possible pour surmonter les obstacles liés au maintien des compétences consisterait à obtenir un consensus parmi les organismes de réglementation provinciaux afin de lever l'exigence de récence pour les MFE qui font l'objet d'une ECE. L'argument en faveur de cette mesure tient au fait que les exigences de maintien des compétences visent à garantir la sécurité de la pratique après une période d'interruption d'exercice. Certaines personnes interrogées font valoir que l'exigence de récence de pratique est superflue dans le cas de l'ECE, car l'évaluation en milieu de travail menée dans le cadre du programme est, par définition, une évaluation fondée sur les compétences, conçue pour déterminer si un MFE chevronné qui a pratiqué à l'étranger est actuellement compétent pour exercer la médecine en toute sécurité au Canada. Il est donc inutile d'inclure la récence de pratique parmi les critères d'admissibilité à une ECE. Comme les médecins ayant immigré au Canada n'ont pas la possibilité de maintenir ici la récence de leur pratique et que les compétences actuelles des MFE qui font l'objet d'une ECE seront évaluées, certaines personnes interrogées ont soutenu que les exigences de récence ne sont pas adaptées à ce parcours d'autorisation d'exercer.

[15] Main et Anderson, Evidence for recency of practice.

D'autres ont toutefois fait valoir que des données probantes semblent indiquer que la récence a une valeur prédictive pour déterminer quelles personnes candidates parviendront à démontrer leurs compétences lors d'une évaluation. Les suggestions visant à réformer les exigences de récence conformément aux résultats probants comprenaient la prise en compte du nombre total d'années/d'heures d'expérience clinique, ainsi que du temps écoulé depuis l'exercice de la profession. Cela permettrait de remédier aux critères actuels, plus arbitraires, qui exigent que l'expérience clinique ait été acquise au cours d'une période continue ou au cours des trois à cinq dernières années, indépendamment du nombre d'années d'expérience du MFE ou d'autres facteurs fondés sur des données probantes issues de la recherche.

Offrir aux MFE vivant au Canada la possibilité de maintenir leurs compétences à jour

Il y a plusieurs moyens de permettre aux MFE de maintenir leurs compétences. L'un d'entre eux consiste à leur offrir la possibilité d'exercer pendant un certain temps sous le régime d'une autorisation provisoire ou supervisée. Il existe un précédent à ce type d'approche dans le domaine des soins infirmiers. L'Ontario, par exemple, a mis en place le Programme de partenariat en matière d'expérience d'exercice infirmier sous supervision, grâce auquel les infirmières formées à l'étranger qui satisfont à toutes les autres exigences d'autorisation d'exercer ont la possibilité de remplir les exigences en matière d'heures de pratique récentes, en contexte sécuritaire, grâce à des stages cliniques rémunérés et supervisés. Les instances de réglementation et les formateurs en médecine pourraient aussi envisager des moyens de structurer les postes d'assistant clinique ou de médecin associé réglementés, ainsi que d'autres formes d'expérience supervisée en milieu clinique, afin de répondre aux exigences en matière de récence de la pratique. Plusieurs programmes d'ECE acceptent déjà cette expérience pour satisfaire aux critères d'admissibilité liés à la récence de la pratique; cette méthode pourrait être harmonisée entre les différents programmes.

Recommandations:

→ Mener des recherches collaboratives à l'échelle nationale afin d'établir des données probantes permettant de définir des exigences adéquates en matière de récence. Utiliser ces données pour déterminer s'il convient de réviser ou de lever ces exigences dans le cadre de l'ECE;

→ Élargir les possibilités offertes aux MFE d'exercer au Canada sous supervision afin de maintenir leurs compétences à jour;

→ Étendre les rôles réglementés d'adjoint au médecin, d'assistant clinique et de médecin associé aux administrations où ils n'existent pas, et structurer ces rôles comme des voies d'accès à l'ECE;

→ Normaliser la reconnaissance de l'expérience acquise en tant qu'adjoint au médecin, assistant clinique ou médecin associé comme expérience récente permettant l'accès à l'ECE.

Après l'évaluation : Soutenir l'intégration efficace des personnes candidates à l'ECE dans la pratique

Bon nombre de personnes interrogées ont souligné la nécessité de financer, d'élaborer et de déployer à plus grande échelle les mesures éprouvées d'aide à l'intégration qui permettent aux MFE d'intégrer avec succès les communautés où ils exerceront après leur évaluation. Parmi ces mesures, mentionnons le mentorat, les réseaux de soutien par les pairs, la formation continue, les mesures d'aide à l'intégration destinées à la famille du médecin, ainsi que des initiatives en matière de diversité, d'inclusion et de lutte contre le racisme au sein de la communauté d'accueil. Les personnes interrogées ont cité le programme d'ECE de la Saskatchewan comme un modèle solide en matière de soutien après l'évaluation. Bien que cela ne concerne pas directement l'expansion de l'ECE, beaucoup ont fait valoir que ces mesures de soutien sont essentielles à la réussite des personnes candidates à l'ECE, ainsi qu'à la possibilité de les maintenir dans les collectivités après leur période obligatoire de retour de service ou leur emploi parrainé. Le recrutement et la fidélisation des médecins dans les communautés rurales et isolées mal desservies constituent un problème qui ne peut, en fin de compte, être résolu par un retour de service obligatoire; beaucoup ont d'ailleurs contesté l'équité d'une telle exigence applicable uniquement aux MFE. Toutefois, le soutien apporté aux MFE pour favoriser leur réussite dans ces collectivités pourrait accroître les chances qu'ils y restent.

Recommandations:

→ Soutenir les programmes d'ECE dans l'élaboration ou l'adaptation et la mise en œuvre de solides programmes d'intégration à la pratique après l'évaluation.

Rôle du gouvernement fédéral: Soutenir les initiatives d'ECE à l'échelle pancanadienne et provinciale grâce à des fonds fédéraux

Les gouvernements provinciaux de neuf provinces canadiennes ont financé et soutenu l'établissement de programmes d'ECE, chaque province élaborant des approches innovantes adaptées à son contexte particulier. Pour relever les défis auxquels sont confrontés les programmes d'ECE et les MFE, et pour tirer pleinement parti des possibilités d'expansion de l'ECE, il faut du financement, de la collaboration, de la coordination et du leadership. Comme l'a souligné un rapport du Sénat du Canada publié en 2025[16], le gouvernement fédéral a un rôle évident à jouer pour aider les provinces et les organisations médicales nationales à continuer de trouver, de mettre à l'essai, d'adapter et de déployer à grande échelle des solutions permettant d'exploiter pleinement le potentiel de l'ECE afin de remédier à la pénurie de médecins de famille partout au Canada.

L'intégration des médecins immigrants au sein du corps médical canadien relève du mandat de plusieurs ministères fédéraux, notamment Santé Canada, EDSC, IRCC et le ministère du Travail. Les tables rondes fédérales-provinciales-territoriales (FPT) qui se penchent sur les défis liés au personnel de santé au Canada cherchent conjointement des solutions. Les recommandations présentées dans ce rapport peuvent contribuer à accroître le nombre de médecins de famille dispensant des soins de

[16] Kutcher et Ravalia, Résoudre la pénurie de médecins du Canada.

première ligne partout au Canada, non seulement dans les collectivités rurales et éloignées, mais aussi dans les villes canadiennes. Des ressources fédérales pourraient soutenir la mise en œuvre de ces recommandations grâce à la création d'un fonds fédéral, mandaté par les tables FPT compétentes et dirigé par les ministères concernés.

Ce fonds visant à élargir et à améliorer les programmes d'ECE apporterait un soutien aux provinces, aux programmes d'ECE, aux instances de réglementation, aux organismes médicaux nationaux et aux organisations de MFE afin de promouvoir des initiatives très ciblées. Il pourrait être structuré de sorte à encourager la collaboration interprovinciale et interorganisationnelle, l'harmonisation pancanadienne des normes et des exigences, ainsi que l'adaptation des pratiques efficaces à différents contextes.

Le fonds pourrait soutenir les éléments suivants :

- Coûts directs liés à la mise à l'échelle durable : par exemple, rémunération des responsables de l'évaluation, infrastructures physiques et technologies d'évaluation pour les cliniques, création de cliniques pivots dédiées à l'évaluation et de modèles de prestation en étoile;
- Amélioration de la prestation des services : financement de démarrage et de pérennisation pour améliorer la prestation des services; par exemple, extension des capacités actuelles en matière d'accueil centralisé, d'orientation, de gestion des dossiers de demande et de centre d'information;
- Harmonisation/normalisation des critères d'admissibilité au programme : par exemple, recherche nationale pour établir des données probantes sur les critères d'admissibilité; mise à jour des normes de l'ECE de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE), géré par le CMC.

Recommandations:

→ Créer un fonds fédéral destiné à étendre et à améliorer les programmes d'évaluation de la capacité à exercer, assorti d'un mandat FPT visant à soutenir la mise à l'échelle de ces programmes au Canada.



V. SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

La crise des soins primaires au Canada exige une action urgente : 6,5 millions de personnes au Canada n'ont pas de médecin de famille et on estime que le pays a besoin de plus de 4300 médecins de famille supplémentaires. Par conséquent, le Canada ne peut pas se permettre de négliger l'important vivier de talents que représentent les MFE. Le système actuel gaspille des ressources et du potentiel humain en sous-utilisant les MFE, alors qu'il existe une solution rapide et rentable.

L'ECE est une solution éprouvée, plus rapide et plus rentable que d'obliger des MFE d'expérience à refaire un programme de résidence et à rivaliser pour obtenir des places limitées en résidence. Les résultats obtenus par l'ECE témoignent à la fois de sa faisabilité et de son impact. La contribution éventuelle de l'ECE à la résolution de la pénurie de médecins est largement sous-exploitée, ce qui entraîne un coût énorme pour les personnes incapables d'accéder aux soins d'un médecin de famille.

Les obstacles qui empêchent le déploiement à grande échelle de l'ECE ne sont ni insurmontables ni inévitables. Les recommandations formulées dans le présent rapport constituent une feuille de route pour mener à bien la mise à l'échelle et l'amélioration de l'efficacité du programme grâce à des investissements dans les domaines suivants : exploration de nouveaux modèles et adaptation des modèles existants afin d'augmenter l'offre d'évaluateurs; centralisation de la transmission des renseignements et des aspects administratifs du processus de réception des demandes; normalisation et réforme des critères d'admissibilité des personnes candidates, y compris la récence de la pratique, sur la base de données de recherche solides; et soutien à l'intégration après l'évaluation. Tout cela est possible en débloquant des investissements fédéraux destinés à soutenir l'augmentation du nombre d'évaluations.

La mise en œuvre à l'échelle nationale de l'ECE nécessite une volonté politique et des investissements stratégiques, une action coordonnée ainsi qu'une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux, les ordres professionnels, les autorités sanitaires et la communauté des MFE elle-même. Le coût de l'inaction, qui se mesure en pertes économiques, en retard de soins et en pénurie persistante de médecins à travers le Canada, dépasse de loin l'investissement nécessaire pour mettre en œuvre cette solution. Les personnes les plus touchées sont les patients qui peinent à accéder à des soins de santé, alors que cette riche ressource que constituent les MFE d'expérience installés au Canada demeure inexploitée. Le Canada dispose des ressources nécessaires et des MFE prêts à répondre à la crise des soins primaires. Il faut désormais s'engager à faire tomber les obstacles et à accélérer ce parcours afin que les MFE puissent servir la patientèle canadienne.

1. Accroître la portée en augmentant le nombre d'évaluateurs et de sites d'évaluation

- → Soutenir l'élaboration, l'expérimentation, l'adaptation/la modification et l'expansion de modèles visant à accroître le nombre d'évaluateurs disponibles pour les programmes d'ECE et à permettre à ces personnes d'augmenter le nombre d'évaluations qu'elles peuvent réaliser chaque année.
- → Soutenir les infrastructures matérielles et technologiques nécessaires ainsi que les approches fondées sur le travail d'équipe afin de permettre l'expansion des programmes d'ECE.

2. Améliorer l'efficacité grâce à un portail de documentation centralisé dédié aux personnes candidates

Étendre et améliorer le portail Inscription Med du CMC afin de:

- → Fournir une source de renseignements centralisée et mise à jour numériquement sur tous les programmes d'ECE présentés dans un format comparable et facile à consulter;
- → Orienter les MFE vers les programmes d'ECE auxquels ils sont admissibles;
- → Servir de portefeuille numérique pour l'ensemble des documents requis des personnes candidates aux programmes d'ECE, y compris le stockage, la vérification et le partage de l'ensemble des documents;
- → Recueillir des données sur les programmes d'ECE auxquels les personnes candidates ont postulé et auxquels elles ont été admises.

3. Harmoniser les critères d'admissibilité fondés sur les données probantes

- → Œuvrer en faveur de la normalisation des critères d'admissibilité fondés sur les données probantes pour les programmes d'ECE à travers le Canada.
- → Entreprendre des travaux de recherche collaboratifs visant à recueillir des données probantes sur l'ensemble des programmes d'ECE au Canada et sur des programmes similaires à l'échelle internationale, afin de soutenir l'adoption de critères d'admissibilité normalisés et fondés sur les données probantes.

4. Aborder les obstacles liés à la récence de la pratique

- → Mener des recherches collaboratives à l'échelle nationale afin de recueillir des données probantes pour définir les exigences pertinentes en matière de récence. Utiliser ces données pour déterminer s'il faut réviser ou lever les exigences de récence dans le cadre du parcours de l'ECE.
- → Élargir les possibilités offertes aux MFE d'exercer au Canada sous supervision afin de maintenir leurs compétences.
- → Étendre les rôles réglementés d'adjoint au médecin, d'assistant clinique et de médecin associé aux administrations où ils n'existent pas, et structurer ces rôles comme des passerelles vers l'ECE. Normaliser la reconnaissance de l'expérience acquise en tant qu'adjoint au médecin, assistant clinique ou médecin associé comme une pratique récente admissible pour l'ECE.

5. Soutenir l'intégration après l'évaluation

- → Soutenir les programmes d'ECE dans l'élaboration ou l'adaptation et la mise en œuvre de programmes solides d'intégration dans la pratique après l'évaluation.

6. Créer un fonds mandaté par les autorités fédérales, provinciales et territoriales afin de soutenir les initiatives provinciales et pancanadiennes destinées à étendre et à améliorer les programmes d'ECE

- → Créer un fonds fédéral destiné à étendre et à améliorer les programmes d'évaluation de la capacité à exercer (ECE), assorti d'un mandat fédéral, provincial et territorial (FPT) prévoyant le soutien de l'expansion de ces programmes à l'échelle nationale.

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Joan Atlin, directrice d'Atlin Consultin; Kareem El-Assal, directeur d'El-Assal Insights; et Victoria Ogley, chercheuse. Dans le cadre de la rédaction de ce rapport, ces personnes étaient affiliées à l'Institut mondial des migrations de l'Université métropolitaine de Toronto. L'équipe de rédaction remercie les personnes qui ont commenté les versions préliminaires du rapport. Toute erreur ou omission relève de sa seule responsabilité.



Bibliographie

ACCES Employment, Health English Language Pro (HELP). ACCES Employment, décembre 2026. https://accesemployment.ca/programs/bridging-and-sector-specific-programs/help-program (accès : 11 janvier 2026)

Adegoke, Kola, Abimbola Adegoke, Deborah Dawodu et Temitope Kayode, Systemic Racism in Canadian Healthcare: A Policy and Equity Analysis. Journal of Primary Care & Community Health 16 (2025) : 1–8. https://doi.org/10.1177/21501319251386672.

Association médicale de l'Ontario, Ensure every Ontarian has a family doctor. https://www.oma.org/advocacy/we-wont-give-up/?shpath=/priorities/ensure-every-ontarian-has-a-family-doctor (accès : 11 janvier 2026).

Collège des médecins de famille de l'Ontario, More Than Four Million Ontarians Will Be Without a Family Doctor by 2026. 7 novembre 2023. https://ontariofamilyphysicians.ca/news/more-than-four-million-ontarians-will-be-without-a-family-doctor-by-2026/ (accès : 11 janvier 2026).

College of Physicians and Surgeons of Alberta, CPSA's Accelerated Route to Registration https://cpsa.ca/news/cpsas-accelerated-route-to-registration-looking-back-on-the-first-year-of-the-pilot/ (accès : 4 juin 2026).

Conseil médical du Canada, Évaluation de la capacité à exercer. https://mcc.ca/fr/examens-et-evaluations/evaluation-de-la-capacite-a-exercer/ (accès : 11 janvier 2026).

Conseil médical du Canada, Parcours à l'intention des diplômés internationaux en médecine. https://mcc.ca/fr/titres-de-competences-et-services/parcours-vers-lobtention-du-permis-dexercice/parcours-a-lintention-des-diplomes-internationaux-en-medecine (accès : 11 janvier 2026).

Conseil médical du Canada, Rapport annuel du CME de 2022-2023. https://mcc.ca/wp-content/uploads/Rapport-annuel-du-CMC-2022-2023.pdf (accès : 11 janvier 2026).

Conseil médical du Canada, Rapport annuel du CME de 2023-2024. https://mcc.ca/wp-content/uploads/Rapport-annuel-du-CMC-de-2023-2024.pdf (accès : 11 janvier 2026).

Conseil médical du Canada, Rapport annuel du CME de 2024-2025. https://mcc.ca/fr/publications/rapport-annuel-du-cmc-de-2024-2025/ (accès : 11 janvier 2026).

Conseil médical du Canada, Votre portail de services : inscriptionmed.ca. https://mcc.ca/fr/titres-de-competences-et-services/services/ (accès : 11 janvier 2026).

Conseil médical du Canada. Examen de la CNE. https://mcc.ca/fr/examens-et-evaluations/examen-de-la-cne/ (accès : 11 janvier 2026).

COPSIPE, Discrimination. Canadian On Paper Society for Immigrant Physicians Equality. https://www.canadianonpaper.com/facts (accès : 25 janvier 2026).

Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, Les patients avant la paperasse. 1 février 2024. https://www.cfib-fcei.ca/fr/rapports-de-recherche/coinces-derriere-un-bureau (accès :11 janvier 2026).

Gouvernement de l'Ontario, L'Ontario ajoute 100 nouveaux médecins de famille dans lescollectivités rurales et du Nord. 4 décembre 2024. https://news.ontario.ca/fr/release/1005450/lontario-ajoute-100-nouveaux-medecins-de-famille-dans-les-collectivites-rurales-et-du-nord (accès : 11 janvier 2026).

Gouvernement de la Saskatchewan, More Doctors Recruited to Rural Saskatchewan, 28 août 2024. https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2024/august/28/more-doctors-recruited-to-rural-saskatchewan (accès : 11 juin 2026).

Gouvernement du New-Brunswick : Un plus grand nombre de médecins ayant été formés à l'étranger soigneront la population du Nouveau-Brunswick, 1 mai 2026. https://www.gnb.ca/fr/nouvelles/n-b.2026.05.plus-grand-nombre-medecins-ayant-ete-formes-letranger-soigneront-population-nouveau-brunswick.html (accès : 4 juin 2026).

Grant, Taryn, New Model for Licensing International Doctors Starts Slow, Poised to Ramp Up. CBC News, 3 décembre 2025. https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/new-model-for-licensing-international-docs-off-to-a-slow-start-9.7001749 (accès : 25 janvier 2026).

Institut canadien d'information sur la santé, Profil des médecins du Canada. https://www.cihi.ca/en/a-profile-of-physicians-in-canada (accès : 11 janvier 2026).

Jones, Ryan Patrick, Physicians sound alarm over unfilled Ontario residency spots. CBC: 24 mars 2024. https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-family-doctor-residents-shortage-1.7151071 (accès : 11 janvier 2026).

Khan, Ahmar, Foreign doctors ready to help are 'sidelined' by regulation, experts say. Global News : 13 novembre 2021. https://globalnews.ca/news/8369003/foreign-doctors-ready-to-help-sidelined-by-regulations-expert-says/ (accès : 11 janvier 2026).

Kutcher, Stan et Mohamed-Iqbal Ravalia, Résoudre la pénurie de médecins du Canada. Magazine SenCA+. 13 juin 2025. https://sencanada.ca/fr/sencaplus/opinion/resoudre-la-penurie-de-medecins-du-canada-senateurs-kutcher-et-ravalia/ (accès : 2 février 2026).

Kutcher, Stan, Mohamed-Iqbal Ravalia, Ratna Omidvar et Kareem El-Assal, Maximizing Medical Talent: How Canada can increase the supply of family doctors by 50% quickly and cost-effectively. Octobre 2024. https://section95.com/wp-content/uploads/2024/09/Maximizing-Medical-Talent-October-2024.pdf (accès : 11 janvier 2026).

Le Collège des médecins de famille du Canada, Crise en médecine de famille.https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/our-advocacy/crisis-in-family-medicine (accès :11 janvier 2026).

Main, Penelope Ann Elizabeth et Sarah Anderson, Evidence for recency of practice standards for regulated health practitioners in Australia: a systematic review. Human Resources for Health: 21:14, 24 février 2023. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9951142/ (accès :27 janvier 2026).

Moir, Mackenzie, The Private Cost of Public Queues for Medically Necessary Care, 2025. Institut Fraser, 2025. https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/2025-05/private-cost-public-queues-for-medically-necessary-care-2025.pdf (accès : 11 janvier 2026).

Naik, Viren. Spotlight on Practice-Ready Assessments. Health Insight. https://www.healthinsight.ca/innovations/careers-health-care/spotlight-on-practice-ready-assessments/ (accès : 11 janvier 2026).

Nouvelle-Écosse. New Centre for Internationally Trained Physicians Now Open. news.novascotia.ca, 26 février 2025. https://news.novascotia.ca/en/2025/02/26/new-centre-internationally-trained-physicians-now-open (accès : January 25, 2026).

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Practice Ready Assessment Program. https://www.cpso.on.ca/en/Physicians/Registration/Registration-Policies/Practice-Ready-Assessment-Program (accès : 11 janvier 2026).

Pham, Thuy-Nga et Tara Kiran, More than 6.5 million adults in Canada lack access to primary care. Healthy Debate, 14 mars 2023. https://healthydebate.ca/2023/03/topic/millions-adults-lack-canada-primary-care/ (accès : 11 janvier 2026).

Physician Assessment Centre of Excellence. How PACE Works. PACE. https://nspace.ca/about-us/how-pace-works/ (accès : 25 janvier 2026).

Practice Ready Assessment – British-Columbia. https://www.prabc.ca/ (accès : 11 janvier2026).

Raza, Kashif, Canada's Medical System Is Failing Immigrant Doctors. Canadian Immigrant, 5 mai 2025. https://canadianimmigrant.ca/careers/canadas-medical-system-is-failing-immigrant-doctors-study (accès : 25 janvier 2026).

Raza, Kashif, Report Highlights Systemic Discrimination against International Medical Graduates in Canada. Healthy Debate, 25 février 2025. https://healthydebate.ca/2025/02/topic/report-systemic-discrimination-international-medical-graduates-canada/ (accès : 26 janvier 2026).

Richardson, Ben et Yadullah Hussain, Point clé : Le Canada a besoin de plus de médecins – detoute urgence. RBC : 23 novembre 2022. https://www.rbc.com/fr/economique/analyse-pour-le-canada/analyse-en-vedette/perspectives/point-cle-le-canada-a-besoin-de-plus-de-medecins-de-toute-urgence/ (accès : 11 janvier 2026).

Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), Forum de CaRMS de 2025. https://www.carms.ca/fr/evenements-prix/forum-de-carms/ (accès : 11 janvier 2026).

Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), Postes vacants après le jumelage de médecine familiale. https://www.carms.ca/pdfs/Rhp37kwf4xg_FMES_OverviewByDiscipline_FR.pdf (accès :11 janvier 2026).

Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), Rapport annuel de 2025; https://www.carms.ca/pdfs/2025-AR-FR.pdf (accès : 11 janvier 2026).

Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), Salaires. https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/salaires/ (accès : 11 janvier 2026).

The Suburban, 13,000 foreign-trained doctors in Canada aren't allowed to practice. 1 mars 2023. https://www.thesuburban.com/opinion/letters_to_editor/13-000-foreign-trained-doctors-in-canada-aren-t-allowed-to-practice/article_49e4d241-8dd3-58a2-bbdc-7c76344455d5.html (accès : 11 janvier 2026).

World Education Services, Compter sur les soins infirmiers : enquête auprès des infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui n'exercent pas leur profession en Ontario. 3 mai 2021. https://knowledge.wes.org/canada-rapport-ien-enquete-compter-sur-les-soins.html (accès :11 janvier 2026).

World Education Services, Élargir les voies d'accès à l'autorisation d'exercer pour les médecins formés à l'étranger en Ontario : comment y parvenir et pourquoi c'est important. Janvier 2023. https://knowledge.wes.org/canada-rapport-eargir-les-voies-dacces-a-la-licence-pour-les-medecins-formes-a-letranger-en-ontario.html (accès : 11 janvier 2026).

Zhang, Tingting, The Doctor Dilemma: Improving Primary Care Access in Canada. Institut C.D. Howe : mai 2024. https://www.cdhowe.org/sites/default/files/2024-05/Commentary_660.pdf (accès : 11 janvier 2026).

Toronto Metropolitan University

Global Migration Institute