

École de politique appliquée  
Faculté des lettres et sciences humaines  
Université de Sherbrooke

*L'Entente Québec-France et ses limites : le cas des médecins de famille*

Par  
Antoine Dumas-Martin

Mémoire présenté au  
Pr Mathieu Arès, Ph.D. (Directeur de recherche) et aux  
Prs Pierre Binette, Ph.D. et Serge Granger, Ph.D. (Lecteurs)

Longueuil  
2014



## Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de recherche, le Pr Mathieu Arès, sans qui la réalisation de ce travail aurait été impossible. Un merci spécial également pour les Prs Pierre Binette et Serge Granger qui ont su augmenter la qualité de ce travail par leurs critiques constructives à titre de lecteurs.

Je tiens également à remercier chaleureusement tous ceux et celles qui ont pris de leur temps pour s'entretenir avec moi des enjeux gravitant autour de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (l'Entente). En guise de respect à l'égard du caractère confidentiel de la plupart des informations obtenues lors de ces rencontres, peu sont directement cités dans le texte. Je tiens toutefois à exprimer ma plus profonde et sincère gratitude à :

Me Patrice Bachand

Directeur des engagements internationaux

Ministère des Relations internationales, de la Francophonie et du Commerce extérieur

Mme Marie-Jeanne Blain

Candidate au doctorat en anthropologie

Université de Montréal

Le Très honorable Jean Charest

Premier ministre du Québec (2003-2012)

Mme Gyslaine Desrosiers

Présidente (1992-2012)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Dr Vincent Échavé

Président

Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration professionnelle des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis

Me André Gariépy

Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles,  
Office des professions du Québec

Dr Louis Godin  
Président  
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dr Amir Khadir  
Député de la circonscription de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve  
Assemblée nationale du Québec

Dr Jean-Paul Lerat  
Membre du Conseil d'administration  
Association québécoise des médecins en permis restrictifs et régularisés

M. François Lubrina  
Conseiller élu  
Assemblée des Français à l'étranger

M. François Plourde  
Directeur à la mobilité de la main-d'œuvre  
Ministère de l'Immigration et des Communauté culturelle

Dr Ernest Prigent  
Directeur de l'amélioration de l'exercice  
Collège des médecins du Québec

Me Gil Rémillard  
Négociateur en chef pour le Québec (Entente Québec-France)

Dr Yves Robert  
Secrétaire général  
Collège des médecins du Québec

Mme Isabelle Savard  
Directrice de la main-d'œuvre médicale  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Doudou Sow

Conseiller en emploi, sociologue-blogueur et conférencier

M. Guy Trottier

Cofondateur

Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé

Il serait finalement illusoire de croire qu'un travail de cette ampleur aurait pu être accompli sans le support indéfectible de ma famille, de mes amis et, plus particulièrement, de mon amoureuse. Sara, je ne pourrai jamais assez te remercier.



## Avant-propos

Aucune campagne électorale depuis 2003 ne s'est déroulée au Québec sans que la réduction des temps d'attente dans les urgences n'en constitue un enjeu important. Si le virage ambulatoire n'a surtout pas contribué à la résorber<sup>1</sup>, cette « crise » tire sa source dans une dynamique bien antérieure au milieu des années 1990. Les travaux des Commissions Castonguay-Nepveu (1967-1973) et Rochon (1988) sont d'ailleurs révélateurs à ce chapitre. On constate que l'accès difficile au système de santé n'est pas un phénomène nouveau. Il est notamment reconnu depuis les années 1970 qu'une première ligne de soin solide et accessible est essentielle pour ne pas voir les deuxième et troisième déborder. On n'apprendra rien ici au lecteur connaissant du problème : pour réduire significativement les temps d'attente dans les urgences des établissements hospitaliers, il est nécessaire d'assurer l'accès à un médecin de famille pour chaque Québécois<sup>2</sup>.

Nous verrons ainsi que la facilitation de la reconnaissance des qualifications professionnelles des médecins formés à l'étranger – par exemple en France – constitue certes une avancée intéressante, mais est très loin de constituer une réponse complète et durable à cet important défi.

---

<sup>1</sup> PÉRODEAU, Guillaume Marcelle et CÔTÉ, Denyse. *Le virage ambulatoire: défis et enjeux*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec, 2002.

<sup>2</sup> Pour y arriver, plusieurs propositions semblent faire de plus en plus consensus dans le secteur de la santé et des services sociaux. Elles sont étayées notamment dans le rapport final de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. La Commission présidée par Michel Clair formulera ainsi 36 recommandations, accompagnées de 59 propositions. En les résumant simplement, on y recommande de désenclaver le réseau de la santé et des services sociaux dans le but de faciliter la collaboration interprofessionnelle – *id est* délaissier le travail en silo – et de revoir complètement les modes de financement des différentes composantes de ce réseau. La réflexion soutenue par ce chapitre ne concernera que le premier point. Des préposés jusqu'aux cadres supérieurs, on souhaite une plus grande collaboration et une meilleure coopération entre les acteurs du réseau. En guise de réponse, l'Assemblée nationale du Québec adopte notamment le projet de loi 90 en juin 2002 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé).



## Résumé et mots-clés

Officiellement, l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles avait pour principal objectif de faciliter la mobilité de la main-d'œuvre qualifiée entre le Québec et la France. Nous avons essayé d'en apprécier l'impact pour une profession particulière : médecin spécialiste en médecine de famille.

Nous constatons que l'Entente, étant donné l'objectif de facilitation de la mobilité, a eu une portée somme toute limitée. Cette limitation tient surtout au fait que l'Entente soit subordonnée aux dispositions législatives, réglementaires et administratives internes à chacune des Parties, soit la France et le Québec. C'est donc dire que les principales limites se situent non pas au niveau des relations internationales mais au niveau national.

Mots-clés : Mobilité de la main-d'œuvre, profession médicale, relations franco-québécoises, système de santé québécois.



## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET AUTRES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
LE QUÉBEC ET L'IMMIGRATION PROFESSIONNELLE .....	17
VERS UNE PLUS GRANDE MOBILITÉ? .....	21
PRÉSENTATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE .....	26
<b>CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE .....</b>	<b>29</b>
L'ENTENTE ENTRE LE QUÉBEC ET LA FRANCE EN MATIÈRE DE RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES .....	29
<i>Des dispositions constitutionnelles essentielles .....</i>	<i>29</i>
<i>Une entente n'est pas un accord .....</i>	<i>31</i>
<i>Les grands principes de l'Entente Québec-France.....</i>	<i>32</i>
LA RECONNAISSANCE MUTUELLE DES QUALIFICATIONS .....	34
<i>La procédure commune .....</i>	<i>35</i>
Quelques définitions commentées .....	35
LES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES AU CŒUR DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS .....	39
<i>Le Code des professions et l'instauration d'un système bipartite .....</i>	<i>40</i>
Le pouvoir public .....	42
Le pouvoir professionnel .....	44
Un nouvel « ombudsman » .....	45
LA PROFESSION MÉDICALE .....	46
<i>Le Collège des médecins du Québec .....</i>	<i>47</i>
Une petite histoire de la naissance de la profession au Québec .....	47
Exercice de la médecine .....	49
<i>L'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des médecins.....</i>	<i>50</i>
Conditions d'accès à la pratique médicale au Québec .....	51
NOS HYPOTHÈSES DE RECHERCHE .....	52
DISCUSSION THÉORIQUE .....	53
<i>Le moteur de l'action : la paradiplomatie .....</i>	<i>53</i>
<i>Les freins à l'action : la lourdeur et le corporatisme institutionnels.....</i>	<i>55</i>
Le poids des institutions : les écoles historique et sociologique .....	56
Le corporatisme selon l'approche proposée par l'école des choix publics.....	57
<b>CHAPITRE 3 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>59</b>
STRATÉGIE .....	59
COLLECTE ET ORGANISATION DES INFORMATIONS .....	60
<i>Pour faire une évaluation quantitative de la mobilité : l'observation documentaire</i>	<i>60</i>
<i>Pour alimenter la discussion : l'observation documentaire et les entrevues semi-</i> <i>dirigée .....</i>	<i>62</i>
<i>Limites et applicabilité du modèle .....</i>	<i>65</i>
CONCLUSION PARTIELLE .....	66

<b>CHAPITRE 4 : DES RÉSULTATS MITIGÉS.....</b>	<b>69</b>
UNE ACCESSIBILITÉ ACCRUE... ..	70
... MAIS LIMITÉE PAR : .....	73
<i>La lourdeur institutionnelle d'un tout « organique »</i> .....	73
Le Collège des médecins, un organe parmi d'autres .....	73
La profession médicale : au cœur d'un système socio-sanitaire complexe .....	75
<i>Et le corporatisme institutionnel</i> .....	81
Accès (conditionnel) à l'information.....	82
CONCLUSION PARTIELLE .....	87
<b>CHAPITRE 5 : CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>89</b>
PROPOSITIONS .....	91
<i>Réformer le régime d'accès à l'information</i> .....	91
<i>Dépolitiser la santé</i> .....	92
UNE NOUVELLE PISTE DE RECHERCHE? .....	93
<b>BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE .....</b>	<b>95</b>
DROIT .....	95
ÉCONOMIE ET FINANCES PUBLIQUES.....	95
IMMIGRATION ET MOBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE .....	95
<i>Article de colloque et présentation publique</i> .....	95
<i>Articles de journaux et de magazines</i> .....	95
<i>Articles de revues</i> .....	97
<i>Documents divers</i> .....	97
<i>Enregistrement vidéo</i> .....	97
<i>Études, mémoires, et autres rapports</i> .....	97
MÉTHODOLOGIE.....	98
PARADIPLOMATIE ET RELATIONS INTERNATIONALES.....	98
<i>Articles de journaux et de magazines</i> .....	98
<i>Articles de revues</i> .....	98
<i>Documents divers</i> .....	99
<i>Livres</i> .....	99
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX.....	99
<i>Articles de colloque</i> .....	99
<i>Articles de journaux et de magazines</i> .....	99
<i>Article de revues</i> .....	100
<i>Documents divers</i> .....	101
<i>Enregistrements vidéo</i> .....	102
<i>Études, mémoires et autres rapports</i> .....	102
<i>Livres et chapitres de livres</i> .....	102
SYSTÈME PROFESSIONNEL, SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS ET ACCÈS À L'INFORMATION	103
<i>Articles de colloques et présentations publiques</i> .....	103
<i>Article de journal</i> .....	103
<i>Articles de revues</i> .....	103
<i>Documents divers</i> .....	104
<i>Études, mémoires et autres rapports</i> .....	104
<i>Livres et chapitres de livres</i> .....	105
<b>ANNEXE 1 : PROCÉDURE COMMUNE AUX FINS DE LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES.....</b>	<b>107</b>

<b>ANNEXE 2 : CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE PERMIS RESTRICTIF .....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE 3 : ACCÈS À L'INFORMATION (DOCUMENTS DEMANDÉS ET RÉPONSE)</b>	
<b>.....</b>	<b>111</b>



## Liste des sigles et autres abréviations

(L')Entente	Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
ARM	Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
CIQ	Conseil interprofessionnel du Québec
CMQ	Collège des médecins du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
IC	Industrie Canada
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (du Québec)
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (du Québec)
MRCI	Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration
MRI	Ministère des Relations internationales (du Québec)
MRIFCE	Ministère des Relations internationales, de la Francophonie et du Commerce extérieur (du Québec)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (du Québec)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Office des professions du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec



## Chapitre 1 : Introduction

### Le Québec et l'immigration professionnelle

La mobilité internationale de la main-d'œuvre n'est pas un phénomène nouveau. Faut-il d'emblée rappeler que la fédération canadienne est un pays bâti par l'immigration. Que ce soit les vagues de migrants irlandais, italiens ou autres, la société canadienne a depuis toujours été façonnée par ses nouveaux arrivants. Certains défis et enjeux peuvent être perçus comme récurrents, constants; indépendamment des époques ou encore du pays d'origine. Parmi ceux-ci, celui qui nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de cette recherche est l'intégration au marché de l'emploi dans la région d'adoption. C'est cette vaste question qui sera abordée dans le cadre de cette recherche sur l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.

La population québécoise est vieillissante. Cette réalité porte plusieurs conséquences. D'abord, l'augmentation de l'espérance de vie devrait avoir pour corolaire un maintien de la demande de biens et services, voire une augmentation dans le cas des soins de santé. Ensuite, la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée devrait avoir tendance à diminuer. En somme, le Québec fait face à une pénurie de travailleurs qualifiés.

L'édition 2012 du *Bilan démographique* publiée par l'Institut de la statistique du Québec fait d'ailleurs état de ce constat<sup>3</sup>. On y projette qu'à partir de 2029 le nombre de décès surpassera celui des naissances et que seule l'immigration devrait assurer la croissance démographique du Québec. Mais la pénurie de main-d'œuvre qualifiée devrait se faire ressentir avant. Selon un rapport sur les perspectives à long terme du marché du travail au Québec, on estime à 1,4 million le nombre d'emplois qui seront à combler d'ici 2021. De ce nombre, 17 % devaient provenir de l'immigration<sup>4</sup>.

Ces deux phénomènes ne sont ni uniques au Québec, ni les seuls qui contribuent à une redéfinition importante du marché de l'emploi dans le tournant des années 2000. Premièrement, le vieillissement de la population est un phénomène mondial. En outre, la demande de services de santé est en constante augmentation dans tous les pays développés.

---

<sup>3</sup> GIRARD, Chantal (dir.) et al. *Le bilan démographique du Québec (édition 2012)* [en ligne]. Québec : Ministère des Finances et de l'Économie (Institut de la statistique du Québec), 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2012/bilan2012.pdf>.

<sup>4</sup> GRENIER, André. *Le marché du travail au Québec perspectives à long terme, 2010-2019*. Québec : Centre d'étude sur l'emploi et la technologie, 2011. ISBN 9782550606079.

lissement de la population est planétaire. S'il touche particulièrement les pays industriels avancés, il n'épargne pas les autres. C'est ce que conclut la Division Population du Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies en décembre 2012. En se basant sur les données contenues dans *Population Ageing and Development 2012*, la Division constate qu'il y a reconfiguration des pyramides des âges partout dans le monde au profit d'une structure plus âgée. Le fait que la proportion de la population âgée de plus de 60 ans croît plus vite que l'ensemble explique cela. La contribution des régions les moins développées au vieillissement de la population mondiale devrait d'ailleurs être substantiellement plus importante que celle des régions plus développées. On l'explique par le fait que ces régions moins développées sont parmi les plus peuplées, comme l'Asie (55% de la population mondiale). Toujours selon cette publication, il semble qu'on puisse attribuer ce vieillissement principalement à deux facteurs. D'une part, l'espérance de vie s'est accrue avec l'amélioration générale du niveau de vie, de l'hygiène et des technologies dans le secteur de la santé (médicale, pharmaceutique, etc.). D'autre part, il y a une baisse généralisée du taux de natalité dans le monde<sup>5</sup>.

Deuxièmement, la perspective d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, voire hautement qualifiée, ne touche pas uniquement le Québec. Cette situation toucherait certains secteurs-clés de l'économie de plusieurs pays industriels avancés. C'est ce que révèlent les *Perspectives des migrations internationales 2012* de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Selon ce rapport, les années 2000 auront été marquées entre autres par une volonté des employeurs de certains secteurs nécessitant une main-d'œuvre qualifiée de recruter à l'étranger. C'est à la suite de la crise financière de 2008 et de la « Grande récession » mondiale que « des coupes sont opérées dans les listes de professions en pénurie de main-d'œuvre »<sup>6</sup>. On a ainsi resserré l'encadrement du recrutement international en adoptant pour certains des systèmes de pointage à l'immigration. Cette méthode de sélection est d'ailleurs celle du Canada<sup>7</sup>. Or, si le protectionnisme teinte parfois les relations économiques et commerciales internationales, on ne peut pas dire que cette idée ait marqué indélébilement les relations entre le Canada et l'Union européenne. À ce propos, rappelons d'abord les enjeux liés.

---

<sup>5</sup> ORGANISATION DES NATIONS UNIES. *Population ageing and development : Ten years after Madrid* [en ligne]. Décembre 2012. N° 2012/4. [Consulté le 20 mars 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts\\_2012-4.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2012-4.pdf).

<sup>6</sup> ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. *Perspectives des migrations internationales: 2012*. Paris : OCDE, 2012.

<sup>7</sup> *Loc. cit.*

Dans une entrevue accordée au magazine *Forces* en 2008, Jean Charest, premier ministre du Québec (2003-2012), soulèvera un premier point essentiel : « [le marché canadien] est relativement petit. Nous pouvons espérer créer de la richesse à la condition de nous ouvrir vers l'extérieur, sinon, nous allons nous appauvrir. »<sup>8</sup> Non seulement le marché canadien est-il petit, mais l'économie du pays a une très forte dépendance aux États-Unis<sup>9</sup>. Si la nécessité à l'ouverture est évidente pour l'ancien premier ministre, le choix de se tourner vers l'Europe plutôt que l'Asie, par exemple, est circonstanciel. D'une part, il rappelle que des négociations avec l'Union européenne sur un accord de renforcement du commerce et de l'investissement avaient déjà été entamées en 2002. D'autre part, il fait mention de « l'échec de la ronde de Doha, qui invitait l'Union européenne à repenser sa politique commerciale et à entreprendre des négociations bilatérales avec des économies émergentes. »<sup>10</sup> C'est dans ce contexte qu'il suggérera l'idée de positionner le Canada au carrefour des relations économiques et commerciales entre l'Union européenne et les États-Unis. D'un côté, le Canada était signataire de l'Accord de libre-échange nord-américain. De l'autre, un équivalent n'était toujours pas signé avec l'UE. Jean Charest allait donc faire des relations franco-québécoises un pilier majeur de cette entreprise ambitieuse. Alors qu'un accord économique et commercial aurait été de compétence fédérale, les questions relatives à la formation professionnelle et de son encadrement relevaient des provinces. Le projet d'une entente entre le Québec et la France visant à faciliter la mobilité de la main-d'œuvre était né.

C'est donc dans cette perspective que le gouvernement du Québec a cherché à accroître son solde migratoire international de main-d'œuvre qualifiée. Étant donné entre autres la langue commune, le taux de diplomation universitaire dans sa population<sup>11</sup> et la tradition de coopération entre les États, on pourrait qualifier le choix de la France de « naturel ». Lors de leur première rencontre en juillet 2007, le Président de la République française est emballé par le projet de développement

---

<sup>8</sup> BÉRUBÉ, Gérard, NADEAU, Michel et DUPONT, Marie. « Le défi européen de Jean Charest ». *Magazine Forces* [en ligne]. 2008. N° 154. [Consulté le 16 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.magazineforces.com/economie/le-defi-europeen-de-jean-charest>.

<sup>9</sup> Selon Industrie Canada, le Canada a réduit sa dépendance à l'égard des États-Unis depuis durant la dernière décennie. La proportion des exportations canadiennes destinées au marché américain est passée de 87,1 % en 2002 à 73,7 % en 2011. Pour plus d'information, consulter : INDUSTRIE CANADA. « Commerce international : Économie canadienne (SCIAN 11-91) » [en ligne]. Industrie Canada, 2011. [Consulté le 19 avril 2013]. *Statistiques relatives à l'industrie canadienne*. Disponible à l'adresse : [http://www.ic.gc.ca/eic/site/cis-sic.nsf/fra/h\\_00029.html](http://www.ic.gc.ca/eic/site/cis-sic.nsf/fra/h_00029.html).

<sup>10</sup> BÉRUBÉ, Gérard, NADEAU, Michel et DUPONT, Marie. *Op. cit.*

<sup>11</sup> Ce taux était de 25,4 % en 2005 et 29,0 % en 2010 selon : ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. « Profil statistique par pays : France ». *Profils statistiques par pays : Tableaux-clés de l'OCDE* [en ligne]. Paris : OCDE, 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd-ilibrary.org/content/table/2075227x-table-fra>.

d'un nouvel espace économique entre l'Europe et l'Amérique du nord<sup>12</sup>. Des négociateurs en chef sont nommés par les deux parties : Gil Rémillard pour le Québec et Yves Doutriaux pour la France. Le processus avance rapidement. Le 17 octobre 2008, Jean Charest et Nicolas Sarkozy signent l'Entente entre le Québec et la France sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles dans l'enceinte de l'Assemblée nationale du Québec.

En vertu de cette entente, les deux parties signataires « conviennent de l'établissement d'une procédure commune aux fins de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des personnes exerçant une profession ou un métier réglementé. »<sup>13</sup> D'autres ententes visant à faciliter la mobilité internationale de la main-d'œuvre sont antérieures à celle-ci. La Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles en est un exemple. Or, ce qui distingue l'Entente entre le Québec et la France est son approche « du bas vers le haut » (*bottom-up*, en anglais) plutôt « du haut vers le bas » (*top-down*) comme c'est le cas avec la Directive européenne<sup>14</sup>.

La procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles reflète cette approche « du bas vers le haut ». Elle a été ainsi divisée en trois étapes distinctes. La première étape consiste à réunir les autorités compétentes françaises et québécoises en matière de réglementation. On compare alors les titres professionnels et les compétences reliées au champ de pratique. Après cet examen global, on passe à la deuxième étape qui consiste à poser un diagnostic. Les titres professionnels et les compétences reliées au champ de pratique peuvent être soit équivalents, partiellement équivalents ou encore incompatibles. Arrive finalement la troisième et dernière étape où les autorités compétentes françaises et québécoises doivent établir les modalités d'un Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM). Dans le cas d'équivalence, les autorités compétentes concluent à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Dans le cas d'équivalence partielle, les autorités compétentes établissent des conditions de reconnaissance. Finalement, il n'y a pas de reconnaissance possible si les titres professionnels et les compétences sont incompatibles. Bref, le rôle joué par les gouvernements français et québécois a été de réunir les autorités compétentes en matière de réglementation professionnelle.

---

<sup>12</sup> DESROSIERS, Éric. « Vers un nouvel espace économique: l'accord sur la mobilité de la main-d'œuvre ». *Magazine Forces* [en ligne]. Hiver 2010-2011. N° 164. [Consulté le 13 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.magazineforces.com/economie/vers-un-nouvel-espace-economique-laccord-sur-la-mobilite-de-la-main-doeuvre>.

<sup>13</sup> *Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*. 17 octobre 2008.

<sup>14</sup> Cet aspect sera cependant abordé dans la revue de la littérature et l'exposé des modalités de l'Entente.

le avec leur homologue outre-Atlantique, sans pour autant établir des normes supranationales. Ce sont les autorités compétentes qui négocient les arrangements de reconnaissance des qualifications professionnelles pour chaque profession, métier ou fonction réglementé. C'est pourquoi la qualification « du bas vers le haut » semble appropriée pour qualifier la démarche franco-québécoise.

Selon Gil Rémillard, négociateur en chef pour le Québec, le diagnostic constitue « la pierre angulaire de l'Entente »<sup>15</sup>. Son principal avantage n'est donc pas seulement sa flexibilité, mais surtout son pragmatisme. Car il ne faut pas oublier que chaque profession, métier ou fonction réglementé n'a pas toujours son exact corolaire de part et d'autre de l'Atlantique. Pour certaines professions, comme les médecins, la mise en contact était « évidente » puisque c'est une profession très bien organisée en France comme au Québec depuis plusieurs décennies. Or, certaines professions n'ont parfois tout simplement pas leur égale<sup>16</sup>. Malgré cette réalité, il n'en demeure pas moins que 83 ARM ont été signés depuis le 17 octobre 2008<sup>17</sup>.

Résumons brièvement. L'Entente Québec-France répond à deux objectifs. Le premier, explicite, consiste à apporter une réponse à la pénurie de main-d'œuvre qualifiée anticipée pour 2020-2021. Celle-ci est due au vieillissement démographique et à la baisse de la proportion de la population active au Québec. On doit donc faciliter l'arrivée de nouveaux immigrants. Toutes proportions gardées, une plus grande mobilité de la main-d'œuvre avec la France devrait donc se traduire par une augmentation nette du solde migratoire pour le Québec. Le deuxième, implicite, réside dans le fait que le Canada doit réduire sa dépendance aux États-Unis et s'ouvrir à d'autres marchés, dont celui de l'Union européenne. L'avantage pour l'UE est évidemment un meilleur accès au marché américain. Porté par Jean Charest, le projet européen devra alors prendre assise. Les relations franco-québécoises en sont probablement la base la plus solide.

## **Vers une plus grande mobilité?**

Comme on le rappelait plus haut, l'Entente a été signée en octobre 2008 et 83 ARM l'ont été de-

<sup>15</sup> Gil Rémillard (Négociateur pour le Québec). Entretien avec l'auteur, le 23 mars 2013.

<sup>16</sup> Patrice Bachand (Directeur des engagements internationaux du Québec), Ministère des Relations internationales, de la Francophonie et du Commerce extérieur. Entretien avec l'auteur, le 14 février 2013. En entrevue, Patrice Bachand a cité en exemple le cas des maréchaux ferrants. En France, cette profession est réglementée alors qu'elle ne l'est pas au Québec.

<sup>17</sup> MINISTÈRE DES RELATIONS INTERNATIONALES, DE LA FRANCOPHONIE ET DU COMMERCE EXTÉRIEUR. « Documentation sur l'Entente Québec-France ». *Site du MRIFCE* [en ligne]. 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.mrifce.gouv.qc.ca/fr/grands-dossiers/reconnaissance-qualifications/documentation>.

puis. Une question alors se pose : « Est-ce que l'Entente entre le Québec et la France sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles a favorisé la mobilité de la main-d'œuvre qualifiée entre le Québec et la France? » Cette question générale de recherche semblait toutefois nous poser plusieurs problèmes d'ordre opérationnel.

On pourrait croire *a priori* que l'Entente Québec-France ait facilité la mobilité des travailleurs qualifiés entre les deux Parties. Or, une telle relation causale est discutable. Premièrement, l'Entente – et les différents arrangements qui en découlent – ne visent pas la transférabilité implicite du droit d'exercer une profession réglementée dans l'autre partie. Simplement, les particularités concernant l'encadrement légal de ces professions n'est que rarement identique. Cela touche également les autorités compétentes mêmes. Par exemple, Gil Rémillard nous soulignera en entrevue qu'un des aspects qui distinguent les systèmes professionnels français et québécois est la place faite aux différents ministères<sup>18</sup>. Le système français accorde un rôle beaucoup plus prééminent pour ces derniers alors que c'est un système plutôt décentralisé qu'on observe au Québec. Cette distinction provient essentiellement des dispositions prévues dans le *Code des professions du Québec* (création de l'Office des professions, du Conseil interprofessionnel, etc.). Ce seul aspect – qui sera couvert plus en détails ultérieurement – viendra en partie contribuer à la distinction des titres de formation et des compétences des professionnels français et québécois. L'adéquation parfaite de leurs droits et responsabilités est davantage l'exception que la règle. La reconnaissance des qualifications professionnelles nécessite donc la plupart du temps un arrangement entre autorités compétentes. Ce type d'arrangement est particulier à chaque profession, métier ou fonction pour les raisons avancées plus haut. On peut entre autres y prescrire des stages d'observation et d'acclimatation, des formations accélérées portant sur la déontologie professionnelle ou autres, etc.

Deuxièmement, l'Entente Québec-France vise à faciliter la mobilité de la main-d'œuvre, et non à la favoriser ou l'accélérer. La seule existence d'un ARM n'influence pas directement l'état du marché du travail en France ou au Québec. En d'autres termes, la motivation des individus à un mettre en œuvre un projet de migration est conditionnée par une variété de facteurs. Par exemple, un migrant français peut être motivé à venir au Québec parce qu'il y est attiré par des conditions socioéconomiques lui paraissant plus favorables ou encore parce qu'il se sent contraint de quitter la France à défaut d'avoir pu y trouver un emploi dans le domaine pour lequel il a été formé, et

---

<sup>18</sup> Gil Rémillard (Négociateur pour le Québec). Entretien avec l'auteur, le 23 mars 2013.

vice-versa. Dans un autre ordre d'idées, un migrant peut décider de venir s'installer outre-Atlantique pour des raisons de natures plus personnelles (relation amoureuse, regroupement familial, etc.). Bref, les exemples ne manquent pas pour illustrer qu'il y a autant de motivations qui nourrissent un projet de migration qu'il y a d'individus; on ne peut donc pas les désincarner de leur contexte (motivations personnelles, état du marché du travail, salaires, fiscalité, etc.).

Une conclusion préliminaire semblait s'imposer d'emblée. D'abord, l'Entente a mené à la signature de 83 ARM dans autant de professions, fonctions et métiers réglementés; et la question de la mobilité internationale de la main-d'œuvre ne peut être désincarnée du contexte particulier dans lequel s'inscrit chaque individu porteur d'un tel projet. Il nous est apparu alors comme évident qu'étudier l'impact global de l'Entente serait une entreprise beaucoup trop ambitieuse pour le chercheur ne disposant pas de ressources humaines, matérielles et financières imposantes. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'étudier non pas un seul secteur réglementé touché par un ARM en vertu de cette entente, mais bien une seule profession. Compte tenu des ressources limitées dont nous disposions pour mener à terme ce travail de recherche, cette délimitation nous aura permis de livrer l'analyse la plus approfondie possible.

Pour y arriver, nous avons d'abord identifié le sens du mouvement migratoire que nous allions étudier, puis nous avons circonscrit un secteur d'activité et nous avons ensuite identifié une profession. Finalement, nous avons choisi de nous attarder sur un pan, une spécialité de cette profession.

Puisqu'une des intentions du premier ministre Charest était de faciliter cette mobilité dans le but d'accroître le solde migratoire positif du Québec, c'est à l'immigration en provenance de France qu'on a choisi de s'intéresser.

La situation sociale et économique est difficile au sein de l'Union européenne depuis la crise financière de 2008 et la crise de la dette dans la zone euro qui perdure depuis 2010. La crise frappe d'ailleurs durement le marché de l'emploi. Au quatrième trimestre de 2012 et pour l'ensemble de la population active, le taux d'emploi en France était de 64,1 % alors qu'il était de 72,5 % au Canada selon l'OCDE<sup>19 20</sup>. Il nous apparaissait alors légitime de croire que les difficultés auxquelles

---

<sup>19</sup> ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. « Profil statistique par pays : France ». *Profils statistiques par pays : Tableaux-clés de l'OCDE* [en ligne]. Paris : OCDE, 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd-ilibrary.org/content/table/2075227x-table-fra>.

font toujours face à ce jour les Français en matière de recherche d'emploi en poussent plusieurs à en chercher à l'extérieur des frontières de l'UE, notamment au Québec. Or, la précarisation sur le marché de l'emploi en France coïncidait avec la signature de l'Entente et l'entrée en vigueur des premiers ARM entre autorités compétentes. Qui plus est, le Québec a observé un solde migratoire positif croissant avec la France entre 2010 et 2012. La hausse observée au Québec aurait donc pu résulter de l'augmentation brute du nombre de candidatures de travailleurs qualifiés sans emploi en France plutôt que d'un accès plus facile aux professions réglementées. L'objectif recherché dans une meilleure compréhension des disparités globales était ainsi d'arriver à trouver une profession qui s'inscrit dans un secteur où ces externalités jouent un rôle moindre. Finalement, la quatrième et dernière étape était de choisir une profession qui répondrait aux exigences de la précédente et qui revêtirait d'un intérêt stratégique pour le Québec. Les professions du secteur de la santé semblaient d'emblée répondre à ces impératifs.

Étudier une profession issue d'un secteur comme celui de la santé nous paraissait ainsi intéressant sur deux niveaux. D'une part, ce secteur a tendance à flirter davantage avec le plein-emploi que le chômage, tant en France qu'au Québec. D'autre part, le vieillissement croissant de la population québécoise devrait inévitablement amener une hausse de la demande de soins de santé; faisant de ce secteur un qui soit stratégique pour l'avenir du Québec.

Il ne restait plus qu'à faire le choix d'une profession. Deux grandes professions semblaient s'imposer : infirmières et médecins. Les critiques sur le système de santé ont des racines profondes. Les problèmes d'accessibilité aux soins n'ont toutefois pas toujours eu les mêmes causes. Si l'adoption par l'Assemblée nationale de la Loi sur l'assurance maladie en 1970 a éliminé les barrières financières et économiques, leur accès n'est toujours pas sans difficulté. Sans nécessairement devoir exposer l'état du système de santé québécois et de l'accès aux soins, force est d'admettre que le sujet fait encore couler beaucoup d'encre. Parmi ces faits qui alimentent les critiques, on peut citer en exemple qu'encore deux millions de Québécois n'avaient pas de médecin de famille en 2012 et que le séjour moyen sur civière<sup>21</sup> à l'urgence en 2010 était de 17h26<sup>22</sup>. En

---

<sup>20</sup> *Id.* « Profil statistique par pays : Canada ». *Profils statistiques par pays : Tableaux-clés de l'OCDE* [en ligne]. Paris : OCDE, 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.oecd-ilibrary.org/economics/profil-statistique-par-pays-canada\\_2075227x-table-can](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/profil-statistique-par-pays-canada_2075227x-table-can).

<sup>21</sup> Le séjour moyen sur civière est défini comme « la durée moyenne de séjour pour les patients couchés sur une civière dans les unités d'urgence et sortis au cours d'une période selon le traceur. » Pour plus d'informations concernant cet indicateur de performance, consulter: LEMAY, Anne, AUMONT, Isabelle et HEL, Céline. « Note méthodologique: Séjour moyen sur civière ». *Le réseau en quatre questions: un regard ciblé et d'intérêt sur la performance* [en ligne]. Association québécoise des établissements en santé et en services sociaux, 2013. ISBN 978-2-89636-189-2. Disponible à l'adresse : [http://www.aqesss.qc.ca/performanceenligne/Question\\_Acces/Sejour\\_moyen\\_sur\\_civiere\\_a\\_lurgence.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/performanceenligne/Question_Acces/Sejour_moyen_sur_civiere_a_lurgence.pdf).

ce qui concerne les causes des débordements déplorés dans les urgences du Québec, l'idée qu'il faille renforcer la première ligne de soins du système de santé semble rejoindre plusieurs politiciens, chercheurs et autres experts (dont notamment les Drs Gaétan Barrette, Yves Bolduc, Réjean Hébert et Amir Khadir pour le politique<sup>23</sup>; Astrid Brousselle et André-Pierre et Damien Contandriopoulos comme chercheurs<sup>24</sup>; tout comme Claude Castonguay<sup>25</sup>, président du Groupe de travail sur le financement de la santé (2007-2008) et président de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1966-1970), et les Drs Louis Godin<sup>26</sup>, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), et Alain Vadeboncoeur<sup>27</sup>, président des Médecins québécois pour un régime public (MQRP)). Puisque la médecine familiale est au cœur de cette première ligne, il apparaît essentiel d'augmenter les effectifs en ce qui concerne les omnipraticiens qui y travaillent. C'est du moins la position défendue par la FMOQ qui estime à 1000 le nombre de médecins de famille manquant au Québec. Si d'autres se montrent plus critiques, comme Claude Castonguay qui affirme dans un essai publié en novembre 2012 que le problème d'accès aux soins de première ligne aurait des origines plutôt systémiques et organisationnelles qu'uniquement quantitatives, on a posé l'affirmation de la FMOQ comme axiome de cette recherche<sup>28</sup>. Ensuite, on a adopté comme deuxième axiome que les Facultés de médecine québécoises ne peuvent encore augmenter substantiellement leurs admissions. On justifiera cette position par le vieillissement croissant de l'âge moyen des médecins; cette attrition naturelle posant un défi

---

<sup>22</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier (RQSUCH (J24))* [en ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=RiMIXwWS/ZI%3D&Source=/dlVmYIVYBQ%3D>.

Il est possible d'accéder facilement et sans frais à plusieurs données agrégées du MSSS, dont le séjour moyen sur civière (en heures) via le site [www.eco-sante.fr](http://www.eco-sante.fr). C'est ce que l'auteur a fait.

<sup>23</sup> DUBÉ, Isabelle. « Le débat des docteurs: quatre visions s'affrontent ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 14 août 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201202/25/01-4499787-101-questions-avec-le-dr-gaetan-barrette.php>.

<sup>24</sup> BROUSSELLE, Astrid, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et CONTANDRIOPOULOS, Damien. « Pour un système de qualité pour tous (manifeste des 59) ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, février 2012. [Consulté le 3 octobre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/343616/pour-un-systeme-de-sante-de-qualite-pour-tous>.

<sup>25</sup> CASTONGUAY, Claude. *Santé: l'heure des choix*. Montréal : Boréal, 2012. ISBN 9782764622032.

<sup>26</sup> [ANONYME]. « La FMOQ veut améliorer l'accès aux soins de première ligne ». *Radio-Canada* [en ligne]. 29 octobre 2013. Disponible à l'adresse : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2013/10/29/001-fmoq-recommandations-soins-premiere-ligne.shtml>.

<sup>27</sup> VADEBONCOEUR, Alain. *Privé de soins : contre la régression tranquille en santé*. Lux Éditeur, 2012. ISBN 9782895961444.

<sup>28</sup> FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *La FMOQ lance une nouvelle campagne publicitaire pour rappeler l'urgence d'investir en médecine familiale* [en ligne]. Communiqué. 19 avril 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.fmoq.org/fr/press/news/news/2011/Lists/Billets/Post.aspx?ID=4>.

pour la formation de la relève<sup>29</sup>. Ces deux axiomes nous aurons amené à postuler dans le cadre de cette recherche qu'il semble souhaitable *a priori* d'accroître un solde migratoire positif de médecins omnipraticiens formés en France.

Vu l'ampleur de l'Entente et des arrangements qui en découlent, nous avons donc fait le choix d'étudier l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins. Plus particulièrement, nous avons cherché à répondre à la question suivante :

Est-ce que l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles signé entre le Collège des médecins du Québec et le ministère de la Santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins de France a facilité la mobilité des médecins omnipraticiens français vers le Québec?<sup>30</sup>

## **Présentation du travail de recherche**

Nous avons dû développer deux grandes hypothèses de recherches pour y répondre. La première pour répondre directement à la question posée et la seconde pour fournir les explications.

Dans le deuxième chapitre, nous avons élaboré le cadre théorique permettant d'arriver à la formulation de nos hypothèses de recherche. D'abord nous avons décortiqué et exposé la mécanique de l'Entente. Cela nous aura permis ensuite d'amener et de développer le concept de reconnaissance des qualifications professionnelles, le cœur de l'Entente. Puis, nous avons couvert l'importance de la notion de qualifications dans le système professionnel québécois et l'encadrement légal de la profession médicale. La table étant mise, nous avons enfin élaboré nos hypothèses de recherche. Premièrement, nous avons formulé que l'ARM avait effectivement facilité la mobilité des médecins de famille français au Québec, mais dans une mesure somme toute limitée. Deuxièmement, nous avons formulé que cette limitation serait due aux limites intrinsèques du système socio-sanitaire québécois. Cela nous a amené à terminer ce chapitre avec une discussion sur la paradiplomatie comme moteur de l'action gouvernementale et la lourdeur et le corporatisme institutionnels comme ses freins. En ce qui concerne la paradiplomatie, nous nous sommes concentré sur les principales distinctions à faire entre les différents types de paradiplomatie et l'apport de ce concept pour comprendre l'action extérieure des entités sub-étatiques; tel que formulé par Sté-

---

<sup>29</sup> CASTONGUAY, Claude. *Santé: l'heure des choix*. Montréal : Boréal, 2012. ISBN 9782764622032.

<sup>30</sup> Nous avons décidé de soutenir l'idée suivante : si l'ARM a facilité l'admission à l'exercice de la médecine pour les omnipraticiens français, alors on pourra suggérer que l'Entente a favorisé la mobilité de la main-d'œuvre. Mais l'adoption de cette question spécifique de recherche sous-tend d'autres thèmes et questionnements, nous l'avons vu.

phane Paquin. À propos des explications institutionnelles, nous avons choisi de tracer les grands traits des trois grands néo-institutionnalismes présenté par Peter Hall et Rosemary Taylor : l'historique, le sociologique et celui des choix publics. Les néo-institutionnalismes historique et sociologique nous ont fourni quelques outils précieux pour mieux comprendre les tenants et aboutissants des processus et de la lourdeur bureaucratique. Finalement, le néo-institutionnalisme des choix publics a servi à exposer théoriquement certains mécanismes sous-jacents à l'action corporatiste des institutions.

Nous avons consacré le troisième chapitre à l'élaboration du cadre méthodologique qui allait nous permettre d'abord de répondre directement à notre question de recherche, puis d'alimenter l'analyse de nos résultats. Nous y exposons notre stratégie, notre méthode de collecte des données, l'organisation des renseignements récoltés et finalement, nous expliquons comment nous les avons analysés.

Nous avons présenté nos résultats au quatrième chapitre. Tel qu'anticipé, nous avons relevé une augmentation du nombre de médecins omnipraticiens formés en France maintenant autorisés à pratiquer au Québec. Or, en comparant les taux de réussite au stage d'adaptation en milieu hospitalier imposé par le Collège des médecins du Québec, tel que prévu à l'ARM des médecins, nous avons remarqué que celui-ci variait grandement selon les spécialités. L'une dont le taux était parmi les plus bas était celle de spécialiste en médecine de famille. Toutes les entrevues semi-dirigées que nous avons menées nous auront amené ensuite à valider notre hypothèse « explicative », soit que les principales limites à cette mobilité sont celles du système socio-sanitaire québécois. Ces entrevues ont été le carburant de la discussion entourant l'analyse de nos résultats. Par nécessité, nous avons donc abordé de front la structure-même du système socio-sanitaire québécois et relevé certains éléments névralgiques de cette structure pour expliquer les remarques formulées en entrevue par nos intervenants stratégiques. C'est là que le corpus touffu des théories néo-institutionnalistes a été des plus utiles.

Notre cinquième et dernier chapitre fait office de conclusion générale. Nous y avons rappelé les différentes conclusions auxquelles nous avons abouti grâce à ce travail de recherche. Qui plus est, nous en avons profité pour formuler quelques remarques et commentaires sur le système de santé québécois. Nous espérons ainsi que la réflexion proposée saura propulser d'autres travaux de recherche.



## Chapitre 2 : Cadre théorique

Notre cadre théorique vise d'abord à tracer les contours des limites de l'effectivité de l'ARM des médecins à réaliser l'objectif de l'Entente constituant son cadre, c'est-à-dire de « déboucher sur l'exercice des professions et métiers règlementés ». Nous avons premièrement exposé l'Entente de façon exhaustive, des acteurs responsables de sa mise en œuvre ainsi que leur capacité à le faire dans le cadre du système professionnel en place au Québec. Le cœur de notre critique sera que la portée de l'Entente se trouve substantiellement limitée du fait qu'elle n'interpelle que les autorités compétentes et non l'ensemble des organismes règlementaires d'une profession donnée. La deuxième partie sera analogue à la première. On exposera d'abord extensivement le contenu de l'ARM des médecins, puis on mettra en exergue ce qui en limite substantiellement la portée. Dans notre étude, l'autorité compétente est unique – le Collège des médecins du Québec (CMQ) – alors que les organismes règlementaires sont multiples – les principaux étant le gouvernement du Québec lui-même, les institutions d'enseignement ainsi que les divers groupes d'intérêts professionnels, soit principalement les fédérations médicales<sup>31</sup>. La troisième et dernière partie de ce chapitre servira à mettre en exergue l'importance du rôle de chacun de ces organismes règlementaires dans la mise en application de l'ARM des médecins.

### **L'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles**

L'exposé de l'Entente et ses modalités, accompagné d'une analyse critique, sera réalisé en deux temps. Premièrement, on s'intéressera au titre de l'entente et ce qu'il peut nous indiquer déjà sur sa substance. Deuxièmement, on relèvera certaines clauses de l'Entente et on expliquera ce qu'elles pourraient avoir pour effet en matière de reconnaissance des qualifications professionnelles.

### **Des dispositions constitutionnelles essentielles**

Dans le cadre de ce mémoire, on s'est intéressé aux retombées de l'Entente sur la mobilité de la main-d'œuvre en prenant comme cas d'étude celui des médecins de familles français venant s'installer au Québec. Nous avons ainsi couvert les aspects liés à leur immigration et leur intégra-

---

<sup>31</sup> Même si elles ne sont pas *stricto sensu* des organismes règlementaires, la Fédération des médecins omnipraticien (FMOQ) et celle des médecins résidents (FMRQ) ont une influence politique trop importante pour les omettre de cette courte liste.

tion professionnelles. Puisque l'Entente est née d'une volonté commune entre le gouvernement du Québec et celui de la France de créer un espace de mobilité de la main-d'œuvre entre les deux Parties, nous avons jugé impératif de pouvoir dresser un portrait de leurs compétences constitutionnelles en matière d'immigration et d'éducation<sup>32</sup> — ce qui nous amènera ensuite à nous pencher sur leur rôle au sein de leur système professionnel pour mieux saisir leurs capacités et limites à mettre l'Entente en œuvre.

Soulignons d'emblée une distinction fondamentale : la France est un État souverain de forme unitaire alors que le Québec est une province d'un État souverain fédéral, le Canada. Même si cette distinction apparaît comme évidente, elle mérite qu'on y prête une attention toute particulière puisque c'est à partir de cette différence substantielle que s'exprimera d'abord l'asymétrie des capacités de mise en application de l'Entente. D'abord, il n'y a pas de répartition des compétences entre divers paliers de gouvernements en France puisque l'État y est unitaire. Tant l'immigration que l'éducation sont des compétences relevant *a priori* du gouvernement central<sup>33</sup>. Inversement, la *Loi constitutionnelle de 1867* prévoit un partage des compétences entre pouvoirs législatifs provinciaux et fédéral au Canada<sup>34</sup>. L'immigration se retrouve à être ainsi une compétence partagée entre ces pouvoirs en vertu de l'article 95 (LC 1867) alors que l'éducation relève exclusivement du provincial. On pourrait croire que la plus grande perte d'influence du gouvernement du Québec dans le déploiement d'un espace de mobilité de la main-d'œuvre pourrait l'être d'abord sur le terrain de l'immigration et non sur celui de l'éducation. Or, c'est plutôt le contraire qu'on observe.

En vertu de l'article 95 (LC 1867), tant les législatures provinciales que fédérale peuvent adopter des lois en matière d'immigration. Néanmoins, « toute loi de la législature d'une province [relati-

---

<sup>32</sup> La reconnaissance des qualifications professionnelles est d'abord et avant tout un enjeu relevant du giron de l'éducation puisqu'il est question ici de *formation professionnelle*. Bien que d'autres compétences entrent en jeu dans la création d'un tel espace de mobilité de la main-d'œuvre, comme la santé (en référence, par exemple, aux exigences sanitaires imposées par Citoyenneté et Immigration Canada dans le cadre du processus de délivrance du permis de résidence permanente), on fait le choix de ne pas les aborder. On se justifie en avançant qu'il est impératif de se limiter dans la variété des sujets couverts afin d'optimiser la compréhension de ceux qui sont les plus fondamentaux dans le cadre d'un tel travail de recherche universitaire.

<sup>33</sup> On doit cependant nuancer cette idée que le gouvernement central en France serait en quelque sorte omnipotent. L'action du gouvernement français peut entre autres être limitée par le Sénat (représentant les collectivités territoriales) et les institutions européennes ; pour ne nommer que ces acteurs. Comme l'objectif de ce travail de recherche n'est pas d'étudier l'effectivité de l'ARM des médecins à permettre aux médecins de famille québécois d'exercer en France, mais bien le contraire, on fait le choix de ne pas développer davantage l'aspect du cadre constitutionnel français. Seule la distinction fondamentale entre les réalités liées à la souveraineté (État souverain c. non-souverain) ainsi qu'à la forme étatique (État unitaire c. fédéral) sont pertinentes.

<sup>34</sup> *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, c 3, a. 91-95.

ve à l'immigration] n'y aura d'effet qu'aussi longtemps et tant qu'elle ne sera incompatible avec aucune des lois du parlement du Canada. »<sup>35</sup> On comprend donc la nécessité d'une législation fédérale et la possibilité d'une qui soit provinciale. Dans les faits, la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés accorde une latitude aux provinces en matière de sélection des immigrants. Plus précisément, l'article 9 de cette loi accorde aux provinces la « responsabilité exclusive de sélection de l'étranger qui cherche à s'y établir comme résident permanent »<sup>36</sup>. La mobilité vers le Québec d'une main-d'œuvre française qualifiée ne semble donc pas particulièrement contrainte par la politique canadienne d'immigration qui se veut essentiellement économique. Qui plus est, la loi canadienne stipule qu'elle a pour objet « de veiller, de concert avec les provinces, à aider les résidents permanents à mieux faire reconnaître leurs titres de compétence et à s'intégrer plus rapidement à la société »<sup>37</sup>. En d'autres termes, la loi canadienne sur l'immigration favorise déjà la réalisation d'un espace de mobilité de la main-d'œuvre entre la France et le Québec. Elle n'est donc pas d'emblée limitative à l'action du gouvernement québécois dans ce dossier<sup>38</sup>.

On l'a avancé précédemment : c'est sur le terrain de la reconnaissance des qualifications professionnelles –*in fine* de l'éducation, par ailleurs – que se retrouvent les principales limites du gouvernement du Québec à faire appliquer par les autorités compétentes une entente telle que celle signée avec la France en octobre 2008. Un survol du système professionnel québécois s'impose donc afin de les déterminer.

### **Une entente n'est pas un accord**

Premièrement, concentrons-nous sur le titre même de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Alors que dans le langage commun les termes entente et accord peuvent être utilisés tels des synonymes, il en va tout autrement en droit international. Sans se prêter à un exercice de sémantique du droit, il convient ici de distinguer sommairement ces deux termes. Essentiellement, on distingue les deux termes en vertu de leur degré de formalité. À ce titre, « l'accord [...] est un engagement formel entre deux ou plusieurs parties exprimant leur commune volonté de produire l'effet de droit recherché [alors

---

<sup>35</sup> *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, c 3, a. 95.

<sup>36</sup> *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, L.C. (2001), c 27, a. 9, p. 1.

<sup>37</sup> *Ibid.*, art. 3, par. 1.

<sup>38</sup> DUMAS-MARTIN, Antoine. *Créer un espace de mobilité professionnelle avec la France. Le Québec a-t-il les moyens de ses ambitions?* Travail de session réalisé dans le cadre du cours REL711 Relations internationales. Longueuil : Université de Sherbrooke, 2013.

que] l'entente est un arrangement informel. »<sup>39</sup> En cas de manquement d'une des Parties à ses engagements envers l'autre, les sanctions ne seraient donc pas juridiques mais plutôt politiques. Dans le cas qui nous intéresse, le Québec et la France sont ainsi deux sujets du droit international ayant conclu un acte dont la mise en application est fonction de la volonté et la bonne foi des acteurs politiques, sans oublier de leurs capacités à le faire. Elles sont délimitées dans un cadre juridique particulier et complexe.

Avant de poursuivre, il est essentiel d'apporter une importante précision quant à la dénomination choisie pour désigner les parties. On parle du Québec et de la France, et non des gouvernements français et québécois. Cette distinction est fondamentale : ce n'est pas une entente intergouvernementale. L'Entente est en soi le fruit d'un leadership gouvernemental<sup>40</sup>, mais, comme on le verra subséquemment, sa mise en œuvre relève *in fine* des autorités compétentes en matière de réglementation professionnelle.

### **Les grands principes de l'Entente Québec-France**

La première clause est fondamentale à la compréhension de l'Entente, sa portée et ses limites. Il convient d'en étaler ici la substance :

La France et le Québec conviennent de l'établissement d'une procédure commune aux fins de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des personnes exerçant une profession ou un métier réglementé. La France et le Québec sont résolus à prendre toutes les mesures nécessaires afin que leurs autorités compétentes respectives appliquent cette procédure commune pour la reconnaissance effective des qualifications professionnelles et qu'elles puissent conclure des arrangements en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications débouchant sur l'exercice des professions et des métiers réglementés, en conformité avec la procédure prévue à l'annexe I.

L'objectif de l'Entente est clair. Elle vise à ce que la reconnaissance des qualifications professionnelles puisse *ultimement* mener « à l'exercice des professions et métiers réglementés ». En d'autres termes, la reconnaissance des qualifications professionnelles n'est qu'une étape sur le chemin de l'obtention d'un permis de pratique. On ne permet donc pas aux professionnels concernés de pouvoir circuler aussi librement entre la France et le Québec qu'ils ne le pourraient dans l'espace Schengen. Cela implique ainsi l'inévitable nécessité d'inscrire l'Entente Québec-France dans une vision holistique et de l'accompagner d'une série d'autres mesures visant à régler

---

<sup>39</sup> JUSTICE CANADA. « Accord ou entente ? », *Guide fédéral de jurilinguistique législative française* [en ligne]. Ottawa, 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/legis-redact/juril/no3.html>.

<sup>40</sup> Jean Charest (Premier ministre du Québec de 2003 à 2012). Entretien avec l'auteur, 6 mai 2013.

certaines entraves à la mobilité de la main-d'œuvre.

Il est essentiel par ailleurs de saisir l'ampleur de l'incidence que peuvent avoir les tierces parties dans la mise en œuvre de l'Entente ainsi que dans la négociation et la mise en application des ARM entre autorités compétentes. L'incidence de ces autres organismes règlementaires peut effectivement limiter considérablement la portée de l'Entente étant donné que ce ne sont que les autorités compétentes qui sont visées par ses dispositions prévues.

Puisqu'on s'intéresse ici à la profession de médecin spécialiste en médecine de famille, on se concentrera sur les autorités compétentes à régler les professions au Québec. En survolant l'annexe I, on constate que ces autorités sont les ordres professionnels. Dans le cas des médecins, c'est l'unique Collège des médecins qu'on retient comme autorité compétente. Or, on verra subéquemment que plusieurs autres organismes règlementaires sont incontournables dans la mise en œuvre de l'ARM des médecins. Cela caractérise d'ailleurs la réalité entourant la complétion de la mesure compensatoire ci-déterminée, c'est-à-dire le stage d'adaptation.

La troisième clause maintenant se veut un énoncé des cinq grands principes devant guider la France et le Québec ainsi que les autorités compétentes des deux parties dans l'application de la procédure commune. On y retrouve :

- a) la protection du public, notamment la protection de la santé et de la sécurité du public;
- b) le maintien de la qualité des services professionnels;
- c) le respect des normes relatives à la langue française;
- d) l'équité, la transparence et la réciprocité;
- e) l'effectivité de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.

Si d'emblée ces cinq points ne sont pas en contradiction avec la principale fonction des ordres professionnels, soit la protection du public, l'exposé réalisé sur le système professionnel québécois nous aura permis de saisir l'ampleur des défis liés au respect de ces cinq grands principes.

La sixième clause porte sur les effets de la reconnaissance des qualifications professionnelles. Il y est mentionné explicitement que « [la] reconnaissance des qualifications professionnelles acquises sur le territoire de la France ou du Québec permet aux bénéficiaires de remplir les exigences de qualifications professionnelles requises pour l'obtention de l'aptitude légale d'exercer sur le territoire d'accueil. » Encore une fois faut-il rappeler la nuance entre la reconnaissance de qualifi-

cations et l'autorisation d'exercice. La dernière phrase de cette clause ne pourrait mettre cette distinction plus en évidence : « Dès qu'une reconnaissance est établie, les bénéficiaires peuvent déposer une demande d'autorisation d'exercice. » Puisqu'elle ne porte que sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, l'Entente Québec-France se retrouve donc fondamentalement dépourvue des clauses opérationnelles essentielles à la réalisation de son objectif tel que défini à sa clause première.

À l'examen de ses principales clauses, on envisage fortement que l'applicabilité de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles résulte principalement de la capacité du pouvoir politique à exercer son influence sur les ordres professionnels. Or, comme on l'a vu précédemment, cette influence est fortement limitée par l'équilibre précaire existant au sein du système professionnel entre la protection du public et celle d'intérêts corporatistes. Puisqu'également les problèmes liés à la difficile reconnaissance des qualifications professionnelles même entre provinces canadiennes sont connus depuis des décennies, il nous apparaît ici que l'Entente Québec-France soit davantage la solution externe à une problématique interne directement reliée aux risques accrus d'effets anticoncurrentiels sur un marché de services professionnels auto-réglementé.

## **La reconnaissance mutuelle des qualifications**

À l'instar de la première partie de ce chapitre, consacrée à l'exposé des tenants et aboutissants de l'Entente Québec-France, cette seconde portera sur la structure des arrangements en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM). On procèdera encore une fois en deux temps. Premièrement, on se penchera sur l'annexe I de l'Entente dans lequel on donne d'importantes précisions quant à la procédure commune aux fins de la reconnaissance des qualifications professionnelles – à partir de laquelle sont conclus les arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications professionnelles (ARM). Deuxièmement, on exposera la teneur de l'ARM des médecins. Pour le développement de notre argumentaire sur l'applicabilité des clauses de cet ARM à permettre la reconnaissance des qualifications professionnelles des médecins de famille français désirant établir leur pratique au Québec, on se réfèrera également au Règlement sur la délivrance d'un permis et d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.

Il se dégagera ainsi de cette partie sur les arrangements en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles que l'influence du politique dans leur mise en œuvre est relative

aux forces en présence au sein du système professionnel et à l'équilibre de ces pouvoirs.

## La procédure commune

### *Quelques définitions commentées*

Parmi l'ensemble des termes y étant définis, on s'intéressera plus particulièrement aux suivants: « profession ou métier réglementé », « aptitude légale d'exercer », « autorité compétente », « expérience professionnelle » et « stage d'adaptation ». On soulignera quelques aspects de ces définitions dans le but de réfléchir sur éventuelle limite systémique à la mobilité de la main-d'œuvre; et plus particulièrement la main-d'œuvre médicale spécialisée en médecine de famille.

#### *Profession ou métier réglementé*

« Activité ou ensemble d'activités dont l'exercice ou l'une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications déterminées, ci-après désignées "qualifications professionnelles". »<sup>41</sup>

Un constat semble s'imposer d'emblée à la lecture de cette définition. On dit que la possession de qualifications *déterminées* est fondamentale pour qu'une activité puisse revêtir d'une nature professionnelle. Il y a ainsi un ou des organismes réglementaires qui sont habilités à *déterminer* ces qualifications professionnelles. Or, comme on l'a vu précédemment dans ce chapitre, le principe d'autoréglementation comporte le risque inhérent de voir se développer des pratiques anticoncurrentielles. On comprend donc que dans un système professionnel basé sur ce principe, toute la question de *qui* déterminent ces qualifications professionnelles revêt d'une importance absolument capitale. L'applicabilité d'une pareille entente sur la reconnaissance mutuelle en matière de *qualifications professionnelles* ne peut ainsi qu'être variable en fonction de l'architecture-même du système professionnel de chacune de ses parties signataires.

#### *Aptitude légale d'exercer*

« Permis ou tout autre acte requis pour exercer une profession ou un métier réglementé dont la délivrance est subordonnée à des dispositions législatives, réglementaires ou administratives. »<sup>42</sup>

Notre commentaire rejoindra celui formulé au point précédent. D'abord, on précise que la déli-

---

<sup>41</sup> Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. 17 octobre 2008.

<sup>42</sup> *Loc. cit.*

vance d'un permis d'exercice est *subordonnée* à des dispositions législatives, réglementaires ou administratives. Encore une fois, on remarque que la reconnaissance des qualifications professionnelles est fonction de la structure d'un système professionnel et des intérêts de chacun des acteurs qui y ont droit de cité. Les risques de voir la portée des ARM limitée par des pratiques anti-concurrentielles propres à un système basé sur l'autoréglementation sont donc considérables.

#### *Autorité compétente*

« Toute instance désignée à l'annexe II par la France ou le Québec et habilitée par l'un d'eux à reconnaître les qualifications professionnelles. »<sup>43</sup>

Lorsqu'on consulte l'annexe II, on remarque que, dans le cas des professions réglementées au Québec, ce sont les ordres professionnels à qui l'on fait référence par autorités compétentes. Une importante limite à la portée des ARM s'impose ici par ce choix qui a été fait de ne viser presque exclusivement les ordres professionnels dans la démarche. On rejoint ici nos précédentes propositions : les ordres font partie d'un *système* professionnel et ne sont donc pas les seules sources de réglementation à caractère professionnel. Les institutions d'enseignement, les différents ministères, les associations professionnelles, etc., le sont également; qu'ils produisent ces règlements ou qu'ils en influencent la production. Un système professionnel est d'abord un ensemble organique où interagissent plusieurs acteurs. La reconnaissance des qualifications professionnelles nécessite ainsi la proposition de mesures s'inscrivant dans une démarche holistique.

#### *Expérience professionnelle*

« Exercice effectif et légal de la profession ou du métier réglementé pris en compte dans le cadre de la procédure commune aux fins de la reconnaissance des qualifications professionnelles. »<sup>44</sup>

Encore et toujours, la *prise en compte* de l'expérience professionnelle *jugée* pertinente du candidat par les autorités compétentes pose le problème de la subjectivité. Avec un système professionnel basé sur l'autoréglementation, il y a un risque substantiel de voir apparaître une *prise en compte* de cette expérience à géométrie variable; la discrimination y étant en apparence d'abord systémique<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> *Loc. cit.*

<sup>44</sup> *Loc. cit.*

<sup>45</sup> ARCHAMBAULT, Diane et TANOVICIANU, Nicolae-Dan. *Enquête sur les allégations de discrimination dans le cadre du processus d'admission menant au programme de formation postdoctorale en médecine*. Enquête n°

### *Stage d'adaptation*

« Exercice d'une profession ou d'un métier règlementé qui est effectué par le territoire d'accueil sous la responsabilité d'une personne autorisée et qui peut être accompagné, selon le cas, d'une formation complémentaire. Le stage fait l'objet d'une évaluation. Les modalités du stage, qui s'effectue en milieu de travail, son évaluation ainsi que le statut professionnel du stagiaire sont déterminés par l'autorité compétente concernée du territoire d'accueil, le cas échéant, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires de la France et du Québec. »<sup>46</sup>

On soutient ici qu'il revient à l'autorité compétente – qui dans notre étude est le Collège des médecins du Québec – de déterminer les modalités du stage d'adaptation. Or, une telle approche centrée sur les ordres professionnels est susceptible d'être significativement limitée notamment par leur rôle-même ainsi que leurs ressources. Dans le cas du stage d'adaptation prévu par l'ARM des médecins, il pourrait être réducteur de n'imputer qu'au Collège une telle responsabilité. La Conférence des vices-doyens des facultés de médecine (CVDFM-CREPUQ) a également une influence considérable dans la détermination des conditions d'admission à la pratique de la médecine au Québec.

Rappelons que l'objectif de ce texte est de démontrer en quoi la portée de l'ARM des médecins est intrinsèquement limitée à faciliter une meilleure reconnaissance des qualifications professionnelles des omnipraticiens formés en France. C'est donc brièvement qu'on couvrira la procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles<sup>47</sup>. La pertinence de cet exposé théorique consiste ainsi à permettre au lecteur d'être davantage en mesure de comprendre la structure de l'ARM des médecins qui sera couverte ultérieurement.

La procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles s'articule en trois étapes; un des principaux objectifs étant de favoriser une plus grande ouverture et une collaboration accrue entre les autorités compétentes des deux parties.

#### *1° Faire l'examen global des qualifications par les autorités compétentes*

La première consiste donc à faire entrer en relation les différentes autorités compétentes québécoises et françaises afin qu'elles puissent s'adonner à l'examen global des qualifications. On y

---

MTL-018303. Montréal : Ministère de la Justice (Commission des droits de la personne et de la protection de la jeunesse), 2010.

<sup>46</sup> *Loc. cit.*

<sup>47</sup> Afin de simplifier l'exposé de la procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles, on suggère au lecteur de se référer à l'annexe A de ce texte qui contient un schéma de ladite procédure.

examine alors les champs de pratique<sup>48</sup> ainsi que les titres de formation<sup>49</sup>. L'objectif poursuivi est de permettre aux autorités compétentes d'être en mesure de poser un diagnostic.

### 2° Poser un diagnostic

Il y a trois types de diagnostics possibles. Les champs de pratique et les titres de formation peuvent être alors jugés globalement équivalents, substantiellement différents ou incompatibles.

### 3° Établir les conditions de reconnaissance

Avant d'élaborer sur les conditions de reconnaissance, il est essentiel d'apporter la précision suivante : la reconnaissance des qualifications professionnelles n'équivaut pas à la reconnaissance du privilège d'exercer une profession.

Si les champs de pratique et les titres de formation sont jugés comme étant globalement équivalents par les autorités compétentes d'une profession ou d'un métier réglementé en France et au Québec, la reconnaissance des qualifications professionnelles est sans conditions. Le candidat formé dans l'autre Partie se voit reconnaître ses qualifications professionnelles au même titre que s'il avait été formé dans la Partie d'accueil. Actuellement, les avocats formés en France et désirant pratiquer au Québec bénéficient de ce type d'arrangement<sup>50</sup>. Même si les champs de pratique ne sont pas identiques dans les deux Parties (le droit criminel basé sur le *Common Law* n'existe pas en France), les avocats exerçant le droit au Québec sont tenus par le code de déontologie du Barreau du Québec de ne pratiquer le type de droit pour lequel ils sont compétents<sup>51</sup>. C'est donc dire qu'un avocat français spécialisé en droit matrimonial (branche du droit civil), par exemple, pourrait pratiquer ce type de droit au Québec; son absence de connaissance du droit criminel canadien n'entravant pas l'exercice de sa pratique.

Si les champs de pratique et les titres de formation sont jugés comme étant substantiellement dif-

---

<sup>48</sup> Tel que défini à l'annexe I de l'Entente, un champ de pratique est une « activité ou [un] ensemble d'activités couvertes par une profession ou un métier réglementé. »

<sup>49</sup> Un titre de formation est défini à cette même annexe comme étant « tout diplôme, certificat, attestation et autre titre délivré par une autorité reconnue ou désignée par la France ou le Québec en vertu de ses dispositions législatives, réglementaires ou administratives sanctionnant une formation acquise dans le cadre d'un processus autorisé en France ou au Québec. »

<sup>50</sup> *Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des avocats*. 27 novembre 2009.

<sup>51</sup> « 3.02.03. L'avocat doit éviter toute fausse représentation quant à son niveau de compétence ou quant à l'efficacité de ses services professionnels ou, le cas échéant, quant au niveau de compétence ou à l'efficacité des services des personnes qui exercent leurs activités au sein de la même société que lui. ». Pour plus d'information sur le Code de déontologie des avocats: *Code de déontologie des avocats*. 1981. R.R.Q., c. B-1, r. 3.

férents par les autorités compétentes de chacune des Parties, des conditions sont imposées à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Pour compenser ces différences substantielles, les autorités compétentes peuvent exiger soit une expérience professionnelle jugée pertinente par celles-ci, soit la réussite d'une mesure compensatoire. Celle-ci peut être une formation d'appoint adaptée aux besoins des candidats formés dans l'autre Partie, un stage d'adaptation en milieu de travail, etc. La réussite de la mesure compensatoire imposée par une autorité compétente ou la reconnaissance d'une expérience professionnelle suffisante pour palier aux différences substantielles dans les champs de pratique et les titres de formation mènent à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Naturellement, les arrangements en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles ne prennent effet que lorsque les autorités compétentes de chacune des Parties les entérinent par l'adoption de règlements visant leur mise en œuvre. Cette distinction est importante. À l'instar de l'Entente Québec-France, les ARM ne sont pas des actes contraignants. La portée d'un ARM est ainsi également relative aux dispositions législatives, réglementaires et administratives en vigueur dans chacune des Parties; *id est* l'impact d'un ARM n'est que fonction de la *structure* même du système professionnel de la Partie d'accueil. Quant à l'objectif du gouvernement du Québec de créer un espace de mobilité de la main-d'œuvre avec la France, force est alors de constater que l'Entente et les ARM qui en découlent ne peuvent qu'avoir des effets moindres sur cette mobilité souhaitée qu'une réforme substantielle du système professionnel québécois.

## **Les qualifications professionnelles au cœur du système professionnel québécois**

Le système professionnel québécois est régi par le Code des professions. Ce code est une loi de l'Assemblée nationale qui a été adoptée en 1973 puis qui est entrée en vigueur en 1974. Avec le régime public d'assurance-maladie, c'est l'une des principales recommandations que fait Claude Castonguay suite à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Tel que formulé dans le rapport final :

« La Commission constatait l'inadaptation du corporatisme professionnel aux nouvelles conditions sociales et économiques, soulignant notamment que la notion de « profession libérale » au sens d'occupation d'ordre intellectuel exercée de façon indépendante, isolée et sans aucun contrôle extérieur, ne s'appliquait nullement aux professions les plus récentes et de moins en moins aux plus anciennes. En outre, elle critiquait la multiplication désordonnée de nouvelles corporations

professionnelles de même que l'incohérence des lois, des institutions et des processus qui en résultaient. »<sup>52</sup>

Le Commissaire répondait ainsi à l'impératif d'adopter des règles claires définissant le système professionnel anarchique existant<sup>53</sup>. C'est pourquoi la structure du système professionnel mis en place par le Code des professions pose la protection du public comme étant la *principale* fonction des ordres professionnels, mais non l'*unique*. On consacre ainsi l'autonomie des corporations professionnelles déjà existantes en autant qu'elles puissent assurer en premier lieu la sécurité du public<sup>54</sup>. Comme nous le verrons plus loin, cette notion de protection du public comme étant la *principale* fonction des ordres professionnels sous-tend des défis particuliers qui sont propres à tout système organisé sur la base de l'autoréglementation.

### **Le Code des professions et l'instauration d'un système bipartite**

Le système professionnel québécois est complexe. La prochaine figure a ainsi pour objectif de faciliter la compréhension de cet objet qui est au cœur de la problématique de la reconnaissance des qualifications professionnelles<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC. « Le système professionnel ». *Site du CIQ* [en ligne]. 2013. [Consulté le 26 juin 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/visualiser/id/7>.

<sup>53</sup> L'existence d'ordres professionnels est largement antérieure à 1970, date du dépôt du Rapport Castonguay. Dans le secteur de la santé, par exemple, le premier ordre a vu le jour en 1847 (le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada, l'ancêtre de l'actuel Collège des médecins). Le Conseil interprofessionnel, dont le mandat premier était de favoriser un forum commun entre les ordres professionnels, a quant à lui été fondé en 1965.

<sup>54</sup> André Gariépy (Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles), Office des professions du Québec. Entretien avec l'auteur, 20 juin 2013.

<sup>55</sup> OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Organigramme du système professionnel ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. 2014. Disponible à l'adresse : [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Organigramme%20201%201.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Organigramme%20201%201.pdf).

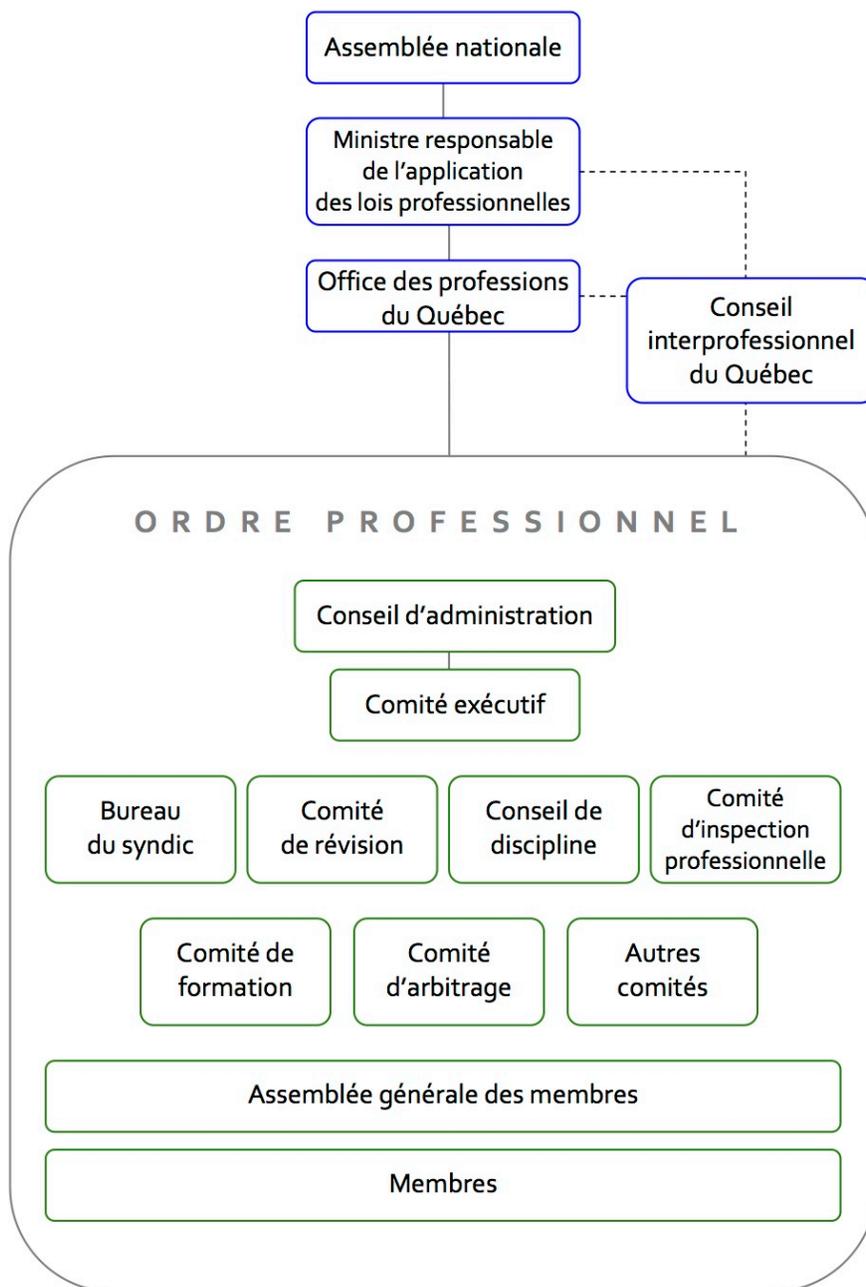


Figure 2-1 : Organigramme du système professionnel québécois

L'application des lois professionnelles relève de la responsabilité d'un ministre – qui est de coutume le ministre de la Justice. L'influence du ministre est cependant intentionnellement limitée par la structure-même du système instauré par le Code des professions. Elle est ainsi fondée sur une coexistence bipartite, *id est* des représentants de l'autorité publique et des représentants des professionnels. Est ainsi créé l'Office des professions du Québec en même temps que sont consa-

crés le Conseil interprofessionnel et les ordres professionnels. Avant de poursuivre cet exposé, il est important de toujours garder à l'esprit que la démarche entreprise par le législateur s'inscrivait dans une volonté de procéder à la difficile harmonisation de la protection du public avec celle de l'autonomie professionnelle; de travailler *avec* les professionnels et non *contre* ces derniers. Pour saisir avec davantage d'acuité l'approche adoptée par le législateur, il s'avère pertinent de rappeler le contexte politique prévalant à cette époque.

D'abord, on était en pleine Guerre froide. La notion d'intervention (massive) de l'État – puisque c'est ce dont il était question à l'époque avec la proposition d'un régime public d'assurance-maladie et la structuration du système professionnel dans lequel la protection de l'autonomie professionnelle était névralgique – suscitait des passions différentes de celles qui animent aujourd'hui les débats portant, notamment, sur le système public de santé. Ensuite, on assistait à la mutation progressive du rôle des ordres professionnels avec la montée du mouvement syndical. Prenons en exemple le cas des médecins. Considérant que le Collège des médecins ne pouvait plus assurer la protection de leurs intérêts professionnels, les associations de médecins omnipraticiens de plusieurs régions du Québec se fédèrent en 1962 pour créer la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)<sup>56</sup>. Un mouvement analogue suivra en 1965 chez les spécialistes; c'est ainsi qu'est née la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). La protection des intérêts professionnels des médecins était maintenant l'adage de leurs deux grandes fédérations. Devant le vacuum laissé par ce mouvement de syndicalisation médicale, le Collège des médecins s'est montré désireux de voir son rôle défini dans un cadre législatif qui consacrerait son existence et sa pérennité<sup>57</sup>. L'exercice d'une profession résulte notamment de la maîtrise subtile d'un savoir complexe. C'est d'ailleurs pour cela qu'on dit parfois que la médecine n'est pas une science, mais bien un art. On jugeait ainsi que les professionnels étaient eux-mêmes les plus habilités à contrôler l'exercice de leur profession.

### ***Le pouvoir public***

L'Office des professions du Québec (OPQ) a pour premier mandat de s'assurer que les ordres professionnels s'acquittent de leur *principale* obligation qui est la protection du public.

---

<sup>56</sup> ASSELIN, Marc-André. *De praticiens à spécialistes en médecine de famille. 1963-2013: Histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. Montréal : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2013. ISBN 978-2-921361-52-1.

<sup>57</sup> OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Organisation administrative de l'Office ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. 2013. [Consulté le 24 juillet 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.opq.gouv.qc.ca/office-des-professions-du-quebec/>.

« [II] est composé de cinq membres tous nommés par le gouvernement. Quatre de ces cinq membres, dont un président et un vice-président, doivent être des professionnels membres d'un ordre et inscrits au tableau de ce dernier. Le cinquième membre, choisi en fonction de son intérêt pour la protection du public, ne doit pas être un professionnel. [Trois d'entre eux, dont le président ou le vice-président, sont choisis parmi une liste d'au moins cinq noms que le Conseil interprofessionnel fournit au gouvernement]<sup>58</sup>. Tous les membres de l'Office doivent être domiciliés au Québec. »<sup>59</sup>

Il assure donc la principale représentation de l'autorité publique dans le système professionnel. Cette représentation ne peut toutefois pas être omnipotente puisque c'est le Conseil interprofessionnel, et donc les ordres, qui recommande les candidats éligibles à exercer les principaux pouvoirs à l'Office. Dans ce jeu d'équilibre à trois (OPQ, CIQ et ordres), l'Office est le seul organe financé par les deniers publics.

Ce principe pose en apparence cependant un important problème puisqu'il semble menacer de rompre l'équilibre du pouvoir au sein du système professionnel. On peut citer en exemple la fin de la présidence de Thomas Mulcair à la tête de l'Office des professions du Québec (1987-1993). L'une des plus importantes mesures prises sous sa présidence visant à assurer la sécurité du public a consisté en la protection des victimes d'agressions sexuelles perpétrées par des membres d'un ordre professionnel. Il souhaitait essentiellement à ce que les audiences disciplinaires ne se tiennent plus à huis clos. Dans une entrevue accordée à l'émission *Le Point* diffusée sur les ondes de Radio-Canada en août 1993, Thomas Mulcair s'explique le non-renouvellement de son mandat à titre de président de l'OPQ comme la résultante de pressions d'ordres professionnels auprès des autres membres du Conseil interprofessionnel du Québec (qui est chargé de fournir une liste de candidats éligibles à être nommés à la tête de l'OPQ par le gouvernement). Il accuse principalement le CMQ d'avoir été l'élément le plus actif dans cette opération de lobbying. Il soutient que ses principaux motifs résidaient dans une volonté de protéger ses membres coupables d'avoir commis des agressions sexuelles auprès de patientes<sup>60</sup>.

C'est d'ailleurs cet épisode de sa carrière qui l'amènera à déposer un mémoire dans le cadre des

<sup>58</sup> *Code des professions*, R.L.R.Q., c. C-26, a. 4.

<sup>59</sup> OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Organisation administrative de l'Office ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. 2013. [Consulté le 24 juillet 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.opq.gouv.qc.ca/office-des-professions-du-quebec/>.

<sup>60</sup> [ANONYME]. « Thomas Mulcair. Comment le système professionnel québécois ne protège pas le public ». *Le Point* [en ligne]. Radio-Canada, août 1993. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=nBQM4u7sMr4>.

audiences publiques de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles (communément appelée la Commission Bouchard-Taylor) dans lequel « il dénonce vigoureusement les pratiques des ordres professionnels (qui relèvent de l'Office) »<sup>61</sup>.

### ***Le pouvoir professionnel***

Le Conseil interprofessionnel, quant à lui, représente l'ensemble des ordres professionnels. Il est un forum commun de discussions et de délibérations sur les enjeux professionnels. Il permet donc un meilleur échange d'informations et de pratiques entre les ordres. Comme on l'a suggéré précédemment, son financement ne provient pas de fonds publics mais plutôt de ses membres cotisants; soit les ordres professionnels.

Les ordres professionnels sont composés d'abord de membres. Ces membres sont regroupés au sein d'une assemblée générale. Cette assemblée participe ensuite à l'élection des membres du Conseil d'administration; duquel sont nommés ou élus les membres du comité exécutif qui seront responsables de la conduite des affaires courantes de l'ordre (inspection professionnelle, admission à la profession, etc.)<sup>62</sup>. Chaque ordre demeurant ainsi très autonome, il n'y a pas de prescription immuable dans le Code des professions quant au mode de fonctionnement de chacun d'eux.

Enfin, le financement des ordres professionnels provient des cotisations annuelles de ses membres. Sans qu'il ne les rende indubitablement perméables aux influences de certains groupes d'intérêts au sein-même de la profession, il apparaît évident que l'actuel mode de financement des ordres ne puisse les mettre complètement à l'abri de toute ingérence corporatiste.

Comme on estime n'en avoir ni l'autorité, ni la compétence, on ne se prononcera pas sur les bilans financiers annuels des ordres professionnels. Soulignons cependant qu'à l'instar de la question de la nomination des membres à sa tête, le financement par l'ensemble des membres d'un ordre expose certainement son Conseil d'administration ainsi que son Comité exécutif à des influences dont les principaux motifs ne sont pas nécessairement la protection du public. D'éventuels conflits d'intérêts relèveraient davantage d'une incapacité fondamentale de ceux-ci de s'imperméabiliser face à une ingérence extérieure que d'un corporatisme qui lui serait propre.

---

<sup>61</sup> BOUCHARD, Gérard et TAYLOR, Charles. *Fonder l'avenir : le temps de la conciliation* [en ligne]. Québec : Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles, 2008. [Consulté le 2 septembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.accommodements.qc.ca/documentation/rapports/rapport-final-integral-fr.pdf>

<sup>62</sup> *Code des professions*, R.L.R.Q., c. C-26, c. 4, s. 5, s.-s. 4-5.

L'ensemble des professionnels inscrit à son tableau n'est tout simplement ni étrangers ni insensibles à la protection de leurs propres intérêts. Expliqué autrement, on pourrait dire que même si les missions et mandats d'un ordre professionnel sont fondamentalement différents – voire parfois en complète opposition – il n'en demeure pas moins que ce sont les mêmes individus qui constituent les membres d'autres groupes, comme les syndicats. Intérêts publics et privés peuvent alors entrer en contradiction. C'est donc sans intention d'imputer de motifs indignes à l'une ou l'autre des Parties qu'il convient de mentionner que – même si elle n'est qu'hypothétique – une usurpation du mandat de protection du public dans l'objectif de protéger des intérêts professionnels est un scénario qui *n'est pas impossible*.

Si l'absence complète de conflit d'intérêts est davantage une utopie qu'un objectif réaliste, force est de constater que l'autoréglementation est particulièrement sujette à ce type de dérive. Il n'est donc probablement pas anodin que le Bureau canadien de la concurrence, notamment, y ait consacré plusieurs études depuis les dernières années; et se soit intéressée au rôle que peuvent jouer les corporations, notamment en ce qui concerne l'accès à la profession. Dans un contexte où la facilitation de la mobilité de la main-d'œuvre devient de plus en plus une nécessité – au-delà de toute considération politique – il s'avère certainement pertinent d'étudier l'impact de l'autoréglementation comme source de pratiques anticoncurrentielles sur un marché de biens et services<sup>63</sup>. Et avec un marché aussi imposant et névralgique que celui des soins de santé, la médecine n'y fait certainement pas exception.

### ***Un nouvel « ombudsman »***

À la lumière des derniers paragraphes, on saisit bien pourquoi le rééquilibrage des pouvoirs dans le système professionnel est essentiel afin d'atténuer les effets anticoncurrentiels que peuvent produire l'autoréglementation sur un marché de services professionnels. Pour renforcer cet équilibre de poids et contrepoids, on cherche à instaurer davantage de surveillance, de reddition de compte et de transparence<sup>64</sup>. C'est finalement suite aux recommandations liées à l'intégration économique des immigrants que contenait le rapport Bouchard-Taylor (2008) que le gouvernement du Québec décide d'emboîter le pas à l'Ontario (2006), au Manitoba (2007) et à la Nouvelle-Écosse (2008) en créant le poste de Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des

---

<sup>63</sup> SCOTT, Sheridan. *Les professions autoréglementées : atteindre l'équilibre entre la concurrence et la réglementation*. Ottawa : Industrie Canada (Bureau de la concurrence du Canada), 2007.

<sup>64</sup> GARIÉPY, André. « Fierté et envie: les péchés véniels de l'autoréglementation (conférence de clôture) ». *Congrès canadien de la réglementation*. Toronto. 4 novembre 2011.

compétences professionnelles (2009)<sup>65</sup>.

Son mandat consiste principalement à procéder à l'examen de plaintes de professionnels se sentant lésés par rapport à un ordre dans le cadre du processus de reconnaissance de leurs compétences professionnelles, à vérifier les différents mécanismes liés à l'admission aux professions et à assurer un suivi de la collaboration entre les ordres (autorités compétentes) et les établissements d'enseignement (autres organismes réglementaires). Pour remplir son mandat, le Commissaire est investi d'un important pouvoir d'enquête octroyé en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête<sup>66</sup>. Bien que Me Gariépy, le premier à occuper ce poste, ait une connaissance pointue du système professionnel en plus d'y avoir acquis une importante notoriété notamment à titre de directeur général du Conseil interprofessionnel du Québec<sup>67</sup>, force est de remarquer que son influence est potentiellement limitée par l'asymétrie entre les ressources humaines, financières et logistiques dont il dispose et celles des dizaines d'ordres professionnels et établissements d'enseignement qu'il doit couvrir dans le cadre de son mandat. Il convient de souligner cet important geste du gouvernement du Québec visant à limiter les effets pervers de l'autoréglementation<sup>68</sup>. Une dernière remarque : lorsqu'on a créé ce poste, on disait à la blague dans le milieu des ordres professionnels que le gouvernement l'avait fait « pour surveiller les docteurs. »<sup>69</sup> Comme quoi la profession médicale est probablement unique.

## La profession médicale

Étant donné notre sujet d'étude, il convient maintenant d'exposer un peu plus en détails la structure d'un ordre professionnel en particulier : le Collège des médecins du Québec (CMQ). On reprendra la même séquence que dans la section précédente. On s'intéressera ensuite à d'autres considérations, dont les principales dispositions législatives l'encadrant au Québec comme en

---

<sup>65</sup> GARIÉPY, André. « Change in Oversight of Self-Regulated Professions ». *Third International Congress on Professional and Occupational Regulation*. Édimbourg. 27 juin 2013.

<sup>66</sup> *Code des professions*, R.L.R.Q., c. C-26, a. 16, p. 11.

<sup>67</sup> Me André Gariépy en a été le directeur général de 1999 à 2007. Pour plus d'information, il est possible de consulter sa fiche biographique : OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Me André Gariépy. Commissaire aux plaintes, reconnaissance des compétences professionnelles ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. août 2010. [Consulté le 15 juin 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Professionnels\\_for- mes\\_hors\\_du\\_Quebec/CPRC-A.GariepyRelBio10-08-02.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Professionnels_for- mes_hors_du_Quebec/CPRC-A.GariepyRelBio10-08-02.pdf).

<sup>68</sup> Toutefois, l'adoption d'un point de vue critique s'impose face à la portée que le Commissaire aux plaintes à l'Office des professions pourrait avoir dans cette longue et complexe entreprise. Davantage d'efforts devront y être consacrés afin de se voir pleinement réalisée la volonté du législateur de procéder à un rééquilibrage du système professionnel québécois.

<sup>69</sup> Dr Yves Robert (Secrétaire général), Collège des médecins. Entretien avec l'auteur, 5 novembre 2013.

France.

### **Le Collège des médecins du Québec**

Le CMQ est composé d'une assemblée générale de membres. Les membres de cette assemblée constituent pour « l'ensemble des médecins habilités à exercer la profession médicale au Québec »<sup>70</sup>. Un Conseil d'administration de 29 personnes est ensuite formé (un président et 28 administrateurs) par cette assemblée. Il a pour mandat d'administrer le CMQ<sup>71</sup>. 20 de ces administrateurs sont ainsi élus par l'assemblée générale des membres, tout comme le président. Finalement, quatre seront nommés par l'Office des professions du Québec alors que quatre autres le seront par les facultés de médecine de l'Université Laval, de l'Université de Montréal, de l'Université McGill et de l'Université de Sherbrooke<sup>72</sup>. On remarque ainsi que la nomination de ces huit derniers membres du Conseil d'administration pourrait paver la voie à d'éventuels conflits d'intérêts<sup>73</sup> dans la mise en application du principal mandat du Collège qui est la protection du public. Par ailleurs, les différentes altercations entre groupes professionnels, principalement dans le secteur de la santé, auront suggéré que la frontière entre protection du public et protectionnisme est parfois bien mince. On n'a qu'à regarder brièvement l'histoire du développement des trois grandes professions – médecins, dentistes et pharmaciens – dans ce secteur pour s'en convaincre.

### ***Une petite histoire de la naissance de la profession au Québec***

Le premier ordre professionnel créé dans ce secteur est le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada en 1847, soit à peine quelques années après l'Acte d'Union de 1840. Sa création est le fruit d'une conjecture politique bien particulière et l'un des principaux objectifs recherchés est la protection des intérêts économiques des médecins de la colonie en exerçant notamment un contrepoids aux privilèges consentis par les autorités britanniques aux médecins formés dans la métropole européenne<sup>74</sup>. Par ailleurs, l'établissement de cette nouvelle corporation a été légitimé

---

<sup>70</sup> *Loi médicale*, R.L.R.Q., c. M-9, a. 2.

<sup>71</sup> *Loc. cit.*, a. 6.

<sup>72</sup> *Loc. cit.*, a. 7.

<sup>73</sup> Cela ne signifie évidemment pas qu'il y ait ingérence corporatiste ou politique au sein du Conseil d'administration. Il convient toutefois de mentionner qu'étant donné que les facultés de médecine, notamment, ne sont pas investies du même mandat que le Collège, il pourrait y avoir dichotomie entre les motifs justifiant la nomination de certains membres du Conseil d'administration et leur nouveau mandat de protection du public. La même logique s'applique également aux administrateurs nommés par l'Office des professions.

<sup>74</sup> BERNIER, Jacques. « Vers un nouvel ordre médical : les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec ». *Recherches sociographiques*. 1981. Vol. 22, n° 3, p. 307.

auprès des législateurs par l'impératif de protéger le public contre les charlatans<sup>75</sup>. Le Collège tient donc le rôle de protecteur à la fois des intérêts professionnels des médecins et de ceux du public. Il a ainsi pu définir l'exercice de la médecine, d'exécuter sa propre réglementation professionnelle et de juger de la pratique de toute personne exerçant dans ce champ. Puisque la définition adoptée de la pratique médicale consiste en l'acte diagnostic des maladies et en la détermination de leur traitement (soit en amont et en aval du secteur de la santé) et qu'il est investi de pouvoirs de nature législative, exécutive et judiciaire, la création du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada vient y consacrer un monopole médicale sur le marché des soins<sup>76</sup>.

Alors qu'aujourd'hui les chirurgiens sont considérés comme médecins spécialistes en chirurgie, on faisait à l'époque une distinction entre ces deux types de professionnels de la santé. C'est donc dire que les rôles du « médecin » ont également évolués<sup>77</sup>. En 1847, un « médecin » pouvait exercer dans des champs de pratique variés ; qui aujourd'hui engloberait la pratique de l'art dentaire et de la pharmacie, entre autres. La fracture du corps médical s'est opérée au gré du développement de ces autres disciplines. Comme résultat de ces luttes intra-professionnelles ont ainsi été créées l'Association des chirurgiens dentistes de la province de Québec en 1869 et l'Association pharmaceutique de la province de Québec en 1870. On parle depuis de luttes extra-professionnelles pour qualifier les anicroches entre médecins, dentistes et pharmaciens alors que ce sont toutes des professions ayant des racines communes<sup>78</sup>. Comme quoi les situations critiques – politiques, sociales, économiques, culturelles – dans le temps et l'espace contribuent à forger les institutions.

Entre autres conséquences de la Première, puis la Seconde Guerre mondiale, la spécialisation de la pratique médicale s'accélère durant la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle. Plus la technique se développe et plus les spécialités se multiplient, fractionnant ainsi davantage le corps médical. On se retrouve donc bientôt avec deux groupes de médecins, de plus en plus distincts : les spécialistes et les généralistes. Les premiers exercent principalement en milieu hospitalier – qu'ils contrôlent –,

---

<sup>75</sup> GOULET, Denis. *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*. Montréal : Collège des médecins du Québec, 1997. ISBN 292054800X 9782920548008.

<sup>76</sup> BERNIER, Jacques. *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession*. Québec : Presses de l'Université Laval, 1989. ISBN 2763771548.

<sup>77</sup> ASSELIN, Marc-André. *De praticiens à spécialistes en médecine de famille. 1963-2013: Histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. Montréal : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2013. ISBN 978-2-921361-52-1.

<sup>78</sup> BERNIER, Jacques. « Vers un nouvel ordre médical : les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec ». *Recherches sociographiques*. 1981. Vol. 22, n° 3, p. 307.

alors que les seconds travaillent à l'extérieur de cette enceinte. Comme nous l'avons déjà mentionné, c'est parce qu'ils jugeaient que le Collège des médecins n'était plus en mesure d'assurer la protection de leurs intérêts socioéconomiques et professionnels face au pouvoir toujours croissant des spécialistes que les généralistes créent la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en 1963. Avec la création de la Fédération des médecins spécialistes du Québec en 1965, le CMQ se voit (progressivement) désinvesti de son rôle de protecteur de la profession médicale pour mieux s'acquitter de celui qu'il conserve encore aujourd'hui : celui de protecteur du public<sup>79</sup>.

### ***Exercice de la médecine***

La pratique de la médecine diffère donc selon l'endroit où elle est exercée. Ces différences sont entre autres tributaires des pathologies fréquemment rencontrées, des systèmes de santé, de l'organisation du travail, etc. L'exercice de la médecine en France est ainsi différente de celle pratiquée au Québec.

#### *Au Québec*

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir. »<sup>80</sup>

#### *En France*

« L'exercice de la médecine en France comprend les activités de diagnostic et de soins ainsi que toute les activités de prévention, de contrôle, de recherche d'expertise, d'épidémiologie et d'évaluation. »<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> GOULET, Denis. *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*. Montréal : Collège des médecins du Québec, 1997. ISBN 292054800X 9782920548008.

<sup>80</sup> *Loi médicale*, R.L.R.Q., c M-9, a. 31.

<sup>81</sup> Fait important à noter : seule la définition québécoise de la médecine comprend une liste des activités étant réservées au médecin en vertu d'une loi professionnelle. Celles-ci sont :

- 1° diagnostiquer les maladies ;
- 2° prescrire les examens diagnostiques;
- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer le traitement médical;
- 5° prescrire les médicaments et les autres substances;
- 6° prescrire les traitements;
- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;

« Le droit d'exercer reste soumis aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives déjà en vigueur au Québec et en France, y comprises celles visant la répartition des effectifs médicaux au Québec, et sous réserve de la politique d'immigration applicable sur le territoire d'accueil. »

À la lumière de ce huitième article, force est de constater que la signature d'un arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles ne peut être effective que dans la mesure permise par le système professionnel en vigueur dans l'une des Parties. Dans le même ordre d'idées, cet article nous porte à croire que la signature de tels arrangements de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles ne serait qu'une solution externe apportée à un problème qui est en fait fondamentalement interne au Québec, soit la consolidation de monopoles par des groupes professionnels sur des marchés de services propre aux systèmes organisés selon le principe d'autoréglementation.

### **L'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des médecins**

L'ARM des médecins a été signé le 27 novembre 2009 par le Dr Charles Bernard (président directeur-général, Collège des médecins du Québec), Mme Roselyn Bachelot-Narquin (ministre de la Santé et des Sports de France) et le Dr Michel Legmann (président, Conseil national de l'Ordre des médecins de France). Il a été conclu dans l'objectif de mettre en œuvre l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles signée le 17 octobre 2008.

Afin de bien saisir la structure et la portée de cet ARM, nous nous attarderons sur quelques points seulement du texte, soit les plus cruciaux. Le but visé est toujours de construire nos hypothèses de recherche en mettant en évidence la relation suivante : l'impact de l'ARM des médecins à permettre à davantage de médecins de famille formés en France d'installer leur pratique au Québec est fortement limité par les dispositions législatives, réglementaires et administratives en vigueur

---

8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;

9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;

10° décider de l'utilisation des mesures de contention.

On remarque d'emblée que ce sont là des activités conférant non seulement un rôle important aux médecins dans le secteur de la santé au Québec, mais un réel *contrôle* de ce secteur. On juge ainsi pertinent d'approfondir la recherche sur la sociologie des professions au Québec et plus particulièrement sur la construction du mode d'organisation du travail dans le secteur de la santé en vue de mieux comprendre l'ensemble des défis liés à l'amélioration du système public de santé québécois.

au Québec<sup>82</sup>.

### ***Conditions d'accès à la pratique médicale au Québec***

Comme il a été mentionné au point précédant, les conditions d'accès à la pratique médicale et les modalités d'exercice dépendent des différentes dispositions en vigueur sur le territoire d'accueil.

#### *Délivrance d'un permis d'exercice au Québec*

Les conditions à remplir pour qu'un médecin formé en France puisse se voir délivrer un permis d'exercice au Québec sont au nombre de quatre. Comme on le verra un peu plus loin, une de ces conditions fixées par le Collège des médecins du Québec est susceptible de limiter significativement la portée de l'ARM des médecins. Ainsi, pour qu'on lui délivre un permis d'exercice au Québec, le candidat français doit obligatoirement :

- 1) être titulaire d'un diplôme d'État de docteur en médecine décerné par une université française;
- 2) avoir complété avec succès une formation médicale spécialisée en France dans un programme de médecine sanctionné par un titre de formation délivré par une université française dans l'une des disciplines énumérées à l'annexe I;
- 3) avoir réussi un stage d'adaptation d'une durée de trois mois;
- 4) être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins de France en qualité de médecin généraliste ou spécialiste sans restriction ni limitation d'exercice, qu'elle découle d'une mesure administrative, d'un engagement volontaire ou d'une décision disciplinaire.

À la lecture des conditions de délivrance d'un permis d'exercice de la médecine au Québec, un constat semble s'imposer. Ce sont presque toutes là des conditions dépendant de l'organisation de la profession médicale en France. À l'exception de la troisième qui, elle, relève exclusivement de l'organisation au Québec. Or, comme on l'a déjà suggéré, l'organisation du stage d'adaptation dont il est fait mention ne dépend pas du Collège des médecins du Québec – autorité compétente,

---

<sup>82</sup> Nous désirons ici partager avec le lecteur une réflexion sur la possibilité d'une mobilité asymétrique des médecins entre la France et le Québec. On justifie la pertinence de cette réflexion par le fait que l'Entente et les ARM qui en découlent portent sur la reconnaissance *mutuelle* des qualifications professionnelles. Regardons de plus près les autorités compétentes signataires de l'ARM pour le Québec et la France. Au Québec, seul le Collège des médecins est investi du statut d'autorité compétente alors qu'en France il est réparti entre la ministre de la Santé et des Sports ainsi que le Conseil national de l'Ordre des médecins. On remarque d'emblée une plus grande présence de l'État en France dans l'encadrement de la profession médicale qu'au Québec. L'asymétrie des équilibres de pouvoirs dans les systèmes professionnels québécois et français serait ainsi, selon nous, largement responsable d'une éventuelle asymétrie dans l'effectivité du présent ARM à permettre la mobilité des médecins entre la France et le Québec.

et donc seul organisme règlementaire gravitant autour de la profession médicale qui est visé par les clauses de l'Entente Québec-France. Pour nous, cela vient donc inévitablement limiter la portée de l'ARM des médecins comme outil de facilitation de mobilité de la main-d'œuvre médicale.

### *Modalités d'exercice au Québec*

A l'instar de l'ensemble des facteurs couverts jusqu'ici, les modalités d'exercice de la médecine pour un médecin formé en France sont ceux déjà en vigueur au Québec :

« Le permis délivré précise la discipline (spécialité ou médecine de famille) ainsi que la condition d'exercice en établissement. Le titulaire du permis exerce la profession de façon autonome dans le respect des dispositions législatives et règlementaires applicables à tous les médecins du Québec. »<sup>83</sup>

### *Conversion du permis délivré*

Deux voies peuvent être ici empruntées par un médecin français désirant exercer la médecine au Québec. La première consiste à être détenteur d'un permis restrictif depuis plus de cinq ans. Or, ce permis est renouvelable annuellement et peut être révoqué en tout temps. Ainsi s'amorce une période caractérisée par une angoisse continue pour ce médecin formé à l'étranger<sup>84</sup>. La deuxième façon d'obtenir un permis d'exercice régulier et un certificat de spécialiste correspondant est d'être détenteur d'un permis restrictif durant une période excédant une année et d'avoir réussi l'examen final de la spécialité pour laquelle le médecin français est candidat au Québec. Cette deuxième voie possible, bien qu'elle soit plus rapide que la première, comporte également son lot de difficultés qu'il convient ici de mentionner. L'examen final de spécialité auquel on fait ici référence est celui que tous les résidents finissants doivent réussir afin d'obtenir leur certificat de spécialiste en médecine délivré par le Collège des médecins du Québec<sup>85</sup>.

## **Nos hypothèses de recherche**

En résumé, l'ARM des médecins nous est apparu comme étant subordonné aux dispositions législatives, règlementaires et administratives internes à chacune des Parties. C'est donc dire que

<sup>83</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Le permis restrictif ». *Site du CMQ* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/PermisRestrictif.aspx>.

<sup>84</sup> BLAIN, Marie-Jeanne, SUÁREZ-HERRERA, José Carlos et FORTIN, Sylvie. « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale ». *Anthropologie & Santé* [en ligne]. 27 novembre 2012. N° 5. [Consulté le 1 mai 2013]. DOI 10.4000/anthropologiesante.973. Disponible à l'adresse : <http://anthropologiesante.revues.org/973>.

<sup>85</sup> *Règlement sur la délivrance d'un permis et d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*, R.L.R.Q., c. M-9, r 20.2.

l'arrangement en question est un prolongement du système professionnel déjà en vigueur. Ainsi, le développement de son plein potentiel à créer un espace de mobilité de la main-d'œuvre médicale entre la France et le Québec dépend essentiellement de la capacité des systèmes professionnels des deux Parties à intégrer cette mobilité.

Or, le principal obstacle théorique aux flux migratoires de professionnels en provenance de France vers le Québec réside dans la structure-même du système professionnel québécois. C'est là sans considérer celle du système socio-sanitaire, qui s'ajoute comme un degré additionnel de complexité. Comme on l'a vu dans la première section portant sur l'Entente, celui-ci est basé sur le principe d'autoréglementation et souffre de nombreuses contradictions entre protection du public et protection d'intérêts corporatistes. De surcroît, on a soutenu le fait que les autorités compétentes – i.e. les ordres professionnels – n'étaient pas les seuls organismes producteurs de réglementation. L'influence d'autres organismes réglementaires n'étant pas prise en compte dans les modalités de l'Entente, seules les autorités compétentes sont visées. Il en résulte ainsi une capacité fortement limitée de celles-ci à contribuer à la création de cet espace de mobilité de la main-d'œuvre qualifiée entre le Québec et la France. On a finalement vu que malgré la création du poste de Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles en 2009, le rééquilibrage des poids et contreponds n'a pu se faire que dans une mesure limitée; compte tenu de la disparité entre les ressources dont il dispose et l'étendue de son mandat.

C'est ainsi que nous suggérons que l'ARM des médecins a eu pour effet de faciliter l'intégration professionnelle des médecins en France au Québec. Mais que les limites de cette facilitation résident dans la lourdeur, la complexité et le corporatisme institutionnels, malgré un fort leadership du pouvoir politique. Bref, nous suggérons que la paradiplomatie québécoise se trouve à être ici le moteur de l'action et la lourdeur, la complexité et le corporatisme institutionnels, son principal frein.

## **Discussion théorique**

### **Le moteur de l'action : la paradiplomatie**

Définissons d'abord brièvement le concept de paradiplomatie. Selon Paquin, c'est « [l'ensemble] les activités internationales des entités subétatiques. »<sup>86</sup> Si cette définition est succincte, il

---

<sup>86</sup> PAQUIN, Stéphane. *Paradiplomatie et relations internationales: théorie des stratégies internationales des régions face à la mondialisation*. Publications Peter Lang, 2004.

convient néanmoins d'en exposer les nuances.

Duchanek établit ainsi une typologie en quatre niveaux des activités internationales des entités subétatiques, soit la microdiplomatie régionale transfrontalière, la microdiplomatie transrégionale, la paradiplomatie globale et la protodiplomatie. Nous choisissons de ne nous attarder qu'aux deux derniers types.

Toujours selon Duchanek, la paradiplomatie globale « décrit l'action des États fédérés qui entrent en contact non seulement avec des centres financiers, industriels ou culturels à l'extérieur du pays mais également avec des agences de pays étrangers. » *In extenso*, Duchanek définit l'action extérieure l'action extérieure d'une entité subétatique comme une protodiplomatie lorsque la finalité recherchée est sa sécession de l'État duquel il fait partie. Il la décrit comme étant profondément conflictuelle avec l'État central.

Cherchons maintenant à circonscrire la paradiplomatie québécoise dans ce corpus théorique. D'abord, la conduite d'activités internationales du Québec — en tant qu'État fédéré — dans ses champs de compétences s'apparente avant tout à ce que Duchanek a défini comme étant de la paradiplomatie globale. Celle-ci a cependant un caractère identitaire. Cette dimension s'expose, par exemple, à travers la présence du Québec dans l'Organisation internationale de la francophonie, à l'instar du Nouveau-Brunswick (seule province canadienne officielle bilingue) et de la communauté francophone de Belgique<sup>87</sup>. Alors que cette affirmation identitaire peut parfois s'inscrire dans une logique protodiplomatique, Paquin définit les activités extérieures du Québec davantage comme de la paradiplomatie identitaire. Même si la frontière entre *para* et *protodiplomatie* peut être sujette à débat, force est de constater que l'action du Québec dans le dossier de l'Entente avec la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles s'inscrit pleinement dans ce que Duchanek appelle la paradiplomatie globale.

Notre revue de la littérature nous aura suggéré que le premier ministre du Québec de l'époque, M. Jean Charest, avait joué un rôle central dans la réalisation de cette Entente. Les entrevues que nous avons menées par la suite, dont avec le principal intéressé, nous ont permis de soutenir cette idée: ce sont le poids et le leadership politiques de M. Charest qui ont été les véritables moteurs de l'action québécoise dans la négociation de l'Entente.

Nous avons cependant émis l'hypothèse que l'efficacité et l'efficience de l'Entente pour faciliter

---

<sup>87</sup> *Loc. cit.*, p. 126.

la mobilité de la main-d'oeuvre française au Québec seraient mitigées.

### **Les freins à l'action : la lourdeur et le corporatisme institutionnels**

L'ancien secrétaire d'État américain Henry Kissinger disait que « toute politique globale est d'abord locale. » (“*All global politics is local politics.*”) Exposé simplement, cela signifie que la portée de toute politique internationale est de prime abord dépendante des débats politiques internes à chacune des Parties. Ces débats internes façonnent ainsi les dispositions législatives, réglementaires et administratives qu'on y retrouve. *In extenso*, ces dispositions résultantes jouent un rôle déterminant dans l'élaboration de l'agenda international d'un État; qu'il soit souverain ou non.

Dans le cadre de notre recherche, nous suggérons que la configuration des dispositions législatives, réglementaires et administratives en santé — internes au Québec — limite significativement la capacité du système dans son ensemble d'intégrer une telle main-d'oeuvre médicale formée à l'étranger. C'est donc du côté des institutions — Collège des médecins, fédérations médicales, facultés de médecine, milieu hospitalier, ministère de la Santé et des Services sociaux, etc. — que nous avons tenté de trouver une justification pour expliquer la portée sommes toutes restreinte de l'ARM des médecins.

Nous suggérons plus précisément deux causes principales aux difficultés liées à une reconfiguration de ces dispositions qui irait dans le sens d'une plus grande capacité d'intégration professionnelle des médecins de famille français au Québec. La première est liée au poids des institutions. Pour permettre au lecteur de s'y retrouver plus aisément lorsqu'on parle de poids institutionnel, rappelons qu'en 2012 il y avait 113 129 infirmières (praticiennes spécialisées, techniciennes, cliniciennes et auxiliaires) et préposés au bénéficiaires qui travaillaient dans le système de santé et de services sociaux. Et cela sans compter les 17 535 médecins inscrits au régime public d'assurance-maladie en 2011. C'est donc dire qu'avec ses plusieurs centaines de milliers de travailleurs, professionnels et cadres, le système de santé et de services sociaux du Québec est composé d'une pléthore d'institutions bien ancrée — par le poids démographique, socioéconomique et politique des acteurs qui les composent — dans « leur » réel. Cela nous amène ainsi à notre deuxième cause retenue pour expliquer les difficultés liées à la mise en oeuvre d'une réforme: la logique corporatiste de l'action de ces mêmes institutions — qu'elles soient médicales, universitaires, gouvernementales ou autres. On peut ainsi imaginer le système de santé et de services sociaux comme une arène où collaborent et se confrontent des poids lourds institutionnels. Nous développerons ultérieurement.

Peter Hall et Rosemary C. R. Taylor figurent parmi les auteurs les plus cités sur l'institutionnalisme. Leur texte « La science politique est les trois néo-institutionnalismes » paru en 1997 est une référence en la matière<sup>88</sup>. C'est pourquoi nous avons fait le choix de se concentrer principalement sur celui-ci. Nous en exposerons les grands traits pour illustrer succinctement ce qui distingue les écoles historique, sociologique et des choix publics.

Avant de poursuivre, le lecteur doit toujours garder à l'esprit que, bien qu'elles soient différentes — et même plutôt complémentaires à plusieurs égards —, ces trois approches visent toutes à répondre à un certains nombres de questions fondamentales. Au coeur de tout ce foisonnement, on en retrouve deux : « 1) Comment construire la relation entre institution et comportement individuel? 2) Comment expliquer le processus par lequel les institutions naissent ou se modifient? »<sup>89</sup> Inévitablement, c'est toute la posture ontologique d'une école qui vient à produire un certain nombre de définitions distinctes pour des termes identiques — comme celui du mot « institution ».

Pour faciliter la compréhension du lecteur, après avoir énoncé les quelques concepts-clés de chacune des écoles, nous les appliquerons à l'aide d'un exemple. Puisque l'objectif visé ici consiste principalement à familiariser le lecteur avec ces trois écoles — et n'ont pas d'en faire un érudit ou un expert —, nous n'utiliserons qu'une seule institution en exemple. Nous tenterons ainsi de construire, selon ces trois écoles, la nature de la relation entre le sport favori du lecteur et le comportement des individus qui le pratiquent et d'expliquer le processus par lequel ce sport, en tant qu'institution, ait pu naître ou se modifier. Pour les fins de l'exercice, nous resterons volontairement au niveau des généralités. Il n'en tient qu'au lecteur d'aller plus en finesse s'il le désire.

### ***Le poids des institutions : les écoles historique et sociologique***

Les théoriciens du néo-institutionnalisme historique tendent à définir les institutions principalement « comme les procédures, protocoles, normes et conventions officiels et officieux inhérent à la structure organisationnelle de la communauté politique ou de l'économie politique. »<sup>90</sup> Ce sont donc des cadres normatifs. Comme son nom le suggère d'emblée, le néo-institutionnalisme historique est une école dont le regard sur le passé est le principal outil de compréhension du présent et

---

<sup>88</sup> HALL, Peter A. et TAYLOR, Rosemary C. R. « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». *Revue française de science politique*. 1997. Vol. 47, n° 3, pp. 469-496.

<sup>89</sup> *Loc. cit.*, p. 469.

<sup>90</sup> *Loc. cit.*, p. 471.

de l'anticipation des trajectoires de l'avenir. Puisque c'est le continuum historique dans lequel s'inscrit chaque institution la façonne, les tenants de cette école misent principalement sur les situations critiques — p. ex. les crises économiques ou politiques — pour expliquer sa naissance, ses modifications ou sa fin.

Un théoricien du néo-institutionnalisme historique définirait ainsi le sport favori du lecteur d'abord et avant tout comme un ensemble de règlements — p. ex. le temps d'une joute, l'obligation de porter un costume particulier lorsqu'on le pratique, etc. — et de conventions — p. ex. la facture visuelle de ce costume, la manière dont l'on fait les salutations d'usage au début d'une joute, etc. Et c'est dans les situations critiques du passé — p. ex. la mort subite d'un sportif adulé, un scandale hautement médiatisé, etc. — qu'il chercherait les causes de l'adoption ou de la modification d'un règlement ou d'une norme, et donc de la naissance ou du façonnement de cette institution.

Pour les théoriciens du néo-institutionnalisme sociologique, la relation entre les individus et les institutions est dialectique. Ils s'influencent et se façonne mutuellement. Leur relation n'est pas unidirectionnelle. Le rôle de l'institution se voit intériorisé par l'individu sous forme de normes comportementales; ce qui mène *de facto* à un rejet du modèle de l'acteur uniquement rationnel et stratégique. De cette interaction dialectique émerge ainsi un cadre significatif — systèmes de symboles, schémas cognitifs et modèles moraux. Une institution — de sa naissance à sa mort — se définit donc d'abord et avant tout comme une construction sociale.

Un théoricien du néo-institutionnalisme sociologique irait ainsi plus loin que le cadre normatif et définirait plutôt le sport favori de notre lecteur en des termes relevant davantage du vocabulaire lié à la culture sportive et aux codes sociaux l'entourant. Prenons en exemple la question de la pratique de ce sport dans le monde. De son côté, le théoricien du néo-institutionnalisme historique chercherait dans l'histoire les événements marquants qui expliqueraient pourquoi les règles entourant sa pratique ont évolué de manière distincte entre deux régions données. Du sien, notre tenant de l'approche sociologique s'intéresserait également aux différences quant au rapport qu'entretiennent ces deux sociétés par rapport à la pratique de ce sport. Il accueillerait ainsi le cadre normatif de son collègue historien, mais y joindrait également son cadre significatif.

### ***Le corporatisme selon l'approche proposée par l'école des choix publics***

Ce qui fait la particularité de l'école des choix rationnels, c'est l'application du modèle de l'*homo oeconomicus* aux situations politiques. Elle se caractérise entre autres par l'adoption d'une postu-

re basée sur une rationalité (presque) parfaite de l'individu. Il devient ainsi un acteur stratégique dont le comportement peut être prévisible. Cette approche permet surtout de modéliser simplement la vie politique sous forme de matrice de jeux. Même si ces modèles simples sont souvent plutôt simplistes – les interconnexions entre la myriade d'acteurs et d'intérêts rendant la réalité de la vie politique d'une complexité littéralement sans limites –, il reste qu'ils demeurent de précieux cadres de compréhension des jeux de pouvoir. Pour les tenants du néo-institutionnalisme des choix rationnels, les institutions puisent leur raison d'être dans leur capacité à résoudre les dilemmes d'action collective dont la vie politique est la résultante. Elles se définissent donc principalement comme des outils au service de ces acteurs stratégiques; ce qu'elles sont revient plutôt à énoncer ce à quoi elles servent. À ce titre, l'explication de l'origine des institutions devient alors l'aboutissement d'une démarche hypothéticodéductive.

Un théoricien du néo-institutionnalisme des choix publics définirait ce même sport principalement comme un forum où peuvent s'affronter plusieurs individus ou équipes. Lorsqu'on lui demanderait « Pourquoi ce cadre normatif ? », celui répondrait qu'il *sert* à permettre une confrontation ordonnée — contrairement au théoricien du néo-institutionnalisme historique qui aurait répondu qu'il *est* un produit du passé.

En conclusion, nous rejoignons les remarques formulées par Hall et Taylor lorsqu'ils tentent de réconcilier ces trois approches. Si elles ne se sont développées indépendamment l'une de l'autre — certains diront en « silo » —, nous reconnaissons qu'elles sont davantage complémentaires qu'opposées. Les écoles historique et sociologique sont probablement celles qui ont le plus d'atomes crochus entre-elles et permettent de bien comprendre la naissance ainsi que l'évolution des institutions. De son côté, l'école des choix publics est peut-être considérée comme celle disposant du plus simple appareil analytique avec sa transposition presque littérale de concepts économiques de base, il n'en demeure pas moins qu'elle demeure un puissant outil d'analyse du comportement politique d'acteurs stratégiques. C'est parce qu'elles ont chacune leurs forces et leurs faiblesses que nous avons choisi de n'en exclure aucune. Nous avons ainsi retenus une série d'éléments théoriques appartenant à chacune de ces trois écoles dans notre analyse institutionnelle.

## Chapitre 3 : Cadre méthodologique

Nous avons exposé l'ensemble de la démarche ayant mené à faire le choix de réaliser une recherche sur l'impact de l'ARM des médecins sur la mobilité des omnipraticiens français vers le Québec, ainsi que le corpus théorique auquel le lecteur pourra s'accrocher pour la suivre.

Mais est-ce que cette augmentation est attribuable à cet ARM en vigueur? Par exemple, serait-ce plutôt la qualité des candidatures soumises au comité d'admission à l'exercice qui se serait accrue au fil des années? Les normes relatives à la formation des médecins en France ont-elles fait l'objet de révisions si importantes qu'elles expliqueraient en partie l'augmentation observée dans les statistiques du Collège des médecins? Le lecteur pourra ainsi remarquer que le cadre méthodologique que nous avons élaboré l'a été dans un esprit de grande prudence. Nous avons ainsi cherché un fin équilibre entre flexibilité et rigidité de ce cadre.

### Stratégie

Nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises : la nature de notre question de recherche nous aura poussé à y répondre en deux temps. Dans un premier temps, nous avons cherché à vérifier si le nombre de médecins de famille français pratiquant au Québec avait augmenté depuis la signature de l'ARM des médecins en novembre 2009. Pour ce premier segment de réponse, notre approche aura donc été hypothéticodéductive. Or, se restreindre à statuer qu'on avait pu observer une augmentation — qu'elle soit importante ou non — du nombre de ces médecins aurait certainement eu pour effet de limiter la portée de nos conclusions.

C'est pour cette raison précise que nous avons tenté, dans un deuxième temps, de pousser plus loin la réflexion et de comprendre pourquoi les résultats qu'on observerait seraient ceux-là. Comme nous l'avons déjà mentionné, c'est du côté des institutions et des jeux de pouvoir dans un contexte d'action collective que nous avons cru trouver les bribes de réponses les plus parlantes. On se sera ainsi interrogé sur le rôle d'une pluralité d'intervenants impliqués dans le processus d'intégration professionnelle de ces médecins — et non plus seul le Collège des médecins, tel que prévu dans l'esprit de l'Entente. Pour cette deuxième partie de notre réponse à la question de recherche, notre approche aura donc été inductive.

Pour y arriver, nous avons articulé notre stratégie autour de deux méthodes de collecte de données : l'observation documentaire et l'entrevue semi-dirigée. Pour construire notre objet de recherche,

nous nous sommes basés sur la littérature tant scientifique (articles et monographies) que non-scientifique (particulièrement des articles de journaux et des entrevues dans des magazines spécialisés, comme *Forces*). Pour construire nos cadres théorique et méthodologique, nous nous sommes (principalement) appuyés sur la littérature scientifique. Les entrevues semi-dirigées ont été pertinentes, quant à elles, principalement pour comprendre ce que nous observions<sup>91</sup>.

## **Collecte et organisation des informations**

L'organisation générale de l'information a évidemment été teintée du fait qu'on ait dû multiplier le nombre de sources et la nature des données collectées compte tenu des défis susmentionnés.

Nous avons ainsi étendu la période de consultation des sources tout au long du processus de recherche et de rédaction. Si ce choix peut paraître ambitieux, même contreproductif, nous l'avons jugé nécessaire puisque, comme nous en avons déjà fait mention à de multiples reprises, les sources disponibles qui traitent de notre sujet restent encore limitées en nombre. C'est plutôt la restriction des sources dans un cadre temporel figé qui nous aurait paru comme un élément limitatif.

Nous avons privilégié les sources scientifiques – à savoir des articles de périodiques spécialisés, des ouvrages monographiques et des rapports de recherche. Comme notre lecteur pourra le constater à la lecture de ce mémoire, celles-ci sont particulièrement variées. Mais nous ne nous sommes pas astreints à cet unique type de sources. Compte tenu de la difficulté inhérente à la disponibilité des sources scientifiques, il nous est paru évident que l'utilisation judicieuse et parcimonieuse d'autres sources non-scientifiques comme les coupures de journaux ou de magazines était inévitable. Nous avons ainsi tenté d'utiliser au maximum le peu de sources disponibles tout en faisant preuve d'un jugement critique à l'égard de l'objectivité de leur contenu.

### **Pour faire une évaluation quantitative de la mobilité : l'observation documentaire**

Pour faire une évaluation quantitative de la mobilité, nous avons opté pour l'observation documentaire. Nous jugeons que les statistiques, notamment, sur les taux d'acceptation à la pratique au Québec pour les médecins de famille formés en France seraient notre meilleur outil d'appréciation. Or, cette voie s'est avérée particulièrement problématique. D'abord, nous nous sommes rapidement butés à des impairs majeurs d'ordre méthodologique en ce qui concerne les statistiques publiées annuellement par le Collège des médecins. Si celles-ci rendaient bien compte

---

<sup>91</sup> Le lecteur aura remarqué que nous avons inséré certains propos tenus par les participants à nos entrevues semi-dirigées dans les chapitres précédents. Nous avons jugé qu'ils apportaient un éclairage intéressant afin de faciliter la compréhension des différents sujets qui nous avons couvert jusqu'à présent.

des médecins ayant obtenu un permis de pratique en se prévalant de l'ARM, nous n'avions aucune information sur les médecins formés en France ayant fait une demande de permis avant 2010. Et ce, tout simplement parce qu'avant l'entrée en vigueur de l'ARM, les médecins formés en France étaient recensés par le Collège dans la catégorie des « Diplômés hors du Canada ou des États-Unis ». Qui plus est, nous avons remarqué par la consultation des rapports annuels disponibles sur le site internet du CMQ que la façon de présenter les statistiques sur la main-d'œuvre médicale n'était pas constante dans le temps. Elle dépendait essentiellement des changements législatifs, règlementaires et administratifs.

C'est pourquoi nous avons entrepris de construire nos propres statistiques. Déjà, nous avons accès au nombre de total de médecins. Nous n'avions plus qu'à demander des métadonnées non compilées s'échelonnant du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 31 mars 2012<sup>92</sup>. Nous voulions ainsi être en mesure de distinguer les facteurs déterminants de cette plus grande autorisation à la pratique de médecine au Québec pour les candidats formés en France – le cas échéant. Par exemple, un accroissement du nombre de ces médecins admis par le CMQ aurait-il eu pour cause les facilitations découlant de l'ARM ou plutôt une augmentation soudaine et inexplicée de la qualité des dossiers de can-

---

<sup>92</sup> Nous nous sommes intéressés à chaque médecin étranger admis, entre le 1<sup>er</sup> avril 2000 et le 31 mars 2012, selon les critères d'admissibilité prévus à l'ARM des médecins :

- est détenteur d'un diplôme d'État de docteur en médecine délivré par une faculté établie et dispensant sa formation en France (M.D. – France);
- a complété dans un établissement universitaire français, une formation postdoctorale (résidence) en médecine générale en France (Résidence – France)
- est titulaire d'un titre de formation en médecine générale délivré par une université française (Qualité de généraliste – France);
- détient une preuve d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins en France en qualité de médecin généraliste ou spécialiste sans restriction ni limitation d'exercice, qu'elle découle d'une mesure administrative, d'un engagement volontaire ou d'une décision disciplinaire (Membre en règle de l'Ordre des médecins – France).

Le CMQ tient un dossier professionnel pour chaque membre inscrit. Si l'information qu'il contient peut se trouver dans cinq différentes sections, celles qui nous intéressent sont les sections « Admission » et « Général ». On leur porte un intérêt particulier puisqu'elles contiennent l'ensemble des informations portant sur l'accès à la profession du membre. En accord avec les critères de sélection précédemment énumérés, ces documents peuvent être en outre :

- décisions relatives à l'admission à l'exercice;
- des documents relatifs aux changements de statut du membre (première inscription au tableau du CMQ, départ à la retraite, retour à la pratique, etc.);
- une copie du formulaire de Demande d'étude de dossier en vue de la délivrance d'un permis selon l'article 35 de la Loi médicale en vertu de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (entente Québec-France), ou tout autre formulaire de demande d'étude de dossier antérieur au 27 novembre 2009 déposé par le membre auprès du Collège des médecins du Québec;
- un permis d'exercice émis par le Conseil national de l'Ordre des médecins de France;
- un permis d'exercice émis par le Collège des médecins du Québec.

didature?

Or, notre demande d'accès à l'information faite en ce sens a été refusée par le CMQ<sup>93</sup>. Nous avons entrepris de contester formellement ce refus devant la Commission d'accès à l'information. Après avoir conclu une entente avec le Collège, nous avons finalement retiré notre demande de révision de la décision. Bien que nous reviendrons sur la question de l'accès à l'information au cours de la discussion suivant l'analyse des résultats, disons seulement que cet épisode nous aura été malgré tout bénéfique. Nous avons dû, un peu par dépit, nous ouvrir aux tenants et aboutissants de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Cela nous a permis d'une part, de se questionner sur sa pertinence de s'en prévaloir en tant que chercheurs. D'autre part, nous avons pu être confrontés à une réalité qui touche plusieurs organismes publics et ministères: les risques inhérents de la coopération en matière de partage d'information dans un cadre législatif peu contraignant. Nous y reviendrons.

### **Pour alimenter la discussion : l'observation documentaire et les entrevues semi-dirigée**

Si les entrevues semi-dirigées nous été de précieux outils de compréhension de nos observations quant à la mobilité de la main-d'œuvre médiatique, l'observation documentaire y a également joué un rôle névralgique. Explications.

Notre objet de recherche est récent et, à notre connaissance, aucune étude approfondie portant sur l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles n'a été réalisée à ce jour. Il appert donc que nous nous soyons avancés en terrain inexploré, sinon inconnu. Compte tenu de cette particularité, nous ne nous sommes pas imposé de contraintes trop importantes quant à la pluralité des sources d'informations sur lesquelles nous aurions pu nous appuyer pour comprendre ce que nous observions. Si cela nous est apparu tout à fait légitime en ce qui concerne les sources documentaires, il en a été de même pour les individus avec lesquels nous nous sommes entretenus. Ainsi, notre travail de recherche s'est apparenté par moments davantage au travail d'un enquêteur que d'un chercheur<sup>94</sup>. Chaque individu – chaque

---

<sup>93</sup> Pour information, voir la copie de la demande en annexe.

<sup>94</sup> Avant de contacter celui qui allait devenir notre premier participant, nous avons établi quelques critères bien généraux pour s'assurer de cibler des intervenants dont le rôle joué en amont ou en aval de l'entrée en vigueur de l'ARM des médecins ait été stratégique. La réalité opérationnelle nous a bien vite rattrapé. Qu'on se le tienne pour dit : il était, à ce moment, à peu près impossible d'identifier des acteurs, hormis certaines évidences comme le premier ministre du Québec de l'époque, le Très Honorable Jean Charest, ainsi que le PDG du Collège des médecins ayant signé l'ARM, le Dr Yves Lamontagne. C'est pourquoi nous avons rapidement laissé tombé cette idée d'identifier d'abord les interve-

« source » – nous amenait à en rencontrer une autre. Et ainsi de suite. Chaque échange apportait ainsi un éclairage nouveau sur ce terrain inconnu et nous mettait sur la piste d'une autre source. Pour y voir ensuite plus clair, entre chaque rencontre, nous alimentions notre compréhension grâce à la littérature; tant scientifique que non-scientifique. Nous cherchions d'abord à faire mûrir les propos de nos sources pour en faire des apprentissages, puis à nous préparer en vue de la prochaine entrevue semi-dirigée qui aurait lieu avec une autre personne. Cette phase préparatoire était on ne peut plus essentielle puisque chacune de ces précieuses sources occupait des fonctions souvent bien différentes des autres. Nous avons ainsi dû faire preuve à la fois de constance et d'unicité dans les questions que nous les invitions à répondre. Les premières étaient toujours particulières et les dernières essentiellement redondantes entre les participants<sup>95</sup>. C'est ainsi qu'entre le 14 février et le 5 novembre 2013, nous avons rencontré ces 17 intervenants :

*Tableau 3-1 : Liste des participants aux entrevues semi-dirigées*

Nom complet et titre	Fonction	Organisations	Date
Me Patrice Bachand	Directeur des engagements internationaux	Ministère des Relations internationales, de la Francophonie et du Commerce extérieur	14 février 2013
Me Gil Rémillard	Négociateur en chef pour le Québec (Entente Québec-France)		26 mars 2013
M. François Lubrina	Conseiller élu	Assemblée des Français à l'étranger	4 avril 2013
M. François Plourde	Directeur à la mobilité de la main-d'œuvre	Ministère de l'Immigration et des Communauté culturelle	8 avril 2013
Le Très honorable Jean Charest	Premier ministre (2003-2012)	Gouvernement du Québec	6 mai 2013
Mme Marie-Jeanne	Candidate au doctorat	Université de Mon-	6 mai 2013

nants avant de les contacter et que nous avons plutôt suivi le chemin qui se traçait de lui-même devant nous grâce aux différentes références dont on nous faisait part après chaque rencontre.

<sup>95</sup> Nous leur demandions de faire une évaluation critique de l'Entente, et plus particulièrement de l'ARM des médecins.

Blain	en anthropologie	tréal	
Dr Jean-Paul Lerat	Membre du Conseil d'administration	Association québécoise des médecins en permis restrictifs et régularisés	15 juin 2013
Me André Gariépy	Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles	Office des professions du Québec	20 juin 2013
Mme Gyslaine Desrosiers	Présidente (1992-2012)	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	10 juillet 2013
M. Doudou Sow	Conseiller en emploi, sociologue-blogueur et conférencier	Carrefour Jeunesse-Emploi Bourassa-Sauvé	1er septembre 2013
Dr Amir Khadir	Député de la circonscription de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve	Assemblée nationale du Québec	5 septembre 2013
Mme Isabelle Savard	Directrice de la main-d'œuvre médicale	Ministère de la Santé et des Services sociaux	13 septembre 2013
Dr Vincent Échavé	Président	Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration professionnelle des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis	19 septembre 2013
M. Guy Trottier	Cofondateur	Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé	26 septembre 2013
Dr Louis Godin	Président	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	8 octobre 2013
Dr Ernest Prigent	Directeur de l'amélioration de l'exercice	Collège des médecins du Québec	5 novembre 2013

Dr Yves Robert

Secrétaire général

Collège des médecins  
du Québec5 novembre  
2013

Toutes ces personnes ont été sollicitées sur la base de leur degré d'implication dans le dossier de la mobilité de la main-d'œuvre entre la France et le Québec. Afin de permettre un meilleur suivi, elles ont toute été contactées idéalement d'abord par courriel. Dans le même ordre d'idées et par soucis d'éthique, toutes les communications effectuées par courriel ont été sauvegardées comme preuves permettant d'authentifier le consentement des participants.

### **Limites et applicabilité du modèle**

Si on a choisi de croiser les méthodes, c'est principalement pour palier aux lacunes inhérentes à un travail de recherche ayant pour objet un arrangement aussi récent (2009) que difficile à évaluer dans sa portée. (Gardons toujours à l'esprit l'environnement extraordinairement complexe dans lequel il s'inscrit.) Ainsi, d'une part, il y a un manque notoire de sources — surtout scientifiques — portant sur l'ARM des médecins ou l'Entente en général. D'autre part, notre objet de recherche se retrouve au carrefour de la paradiplomatie et du système socio-sanitaire québécois. Les entrevues semi-dirigées nous auront permis de surpasser, en partie du moins, ces difficultés opérationnelles.

Il reste maintenant à énoncer quelques remarques sur validité interne et celle de la validité externe de notre méthodologie. Selon Gauthier, « la validité interne est la caractéristique d'une structure de preuve qui fait que les conclusions sur la relation de cause à effet reliant le facteur déclenchant au changement d'état de la cible sont solides et qui assure que les changements ne sont pas causés par la modification d'autres variables »<sup>96</sup>. *A contrario*, on définira la validité externe comme étant « la caractéristique d'une structure de preuve qui fait que les résultats obtenus sont généralisables au-delà des cas observés pour les fins de l'étude »<sup>97</sup>.

Avec pareille stratégie que nous avons élaborée, nous avons bon espoir que nos conclusions sauront être accueillies par le lecteur comme de solides pistes de réflexion sur le phénomène à l'étude, soit celui de la mobilité des médecins omnipraticiens français au Québec. Qui plus est, nous croyons que les recherches parallèles que nous avons effectuées permettront également au

---

<sup>96</sup> GAUTHIER, Benoît. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. 5e éd. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009. ISBN 9782760516007.

<sup>97</sup> *Loc. cit.*

lecteur de mieux saisir l'essence des défis et enjeux reliés à l'influence des groupes d'intérêts dans les politiques québécoises touchant la santé et plus particulièrement à l'organisation du système et à la réglementation professionnelle. Toutefois, nous reconnaissons que la (sur)spécialisation du sujet dans le domaine socio-sanitaire limite substantiellement toute tentative de généralisation des conclusions de l'étude.

La validité externe de notre sujet de recherche se voit ainsi mitigée et la généralisation de nos conclusions demeure donc un défi. La mobilité entre le Québec et la France des médecins omnipraticiens ne peut tout simplement pas être abordée de la même façon que ne le serait celle des boulangers, des chimistes, des comptables ou encore les métiers ou fonction du gaz<sup>98</sup>. Notre ambition est plutôt de créer un cadre qui puisse ensuite être repris et adapté aux réalités d'autres professions, fonctions ou métier pour y conduire des analyses similaires. En d'autres termes, si notre méthodologie pour évaluer l'impact d'un ARM sur la mobilité de la main-d'oeuvre professionnelle est certes transposable à autre domaine — que ce soit celui du génie ou du droit —, force est de constater que le travail qu'il est nécessaire de réaliser pour comprendre pourquoi on observe telle augmentation ou telle diminution, lui, ne le sera presque jamais.

À la lumière des explications fournies par Gauthier dans les définitions mêmes des validités internes et externes, on arrive à un constat. S'il semble difficile d'élaborer une stratégie de preuve visant à la fois une forte validité interne et externe, leur relation apparaît plutôt généralement comme inversement proportionnelle. On pourrait l'expliquer simplement par le choix de la stratégie retenue. Plus on se spécialise, plus on se concentre à approfondir un sujet de recherche particulier; moins on devrait être à même de dresser un portrait général de la situation dans laquelle le sujet évolue, moins on risque d'être capable par la suite d'appliquer ces connaissances. L'intellectuel français Georges Bataille avait en quelque sorte résumé cet état d'esprit : « Du savoir extrême à la connaissance vulgaire, la différence est nulle. » Voilà donc ce qui peut faire l'objet d'une critique épistémologique et méthodologique de l'étude de cas comme stratégie de preuve retenue. Cette critique sera finalement abordée brièvement dans la quatrième partie de ce projet de recherche.

## Conclusion partielle

---

<sup>98</sup> MINISTÈRE DES RELATIONS INTERNATIONALES, DE LA FRANCOPHONIE ET DU COMMERCE EXTÉRIEUR. « Documentation sur l'Entente Québec-France ». *Site du MRIFCE* [en ligne]. 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.mrifce.gouv.qc.ca/fr/grands-dossiers/reconnaissance-qualifications/documentation>.

Pour conclure, rappelons les quelques principaux défis auxquels nous avons dû faire face afin de mener cette recherche à terme. Il y avait d'abord le caractère récent de l'objet d'étude. De ceci découlait un problème relatif à la disponibilité des sources scientifiques. Si les questions de la mobilité internationale de la main-d'œuvre et du protectionnisme professionnel ont été abordées abondamment par le passé dans la littérature scientifique, il en est tout autre pour le cas particulier qu'est l'Entente Québec-France. La disponibilité des sources scientifiques relative à ce sujet précis a donc constitué un défi que nous avons dû surmonter. Nous avons tenté d'y répondre grâce à la diversification des méthodes de collecte de données. L'observation documentaire ainsi que la tenue d'entrevues semi-dirigées nous sont apparues comme les solutions les plus intéressantes pour y palier.

En ce qui concerne l'observation documentaire comme outil d'appréciation quantitative de la mobilité des médecins de famille français vers le Québec, le principal défi était d'accéder aux renseignements détenus par le CMQ grâce à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Même si nous n'avons pas réussi à avoir accès à des métadonnées, les quelques statistiques fournies par le Collège ont finalement été largement suffisante pour les fins de notre étude. Il en a été ainsi principalement grâce aux entrevues semi-dirigées que nous avons tenues – dont celle avec les Drs Yves Robert et Ernest Prigent (respectivement secrétaire général et directeur à l'amélioration de l'exercice au Collège des médecins du Québec). Ainsi, le principal défi relié aux entrevues a été d'obtenir une information non seulement riche, mais également diversifiée pour contre-vérifier les éléments rapportés par les différents intervenants qui ont accepté de nous rencontrer. L'accumulation de ces différents points de vue nous a fourni toute la perspective nécessaire afin de bien pouvoir saisir les plus fines subtilités des tenants et aboutissants de notre objet de recherche.



## Chapitre 4 : Des résultats mitigés

La discrimination au Québec envers les médecins formés à l'étranger est un sujet bien documenté. Deux rapports sont particulièrement éclairants pour mieux comprendre cette problématique : celui du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec<sup>99</sup> et celui de la Commission des droits de la personne du Québec portant sur les allégations de discrimination dans le cadre du processus d'admission menant au programme de formation postdoctorale en médecine<sup>100</sup>. Si la discrimination à l'égard des médecins formés à l'étranger n'est pas à négliger pour comprendre la difficulté que peuvent avoir certains à se faire reconnaître leurs qualifications professionnelles, force est d'admettre qu'il existe une multitude d'autres facteurs sur lesquels il convient de s'attarder. On peut citer en exemple les différences au niveau des paradigmes thérapeutiques; des types de pratique; les ressources humaines, matérielles et financières disponibles pour accueillir et intégrer ces médecins dans le système socio-sanitaire; etc. Nous ne minimisons pas les conséquences fâcheuses que peut avoir la discrimination basée sur la nationalité, l'ethnie, la religion, la couleur de peau, etc. Nous avons seulement décidé de chercher d'autres facteurs – institutionnels – pouvant expliquer certaines difficultés persistantes pour les médecins de famille formés en France à avoir accès à la profession médicale au Québec; malgré un ARM censé l'améliorer substantiellement pour ces derniers. Rappelons encore que l'ARM des médecins s'applique non seulement aux médecins de famille, mais à toutes les spécialités reconnues par le Collège. Il est donc essentiel pour le lecteur de saisir qu'en traitant de cet ARM en particulier, c'est de toute la profession médicale dont il est question. Le choix de n'évaluer les impacts de l'ARM des médecins que dans le cas des spécialistes en médecine familiale résulte des choix méthodologiques exposés antérieurement.

Ce chapitre a pour objectif de valider nos hypothèses de recherche. On y verra que le taux d'acceptation à la pratique de la médecine familiale au Québec est effectivement plus élevé pour

---

<sup>99</sup> ÉCHAVÉ, Vincent. *Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec* [en ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009. [Consulté le 1 mai 2013]. Disponible à l'adresse : <http://site.ebrary.com/id/10368277>.

<sup>100</sup> ARCHAMBAULT, Diane et TANOVICANU, Nicolae-Dan. *Enquête sur les allégations de discrimination dans le cadre du processus d'admission menant au programme de formation postdoctorale en médecine*. Enquête n° MTL-018303. Montréal : Ministère de la Justice (Commission des droits de la personne et de la protection de la jeunesse), 2010.

les médecins de famille formés en France depuis l'entrée en vigueur du règlement visant la mise en application de l'ARM des médecins le 15 septembre 2010 qu'il ne l'était avant. Mais on remarquera aussi qu'on semble bien loin d'une arrivée massive de médecins de famille formés en France sur les planchers des cliniques et des hôpitaux québécois.

### **Une accessibilité accrue...**

Rappelons qu'à l'unique lecture attentive de l'Entente et de l'ARM des médecins, on remarque que les principales contraintes à la mobilité de la main-d'œuvre médicale entre la France et le Québec relèvent des dispositions législatives, administratives et organisationnelles internes. Il n'en demeure pas moins que la simplification et la plus grande transparence du processus de reconnaissance des diplômes qu'ait amenées l'ARM des médecins a bel et bien facilité l'accès à la profession au Québec pour les médecins de famille formés en France.

La figure 4-1 en fait d'ailleurs état. On constate notamment que les autorités québécoises émettent un peu plus de six fois plus de permis restrictifs<sup>101</sup> après la signature de l'ARM qu'avant.

---

<sup>101</sup> Rappelons au lecteur que le permis de pratique qui est octroyé par le CMQ au médecin formé en France après que ses qualifications aient été reconnues par ce dernier et qu'il ait réussi le stage de trois mois en milieu hospitalier est soumis à plusieurs dispositions restrictives. « Le permis selon l'article 35 de la *Loi médicale* en vertu de l'ARM :

- précise quelle spécialité peut être exercée, parmi les spécialités prévues à l'ARM;
- autorise son titulaire à exercer uniquement en établissement;
- ne permet pas la pratique « libérale » ou en cabinet privé;
- est délivré pour une période d'une année et systématiquement renouvelé annuellement tant que son titulaire est inscrit au tableau de l'ordre ou jusqu'à sa conversion en permis régulier;
- n'est pas automatiquement associé à un poste et à un lieu de pratique (PREM). »

(Pour plus d'information, voir : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Prérequis (conditions préalables) pour le médecin français », *Site du CMQ* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/EntenteFranceQc/ExercerAuQuebec.aspx>.)

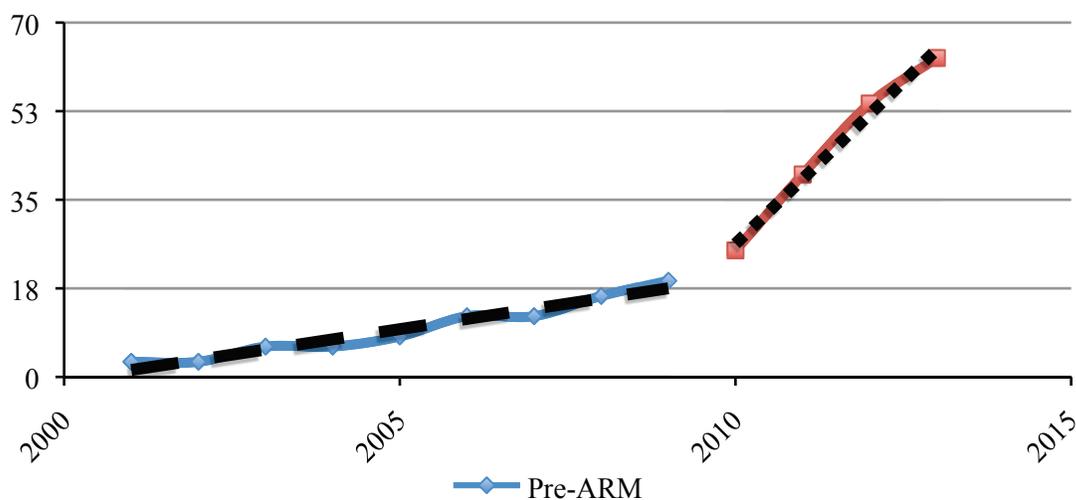


Figure 4-1 : Obtention de permis restrictifs par des médecins de famille formés en France (2001-2013)

Ce graphique est donc révélateur de l'impact notable qu'a pu avoir l'ARM des médecins. Bien que la signature de l'ARM semble bel et bien avoir contribué à permettre davantage de médecins de famille formés en France de venir exercer au Québec, force est d'admettre qu'il aurait été bien étonnant de constater une tendance inverse.

Mais ce sont les données sectorielles qui sont probablement les plus évocatrices.

Tableau 4-1 : Accès à la profession comparée (27 novembre 2009 au 6 novembre 2013)

État des stages	Médecine de famille	Autres spécialités	Total
En cours	1 (17%)	5 (83%)	6 (100%)
Réussi	42 (48%)	45 (52%)	87 (100%)
Échoué	10 (77%)	3 (23%)	13 (100%)
Planifié	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)
Total	60	60	120

Source : Le Collège des médecins du Québec.

La ligne de ce tableau qui est probablement la plus parlante est pour nous celle des stages échoués. On remarque ainsi que ce sont principalement les candidats spécialistes en médecine de famille qui échouent au stage d'adaptation de trois mois. Bien que cela puisse soulever *a priori* des questionnements – notamment au niveau méthodologique puisque l'échantillon semble beaucoup trop petit pour tirer des conclusions qui puissent faire école –, cette proportion d'échec n'a rien d'étonnant lorsqu'on compare les profils de pratique des médecins de famille formés au Québec avec leurs homologues français<sup>102</sup>.

En 1991, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifiée pour y intégrer le concept d'activités médicales particulières<sup>103</sup>. En vertu de cette mesure contraignante toujours en vigueur, « tout médecin omnipraticien doit s'engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières visées à l'article 361 s'il désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29). »<sup>104</sup> En 2013, le temps de travail obligatoire d'un médecin de famille en deuxième et troisième ligne allait comme suit : 12 heures par semaine pour les 10 premières années de pratique et 6 heures par semaine pour les 10 années subséquentes.

On peut dire que cette mesure a toutefois permis aux omnipraticiens québécois de développer un profil de pratique marqué par une forte polyvalence<sup>105</sup>. Bien qu'ils soient généralement tout aussi compétents en ce qui a trait à la pratique de première ligne, les médecins de famille formés en France n'ont pas eu à outrepasser celle-ci pour exercer en deuxième et troisième ligne. En ce qui a trait au stage d'adaptation à caractère évaluatif organisé en milieu hospitalier universitaire, il n'est donc pas étonnant de constater un taux d'échec supérieur chez les médecins de famille que chez les autres spécialistes. Il semblerait ainsi que ce soit bel et bien les dispositions internes qui constituent les principales limites à la mobilité<sup>106</sup>.

---

<sup>102</sup> Ce sont les Drs Yves Robert et Ernest Prigent qui nous ont apporté cette précision essentielle lors de notre entrevue du 5 novembre 2013.

<sup>103</sup> Cette mesure contraignante visait à réduire les temps d'attente dans les urgences du Québec. En obligeant tout médecin de famille à pratiquer un certain nombre d'heures par semaine en deuxième et troisième ligne, on a ainsi fragilisé davantage la première ligne. Les AMP auront, à terme, contribué en partie à l'aggravation du problème qu'elles devaient régler.

<sup>104</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q., c. S-4.2, a. 360.

<sup>105</sup> Drs Yves Robert (Secrétaire général) et Ernest Prigent (Directeur des études), Collège des médecins du Québec. Entretien avec l'auteur, 5 novembre 2013.

<sup>106</sup> Rappelons le choix que nous avons fait plus tôt : nous avons décidé d'évacuer la notion de discrimination individuelle pour se concentrer sur les contraintes institutionnelles. Qui plus est, les distinctions que nous venons tout juste

... mais limitée par :

### **La lourdeur institutionnelle d'un tout « organique »**

Le système socio-sanitaire public québécois est extraordinairement complexe. Il fait intervenir une galaxie d'acteurs en tout genre – ordres professionnels, centres hospitaliers, syndicats, etc. – provenant d'horizons indubitablement variés – milieu de l'éducation, milieux des services sociaux et de la santé, milieu de la justice, etc.

#### ***Le Collège des médecins, un organe parmi d'autres***

1<sup>er</sup> mai 2007, le Collège des médecins publiait un communiqué au titre on ne peut plus évocateur :

La vraie histoire des médecins diplômés à l'étranger. Plusieurs intervenants ont un rôle à jouer

« Le Collège des médecins du Québec a fait le point ce matin sur le processus que doivent suivre les médecins étrangers pour travailler au Québec. Il a été clairement démontré que l'ordre professionnel n'est pas responsable du processus entier et que différentes organisations peuvent imposer des barrières aux candidats. À ce sujet, l'immigration, l'admission aux facultés de médecine, le nombre de postes en résidence et le plan d'effectifs médicaux du gouvernement jouent des rôles importants. [...] »<sup>107</sup>

Cet appel à la prudence du Collège invite ainsi à réfléchir sur les limites du rôle que jouent les ordres dans le système professionnel; et on pourrait étendre ce questionnement à l'ensemble du système socio-sanitaire. Bien que l'autoréglementation puisse être à l'origine de pratiques anti-concurrentielles et protectionnistes, l'absence de coordination des acteurs disposant des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la réalisation d'une étape aussi importante dans le processus de reconnaissance des qualifications professionnelles qu'un stage d'adaptation puisse l'être est également susceptible d'être un frein à la mobilité de la main-d'œuvre vers le Québec. *Idem* pour les médecins de famille français qui désirent y établir leur pratique. Le système de santé et le système professionnel québécois ne sont que trop complexes pour imputer au

---

de relever entre les médecins formés en France, spécialistes en médecine de famille et autres, semblent de toute façon bien indépendantes de tout traitement discriminatoire. D'une part, la principale pénurie de main-d'œuvre se trouve en médecine familiale. D'autre part, rien ne nous permet de croire que les médecins formés en France dont certaines caractéristiques socio-culturelles soient théoriquement plus susceptibles d'être des catalyseurs de traitements discriminatoires au Québec aient été surreprésentés en médecine familiale par rapport aux autres spécialités. En d'autres termes, si la discrimination existe, force est de reconnaître qu'il puisse exister une multitude d'autres facteurs-clés qui puissent expliquer un refus de l'accès à la profession pour un médecin formé à l'étranger.

<sup>107</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La vraie histoire des médecins diplômés à l'étranger. Plusieurs intervenants ont un rôle à jouer* [en ligne]. Communiqué. 1 mai 2007. [Consulté le 13 novembre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2007/2007-05-01/communiqu.e.aspx>.

seul Collège la difficile reconnaissance des qualifications des médecins formés à l'étranger.

L'exposé des clauses de l'ARM nous a permis de constater que le traitement d'une demande de permis restrictif était l'aboutissement de plusieurs étapes; desquelles le Collège des médecins n'est qu'un intervenant parmi d'autres. Un document d'ailleurs produit par celui-ci, en collaboration avec Recrutement Santé Québec (RSQ) et la Conférence des vices-doyens des Facultés de médecine (CVDFM-CREPUQ), et remis lors d'une rencontre organisée le 16 avril 2013 par le CMQ destinée à informer les médecins DHCEU du processus de reconnaissance des qualifications professionnelles met en lumière la complexité du processus<sup>108</sup>. Cette complexité est une conséquence directe du nombre élevé d'organismes réglementaires impliqués dans ledit processus. Alors que, pour les médecins répondant aux critères d'admissibilité de l'ARM des médecins, les procédures se sont vues allégées par rapport aux autres médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU), il n'en demeure pas moins que nombre d'organismes réglementaires sont toujours d'autres variables du vaste et complexe système d'équations que représente leur immigration et leur intégration professionnelle au Québec.

Pour les procédures d'immigration, on y cite :

- le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec;
- Citoyenneté et Immigration Canada;
- les Bureaux canadiens des visas (à l'étranger);
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada;
- ainsi que le Collège des médecins du Québec;

Quant à elle, l'organisation du stage d'évaluation relève :

- du Collège des médecins du Québec;
- des directions des programmes de formation;

---

<sup>108</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, RECRUTEMENT SANTÉ QUÉBEC, CONFÉRENCE DES RECTEURS ET DES PRINCIPAUX DES UNIVERSITÉS DU QUÉBEC. « Exercer la médecine au Québec lorsqu'on est diplômé hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) ». *Présentation organisée par le Collège des médecins du Québec*. Montréal, 16 avril 2013.

- des tuteurs/maîtres de stage;
- des directions d'établissement où les stages se déroulent;
- et de l'Association canadienne de protection médicale.

On a mentionné à plusieurs reprises que l'organisation du stage d'adaptation, mesure compensatoire prévue à l'ARM des médecins, ne dépendait pas du seul Collège des médecins du Québec. Sa planification intégrale et sa réalisation par le candidat résultent également de la disponibilité des ressources nécessaires provenant d'autres acteurs ainsi que leur allocation, limitant ainsi la portée de l'ARM des médecins puisque l'Entente Québec-France n'est contraignante qu'envers l'autorité compétente, soit le CMQ. Cette dichotomie entre les efforts demandés aux ordres professionnels et la portée limitée de leur mandat a d'ailleurs valu à Gérard Bouchard et Charles Taylor d'écrire ces lignes dans leur rapport final :

« Les ordres professionnels recommandent des formations d'appoint en vue d'une reconnaissance d'équivalence complète de diplôme, mais ils n'obtiennent pas une collaboration suffisante des collègues, des universités, des employeurs et de l'Office québécois de la langue française, notamment. »<sup>109</sup>

### ***La profession médicale : au cœur d'un système socio-sanitaire complexe***

Les systèmes de santé sont probablement parmi les systèmes organisés les plus complexes du monde. Pluralité des acteurs et forte interdépendance entre ces derniers caractérisent, entre autres, ces systèmes où l'humain dans toute la complexité est placé au cœur.

#### *Quelques définitions*

Il est commun d'utiliser des termes comme système de santé et réseau de la santé, par exemple, sans réelle distinction. Afin d'éviter toute confusion qui pourrait survenir durant la lecture de ce chapitre, nous avons choisi de premièrement définir quelques concepts auxquels nous ferons appel ultérieurement pour les besoins de la démonstration.

Adoptons d'abord une définition générale et opérationnelle des organisations, décomposée en cinq principales caractéristiques. Nous définirons les organisations comme étant des entités mar-

---

<sup>109</sup> BOUCHARD, Gérard et TAYLOR, Charles. *Fonder l'avenir : le temps de la conciliation* [en ligne]. Québec : Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles, 2008. [Consulté le 2 septembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.accommodements.qc.ca/documentation/rapports/rapport-final-integral-fr.pdf>.

quées par « la division des tâches, la distribution des rôles, la présence système d'autorité, l'existence d'un système de communications ainsi que d'un système de contribution-rétribution. »<sup>110</sup>

Convenons ensuite d'une définition générale d'un système de santé. Plusieurs existent pour qualifier ce terme. Puisqu'elle fait figure d'autorité internationale, nous avons retenu celle que propose l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle définit le système de santé comme étant « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. »<sup>111</sup>

Dans le cas spécifique du Québec, la notion de réseau doit être au cœur de la définition du système de santé. La définition qui nous servira d'assise aux fins de ce texte est celle du Réseau régional de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie (RRSSS Estrie). Nous justifions ce choix par le fait que la définition proposée est l'une des composantes mêmes du réseau et non du milieu académique. RRSSS définit ainsi un réseau comme :

« [un] ensemble d'organisations inter-reliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'État de santé de la population desservie. »<sup>112</sup>

Mais cette définition tire surtout sa pertinence dans la clarté du propos véhiculé : ce qui distingue un réseau d'un simple amalgame d'organisations est leur interrelation; en d'autres mots, l'interdépendance organisationnelle.

Avec ces quelques termes un peu mieux définis, il convient maintenant de se pencher sur le système de santé québécois et son architecture.

### *L'architecture du système de santé québécois*

Il faudra se référer couramment à la figure 4-2 pour se retrouver au cours de ce très bref exposé des diverses organisations du système de santé au Québec. Avant d'entamer cet exercice, il convient de mentionner que les liens inter-organisationnels sont caractérisés par des lignes qui

<sup>110</sup> BERNOUX, Philippe. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1990. p. 120.

<sup>111</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « À propos des systèmes de santé ». *Site de l'OMS* [en ligne]. 2013. [Consulté le 5 novembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr>.

<sup>112</sup> DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts et composantes*. Sherbrooke : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2001.

sont soit continues (liens directs), soit pointillées (liens indirects). On placera ainsi la notion d'interdépendance au cœur de notre approche analytique du réseau de la santé et des services sociaux.

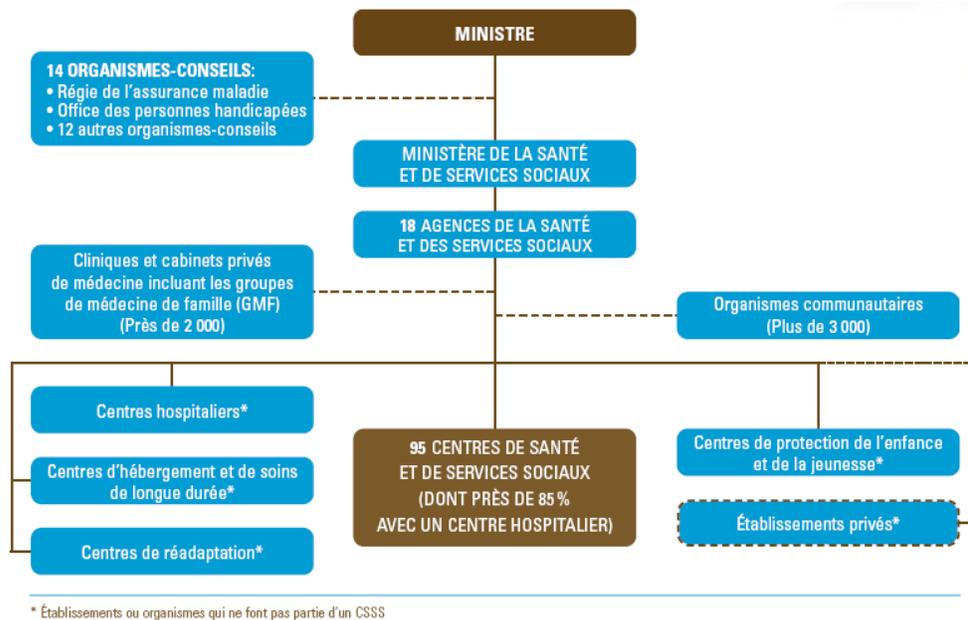


Figure 4-2 : Organigramme simplifié du réseau de la santé et des services sociaux du Québec

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>113</sup>

Le système de santé et de services sociaux du Québec est un peu à l'image d'un jeu de poupées russes. Sommairement, il est constitué de l'ensemble des organisations liées directement ou indirectement dans cet organigramme. C'est donc dire qu'il englobe le réseau de la santé et des services sociaux qui, lui, est constitué de l'ensemble des organisations ayant des liens institutionnels directs. Le ministère de la Santé et des Services sociaux en assure le contrôle.

Mais ce réseau n'est pas monocéphale. Il est en fait le résultat de la somme des 18 réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLSSS); chacun relevant d'une agence de santé et de services sociaux (ASSS). Véritables chefs d'orchestres, ces agences « [sont] instituée[s] pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de [chaque] région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines

<sup>113</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système de santé et de services sociaux au Québec : en bref*. Québec : Publications du Québec, 2008. ISBN 9782550516699 2550516699.

et de services spécialisés. »<sup>114</sup> Elles coordonnent ainsi les établissements publics entre eux : à savoir les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres de réadaptation et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. En ce qui concerne les centres de santé et de services sociaux (CSSS), leur coordination interne se retrouve entièrement sous l'égide de l'agence régionale<sup>115</sup>.

Parmi les incontournables du système de santé québécois, il y a les cliniques et cabinets de médecine de famille. Ce sont des établissements dont la propriété est privée, mais le financement public. Cette dualité ne les soustrait cependant pas à la coordination des agences régionales de santé et de services sociaux, et donc au contrôle du ministère. Sur les médecins qui y travaillent, ce contrôle s'exprime notamment par l'obligation de réaliser des activités médicales particulières. Comme on l'a vu précédemment, les AMP consistent en un nombre d'heures obligatoires à travailler en deuxième – où l'on retrouve normalement la prestation de soins spécialisés et surspécialisés – et troisième ligne – où l'on retrouve notamment les soins de longue durée. Mais les agences s'assurent également du respect d'une série d'exigences envers ces établissements déterminées par le ministère. Par exemple, les groupes de médecine familiale (GMF) sont tenus d'assurer une prestation de services tel que prévu à « [l'] Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) ». Les GMF doivent évidemment s'y soumettre pour pouvoir maintenir leur accréditation, et donc leur financement<sup>116</sup>.

Même s'ils font partie du système de santé et de services sociaux, on fera le choix de ne pas aborder la question des organismes communautaires. On se justifie par la concordance de deux états de faits. Alors qu'ils sont plus de 3000 – donc les inclure dans notre système d'équation déjà particulièrement complexe aurait pour effet d'alourdir considérablement sa compréhension –, les organismes communautaires n'occupent qu'un peu plus de 2% du budget total du ministère – la

---

<sup>114</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q., c. S-4.2, a. 430.

<sup>115</sup> C'est parce qu'un CSSS est le résultat de la fusion d'un CLSC, d'un CHLSD et, dans 85% des cas, d'un centre hospitalier que les agences régionales assurent entièrement la coordination de leurs activités. On peut ainsi dire que les CSSS sont des établissements non seulement publics, mais complètement étatisés.

<sup>116</sup> Une ironie bancale existe toutefois. D'une part, les agences (qui relèvent du ministère) obligent les GMF à offrir une prestation de soins. D'autre part, l'Entente négociée entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec prévoit la régionalisation des enveloppes de rémunération. C'est ainsi qu'on retrouve avec des GMF qui sont tenus d'offrir des services, « mais pas trop ». Ce n'est là qu'une incongruité du système de santé québécois parmi d'autres.

place qu'ils occupent est malheureusement plutôt marginale<sup>117</sup>.

Finalement, on ne traitera pas non plus des 14 organismes conseils du système public de santé. Relevons seulement brièvement sur celui qui occupe la plus grande place dans le budget de la santé et des services sociaux : la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Si son budget lui est propre, il n'en est pas moins interdépendant avec celui du ministère. Cette relation s'explique aisément. La RAMQ est un tiers payeur. Son budget est déterminé en fonction des ententes négociées entre le gouvernement du Québec et, d'une part, les fédérations médicales et, d'autre part, le milieu pharmaceutique. Pour l'année fiscale 2012-2013, les coûts de ses programmes (9,82 G\$) étaient ainsi répartis entre deux principaux postes. La rémunération des médecins (assurance-maladie) en accaparait 59% et le remboursement des frais de médicaments et autres services pharmaceutiques (assurance-médicament) en occupait 34%<sup>118</sup>.

#### *Centralisation et déconcentration du pouvoir décisionnel*

Dans son rapport final sur le financement du système de santé présenté en 2008, le groupe de travail présidé par Claude Castonguay dresse un constat portant pour le moins à réflexion. En abordant le thème de la bureaucratisation et de la centralisation du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux, il écrit :

« Cette organisation du travail partagée entre trois pouvoirs qui s'affrontent est également une organisation du travail trop hiérarchisée. Le système est géré d'une manière bureaucratique. »<sup>119</sup>

Or, ce diagnostic est connu depuis plusieurs décennies. D'ailleurs, Castonguay lui-même avait formulé un état de fait similaire déjà à la fin des années 1960 dans le cadre de la Commission sur la santé et le bien-être social. Idem pour Jean Rochon qui écrit ces lignes en 1988 :

« Le réseau de la santé et des services sociaux ne permet pas actuellement ou, à

---

<sup>117</sup> En date du 12 février 2013, il y avait exactement 3382 organismes communautaires. Leur budget occupait 492 M\$ des 35 303 M\$ des dépenses totales liées à la santé prévues pour l'année fiscale 2012-2013, soit 1,4%. Pour plus d'information, voir : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Comptes de la santé: 2010-2011 à 2012-2013*. Québec : Publications du Québec, 2013.

<sup>118</sup> RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion (2012-2013)* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1213-fr.pdf>.

<sup>119</sup> CASTONGUAY, Claude et al. *En avoir pour notre argent: des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée. Rapport final du Groupe de travail sur le financement du système de santé* [en ligne]. Québec : Ministère des Finances, 2008. p. 204. Disponible à l'adresse : [http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR\\_FinancementSante.pdf](http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf).

tout le moins, ne favorise pas la mobilité du personnel et des cadres entre établissements. [...] La sécurité d'emploi, l'ancienneté et les banques de congé, par exemple, ne sont pas transférables d'un employeur à l'autre et le réseau n'offre aucune incitation à la mobilité non plus que de chances de relever de nouveaux défis dans des milieux de travail différents. Sous cet angle le réseau n'en est pas un.

Le mode et le style de gestion qui caractérisent la majorité des établissements de services de santé et de services sociaux constituent les principaux obstacles à la motivation et à la valorisation des personnes. Cette gestion se caractérise par la rétention de l'information aux échelons supérieurs de la hiérarchie et par l'absence de consultation et de participation aux décisions pour la majorité des employés.

De façon générale, l'information est en effet accaparée et gardée jalousement, tel un privilège, par la direction, le conseil d'administration et les cadres supérieurs. Elle ne se rend pas aux employés et, dans bien des cas, n'atteint pas les cadres intermédiaires eux-mêmes. »<sup>120</sup>

C'est ainsi qu'on remarque qu'au-delà de l'évidente complexité de l'architecture générale du système de santé et des services sociaux, certaines grandes caractéristiques – dont le taylorisme apparent dans l'organisation du travail<sup>121</sup> – peuvent être relevées à l'échelle globale. Le système de santé nous semble ainsi marqué par la *centralisation du processus* [décisionnel] et la *déconcentration du pouvoir* [décisionnel], le tout dans une structure où l'interdépendance des organisations est manifeste.

---

<sup>120</sup> COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 1988. ISBN 2551084156 9782551084159.

<sup>121</sup> Cette doctrine est caractérisée principalement par « l'introduction de la "science" dans le travail, dans [son] "management". » (MONTMOLLIN, Maurice de. « Actualité du taylorisme ». Dans : *Le taylorisme: actes du Colloque international sur le taylorisme organisé à l'Université de Paris-XIII (2-4 mai 1983)*. Paris : La Découverte, 1984. pp. 13-22. ISBN 2707114502 9782707114501.) Elle se caractérise notamment par une segmentation des procédés de production et la collecte généralisée d'informations en vue d'analyser et d'améliorer la productivité du travail dans les organisations. Montmollin soutient ainsi que « [la] division du travail entre ceux qui savent et ceux qui savent moins produit et justifie une hiérarchie technique, où du haut vers le bas se répartit le savoir, et proportionnellement le pouvoir de contrôle. Tel est du moins le schéma de principe du taylorisme, toujours en vigueur aujourd'hui [en 1983]. » (*Loc. cit.*)

À ce propos, il est intéressant de souligner qu'il a été attribué à plusieurs reprises à Frederick W. Taylor des caractéristiques d'une personnalité névrotique alors que déjà enfant il comptait ses pas et calculait le temps nécessaire à accomplir presque n'importe quelle tâche. (*Loc. cit.*) C'est probablement parce qu'il semblait déjà avoir pris conscience de cette prédisposition qu'il met en garde ceux qui voudraient s'inspirer de sa conception de l'organisation du travail. (CAIRE, Guy. « Taylorisme et relations professionnelles » dans : *Op. cit.*, pp. 301-319.) D'ailleurs, Taylor « [déploie] que les lecteurs des ouvrages traitant de l'OST [organisation scientifique du travail, ndlr] ont confondu le mécanisme avec la vraie philosophie. Le système de direction scientifique consiste fondamentalement en certains principes généraux, en une certaine philosophie qui peut être appliquée de différentes façons et la description de ce que l'on doit considérer comme le meilleur mécanisme pour appliquer ces principes généraux ne doit en aucune manière être confondue avec les principes eux-mêmes. » (TAYLOR, Frederick W. *La direction scientifique du travail*. Paris : Dunod, 1971.)

La multiplication des ramifications du système et des divers réseaux de la santé et des services sociaux n'implique pas la décentralisation de la prise de décision. C'est plutôt le contraire qu'on observe. Et pour cause : le ministère y est omniprésent. Les différentes tâches et responsabilités qu'il délègue ne le sont qu'à l'intérieur même de son champ de contrôle. La multiplication des contraintes de toutes sortes imposées par le ministère aux diverses composantes du système semble être symptomatique non pas d'une omnipotence, mais plutôt d'une déconcentration du pouvoir décisionnel. Il nous apprend ainsi que le gouvernement du Québec ait opté pour une stratégie qu'on pourrait éventuellement qualifier d'« encerclement bureaucratique » pour circonscrire le pouvoir d'autres acteurs du système<sup>122</sup>.

Ce mouvement dialectique oscillant entre centralisation du processus décisionnel et déconcentration du pouvoir met ainsi notamment en exergue une forte interdépendance entre les différents acteurs de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux. Mais ce mouvement – déjà ralenti par une lourdeur institutionnelle inhérente à tout système aussi complexe qu'un système socio-sanitaire – est aussi marqué par une certaine distorsion qu'on liera notamment à la logique [corporatiste] de l'action collective. C'est d'ailleurs en ce sens que le Dr Yves Robert s'est dit désolé de devoir admettre que le système de santé est un des tristes exemples de système complexe au Québec où l'addition de chacune des parties, prise individuellement, semble donner un résultat supérieur à leur somme en tant qu'un tout<sup>123</sup>.

### **Et le corporatisme institutionnel**

Ce n'est bien sûr pas la première fois qu'un auteur aborde la notion du « travail en silo » – du taylorisme structurel – dans la culture des organismes publics en tout genre. Ce qui fait de cette recherche un travail bien particulier, c'est que les 17 intervenants avec qui nous nous sommes en-

---

<sup>122</sup> À cet égard, on peut citer notamment les activités médicales particulières (AMP) qu'on a déjà mentionnées. On pourrait toutefois considérer d'autres mesures relevant de cette stratégie d'encerclement bureaucratique, comme les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Simplement, c'est avec les PREM que le ministère détermine combien de nouveaux médecins peuvent s'établir dans une région. Ils visent ainsi l'atteinte de deux objectifs potentiellement conflictuels. Le premier est la promotion de l'équité interrégionale en matière de répartition des effectifs médicaux. Le deuxième est le contrôle des coûts liés à la santé. Rappelons que l'appellation « facturant » pour qualifier un nouveau médecin est particulièrement évocatrice des préoccupations ministérielles de contrôler ce poste budgétaire – la rémunération des médecins – qui représente tout de même environ 8,5% du budget total de l'État québécois. (Pour davantage d'information sur les PREM, voir : [ANONYME]. *Processus d'élaboration des Plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM)* [en ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible à l'adresse : <http://eth82.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/download.php?f=ddb64f5db22d0c7f47f849b6275c79e>

<sup>123</sup> Drs Yves Robert (Secrétaire général) et Ernest Prégent (Directeur des études), Collège des médecins du Québec. Entretien avec l'auteur, 5 novembre 2013.

Cette affirmation est également en phase avec cette phrase du Dr Rochon que nous avons déjà cité un peu plus haut : « [qu'à certains égards] le réseau n'en est pas un. »

tretenus occupaient tous des positions bien différentes. Si l'Entente Québec-France avait été un objet aux formes complexes et aux textures subtiles posé sur une table, nous aurions eu une telle pluralité de points de vue qu'on aurait pu le décrire avec une précision remarquable. L'ARM des médecins, c'est finalement le carrefour de plusieurs univers parallèles; de profonds silos aux parois épaisses et où la seule ouverture permettant de faire entrer la lumière du jour pour voir ce qu'il y a au fond se trouve tout en haut. C'est ainsi qu'autre constat s'est imposé de lui-même au fur et à mesure que nous avons mené notre travail de recherche. Tant lorsque nous avons épié nos diverses sources documentaires, que nous nous sommes entretenus avec nos 17 intervenants ou que nous avons été confronté aux défis que présentent le régime d'accès à l'information, la problématique du cloisonnement de l'information est devenue récurrente<sup>124</sup>. Un bref aperçu de l'architecture de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1) permet de bien comprendre cette réalité du cloisonnement de l'information; condition centrale dans le maintien d'une logique [corporatiste] de l'action collective<sup>125</sup>.

### **Accès (conditionnel) à l'information**

D'abord un peu d'histoire. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la pro-

---

<sup>124</sup> Notre présent commentaire concerne la rétention de l'information par les plus hautes autorités des organisations. On verra plus loin dans ce chapitre que la Loi d'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels prévoit que le responsable de l'accès à l'information dans les organismes visés par la loi soit celui qui en exerce la plus haute autorité. On comprendra ainsi qu'une telle disposition semble bien peu efficace pour limiter ce phénomène qu'est la rétention d'information.

À ce propos, Gérard Desrosiers amène un éclairage histoire simple et concis. Il écrit :

« Jusqu'au début des années soixante-dix, la grande majorité des établissements de soins au Québec étaient la propriété de l'entreprise privée : médecins, associations, communautés religieuses. Ils étaient tout à fait indépendants les uns des autres et souvent placés en situation concurrentielle. La mise en place de l'assurance-hospitalisation en janvier 1961 ne changera rien à cette situation ni l'assurance-maladie en 1970. On peut affirmer que les grands changements du début des années soixante-dix vont même, d'une certaine façon, accentuer le problème. En effet, aux hôpitaux et aux cabinets privés de médecins s'ajoute un nouvel établissement public : le CLSC qui, par le type de personnel qu'il recrute, les idées qu'il véhicule, les pratiques qu'il privilégie, heurte de front les idées reçues et les intérêts de ces milieux. Les hôpitaux et les CLSC vont le plus souvent s'ignorer. Par contre, les médecins libéraux, surtout les omnipraticiens, vont s'engager dans une lutte à finir pour contrer toute expansion des CLSC dans le champ des soins curatifs. Ils réussiront en quelques années à créer un réseau étendu de polycliniques privées qui, de fait, constituera une véritable barrière à l'expansion des CLSC dans ce champ. Cette situation va perdurer, nuisant entre autres au succès de la réforme engagée ces dernières années. » (Source : DESROSIERS, Georges. « Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir. Conférence inaugurale du 51 congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française (octobre 1998) ». *Revue d'histoire de l'Amérique française* [en ligne]. 1999. Vol. 53, n° 1, p. 3. [Consulté le 13 octobre 2013]. DOI 10.7202/005395ar. Disponible à l'adresse : <http://id.erudit.org/iderudit/005395ar>.)

<sup>125</sup> Le sociologue français Michel Crozier, fondateur de l'analyse stratégique, a par ailleurs déjà abordé ce thème. Il soutient que l'information n'est jamais neutre, qu'elle est en fait « du pouvoir, et parfois, pour un bref moment, l'instrument essentiel du pouvoir ». Il ajoutera ensuite que « la rétention d'information n'est pas seulement un phénomène affectif, c'est un moyen rationnel de gouvernement (ou de contre-gouvernement). » Pour plus d'information, consulter : CROZIER, Michel. *La Société bloquée*. Paris : Seuil, 1995. ISBN 2020256533.

tection des renseignements personnels a été adoptée dans la foulée de la Commission d'étude pour une éventuelle loi d'accessibilité à l'information gouvernementale incluant les renseignements personnels que détient le gouvernement sur les citoyens. Présidée par l'ancien journaliste Jean Paré, cette commission avait pour mandat de formuler des recommandations en vue de libéraliser l'accès à l'information gouvernementale. La Commission Paré finira par proposer dans son rapport final l'adoption d'un régime d'accès à l'information unique au monde où la protection des renseignements personnels serait enchâssée dans la même pièce législative. On recommandait par le fait même la création d'une Commission d'accès à l'information qui aurait pour objectif de s'assurer la poursuite de ces deux impératifs qu'on croyait autrefois irréconciliables<sup>126</sup>.

Après en avoir survolé brièvement les origines, abordons le régime d'accès à l'information en vigueur au Québec. L'objectif est de démontrer certaines limites inhérentes à la législation actuelle en la matière. Nous verrons que les nombreuses clauses d'exclusion *peuvent* servir, entres autres, de paravent à des ambitions protectionnistes.

« Loi d'accès à l'information », « demandes d'accès à l'information » et « Commission d'accès à l'information » sont des termes faisant partie du discours ambiant dans l'espace public entourant la question de l'accès à l'information au Québec. Comme son nom l'indique, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels vise l'accès aux documents que détiennent les organismes publics. Elle ne vise pas *explicitement* l'accès à l'information. Il faut faire une distinction entre l'accès à un document (le *contenant*) et l'accès à l'information que ce document peut recéler (le *contenu*). Philippe Berthelet va même jusqu'à soutenir que la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels n'est tout simplement pas une loi d'accès à l'information<sup>127</sup>. Cette distinction faite entre l'accès à l'information et l'accès au support de cette information, on peut véritablement amorcer un exposé compréhensible de la nature du régime d'accès à l'information en vigueur au Québec. Commençons d'abord par tracer les grands traits de la Loi sur l'accès.

Au sein des nombreux organismes publics visés par la Loi sur l'accès<sup>128</sup>, la responsabilité de

---

<sup>126</sup> COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION. « Notre histoire ». *Site de la CAI* [en ligne]. 2013. [Consulté le 1 novembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.cai.gouv.qc.ca/a-propos/notre-histoire/>.

<sup>127</sup> BERTHELET, Philippe. « Renseignements fournis à l'État et visés par une demande d'accès : le cas des tiers ». Dans : *Développements récents en droit de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, [2012]: les 30 ans de la Commission d'accès à l'information*. Cowansville : Éditions Yvon Blais, 2012.

<sup>128</sup> Le gouvernement, le Conseil exécutif, le Conseil du trésor, les ministères, les organismes gouvernementaux, les organismes municipaux, les organismes scolaires et les établissements de santé ou de services sociaux (art. 3).

l'accès à l'information incombe à « la personne ayant la plus haute autorité d'un organisme ». Même si elle peut la déléguer à une autre personne, il convient de souligner ici le risque de voir l'accès à l'information être consenti selon une géométrie qui soit variable ; *id est* de faire de cet accès une « arme politique ».

Quiconque peut faire une demande d'accès à des documents détenus par un organisme public et les obtenir. On a d'ailleurs prévu que les organismes visés par la Loi sur l'accès soient tenus « d'établir et [de] tenir à jour une liste de classement qui indique l'ordre selon lequel les documents sont classés [...] suffisamment précise pour faciliter l'exercice du droit d'accès ». Or, à une époque où l'utilisation de bases de données est de plus en plus courante et nécessaire à la réalisation de travaux de recherche, notamment, une telle disposition semble tout simplement anachronique. En effet, rien n'oblige les organismes publics de tenir à jour une liste des variables contenues dans leurs bases de données informatisées. On comprendra donc rapidement que le repérage en vue de formuler une demande d'accès claire et concise est à peu près impossible dans pareil cas.

Si le principal objectif de la loi était de démocratiser l'information détenue par les organismes publics au Québec, force est de constater que les paramètres la régissant sont restés figés dans l'esprit de 1982. Peut-être aurions-nous finalement échoué à libéraliser l'information<sup>129</sup>. C'est du

---

<sup>129</sup> Rod MacDonell formule une réflexion substantiellement similaire à la nôtre ; à une nuance près. Lors du colloque intitulé *Droit du public à l'information et vie privée : deux droits irréconciliables ?* Bien qu'il ait été tenu en 1991, on juge son commentaire toujours pertinent dans sa substance puisqu'aucune réforme majeure n'a été apportée à la loi sur l'accès depuis. Il prend ainsi une position très critique du régime d'accès à l'information en place au Québec. Il dit :

« Si, au Québec, la notion d'accès à l'information veut avoir une véritable signification, le gouvernement devra véhiculer le message à ses employés à l'effet que la loi doit être appliquée de façon à ce qu'elle ait un sens. Il devra aussi réajuster la loi et y enlever les exemptions ridicules qui, trop souvent, réduisent cette loi à rien de plus que des âneries.

Trop souvent, quand une demande de renseignements est présentée à un organisme, la demande est soit refusée ou on n'y répond même pas. Il faut alors se plaindre à la Commission de l'accès à l'information. Une audience a lieu six mois plus tard et il est préférable d'y être représenté par un avocat, car soyez certains que l'organisme gouvernemental, lui, sera représenté par ses conseillers juridiques. Deux ou trois mois plus tard, la Commission rendra sa décision. Arrivé à cette étape, il s'est donc passé près d'un an, et l'organisme gouvernemental a toujours le loisir d'en appeler de la décision.

Au moment où l'on obtient une décision finale, les renseignements que l'on voulait obtenir n'ont plus aucune signification ou ne sont plus d'actualité. L'organisme gouvernemental aura forcé l'entreprise médiatique à engager son temps et son argent dans une poursuite futile. Éventuellement, cette entreprise médiatique pourrait ne plus vouloir entreprendre de telles démarches contrariantes. Le public se retrouvera le grand perdant alors que le secret et l'incompétence [*sic*] seront vainqueurs. Posez-vous la question suivante : quel genre d'État aurons-nous créé où les citoyens devront constamment avoir à embaucher des avocats pour obtenir des renseignements de la part de leur gouvernement ? » (Source: MACDONELL, Rod. *Quand la protection de la vie privée sert de prétexte pour cacher des informations d'intérêt public*. Dans : *Droit du public à l'information et vie privée: deux droits irréconciliables?* Montréal : Les éditions thémis, 1991. pp. 137-141.)

Ce que MacDonell ne mentionne pas cependant, c'est que les gouvernements, et les organismes publics en général, ne sont pas constitués de blocs monolithiques. S'il appert que l'accès à certains renseignements pouvant être sensibles à

moins l'essence de plusieurs critiques de la Loi sur l'accès qui ont été formulées dans l'espace public<sup>130</sup>. On peut penser notamment à Brian Myles (président de la Fédération des journalistes professionnels (FPJQ)) et à l'avocat Jules Brière (rédacteur de la Loi sur l'accès, adoptée en 1982). Le propos de Myles est certes intéressant, mais il est, de son propre aveu « en apparence de conflit d'intérêts dans cette histoire. »<sup>131</sup> C'est pourquoi nous relaterons plutôt la critique de Brière. Dans une entrevue accordée au journaliste Fabien Deglise du *Devoir*, Brière soutient sans détour « [qu'] on a donné préséance à la notion très large de la protection du renseignement personnel dans trop de cas. L'intérêt public a été assujéti à l'intérêt privé. [...] Les exceptions prévues par la loi ont été interprétées trop largement. »<sup>132</sup>

Les commissaires canadiens d'accès à l'information abondent également dans le même sens. Dans une résolution adoptée le 1<sup>er</sup> septembre 2010 à Whitehorse (Yukon), ils déplorent le caractère réactionnel des lois sur l'accès en vigueur au pays. Ils se justifient en arguant que « l'accès n'est accordé que sur demande »<sup>133</sup>. Cette critique vient ainsi éveiller la remise en question de l'efficacité des initiatives entreprises par les différents gouvernements, notamment celui du Québec, pour promouvoir le principe de gouvernement ouvert. On peut s'interroger sur la portée réelle de projets d'élaboration de portails en ligne de données ouvertes si, en même temps, l'information sensible que détient un organisme public est toujours assujéti au contrôle de « [la]

---

un organisme visé par une demande d'accès puisse être sciemment bloqué aux citoyens et aux journalistes d'enquête, il convient tout aussi bien de souligner que la rétention d'information peut s'exercer sur une base inter-organisationnelle. En d'autres termes, le protectionnisme informationnel s'exerce souvent sans réelle distinction à l'égard des demandeurs d'accès à l'information ; qu'ils soient simples citoyens, journalistes, ou encore représentants d'autres organisations pouvant être perçues comme concurrentes au sein d'un même appareil public, d'un même système. Comme on l'a rapporté précédemment, Crozier affirme que l'information n'est pas neutre et que sa rétention est « un mode de gouvernement (ou de contre-gouvernement) ».

<sup>130</sup> Pour une critique complète, il peut s'avérer intéressant de consulter celle que formule la Fédération professionnelle des journalistes du Québec dans son mémoire déposé en mars 2012 auprès de la Commission parlementaire sur l'accès à l'information. Pour plus d'information, voir : FÉDÉRATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES DU QUÉBEC. *Mémoire de la Fédération professionnelle des journalistes du Québec sur la révision quinquennale de la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels du Québec. Vers un gouvernement ouvert* [en ligne]. Québec, 30 mars 2012. Disponible à l'adresse : [http://fpjq.org/fileadmin/FPJQ/pdf/12\\_Memoire\\_Acces\\_final.pdf](http://fpjq.org/fileadmin/FPJQ/pdf/12_Memoire_Acces_final.pdf)

<sup>131</sup> MYLES, Brian. « L'information: un remède à la collusion ». *L'actualité* [en ligne]. 10 décembre 2012. [Consulté le 3 novembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lactualite.com/opinions/la-corruption-sous-la-loupe/commission-charbonneau/linformation-un-remede-a-la-collusion/>.

<sup>132</sup> DEGLISE, Fabien. « Trente ans et déjà vieille. La Loi sur l'accès à l'information a besoin d'une réforme en profondeur, selon son rédacteur, l'avocat Jules Brière ». *Le Devoir*. Montréal, 3 décembre 2012. p. 8.

<sup>133</sup> GAUTRIN, Henri-François. *Gouverner ensemble comment le Web 2.0 améliorera-t-il les services aux citoyens?* Québec : Publications du Québec, 2012. ISBN 9782550640530.

personne ayant la plus haute autorité en [son] sein »<sup>134</sup>.

On pourrait encore là citer de nombreuses autres prises de position allant en ce sens. Par exemple, le Syndicat canadien de la fonction publique a déposé plus d'un mémoire dans lequel il rappelle l'absolue nécessité de transparence dans l'appareil d'État<sup>135</sup>. Finalement, l'enquête nationale sur l'accès à l'information que mène l'Association des Journaux canadiens depuis 2007 tend à suggérer que les organismes québécois soumis à la *Loi sur l'accès* fassent preuve d'une réticence particulière à collaborer<sup>136</sup>.

Y a-t-il dans ces critiques matière à étonnement? A posteriori, nous ne le croyons pas. Rappelons d'abord que l'intention première du législateur derrière la Loi sur l'accès était de changer la culture de gouvernance des organismes publics. On cherchait ainsi à passer d'un appareil d'État marqué par l'opacité de son processus décisionnel à un qui soit plus ouvert et plus transparent. Soulignons ensuite que la Loi sur l'accès prévoit un large éventail d'exceptions; un organisme peut ainsi volontairement adopter une stratégie d'épuisement juridique<sup>137</sup>. Cela a pour effet de rendre très peu contraignante à l'égard des organismes publics qui seraient réfractaires à rendre une information publique. À la lumière de ce qu'écrivent les théoriciens du néo-institutionnalisme des choix publics, rien de tout cela n'est étonnant. Il n'est d'ailleurs pas suprenant non plus que la jurisprudence foisonne de cas où la protection des renseignements personnels a été sciemment utilisée pour justifier des motifs protectionnistes.

---

<sup>134</sup> Cet extrait en est un de l'article 8 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Même si ce sont souvent les articles portant sur la protection des renseignements personnels qui sont les plus visés par les critiques, il convient de souligner ici que l'article 8 pose également un problème de taille. Considérant que l'accès à l'information est essentiel dans l'exercice du pouvoir, confier cette responsabilité à la personne ayant la plus haute autorité au sein d'un organisme public contribue au maintien d'un cadre favorable à la consolidation du pouvoir de gouvernance. Ainsi, on voit là un risque inhérent de politisation (au sens large) de l'information.

<sup>135</sup> Pour plus de renseignements, consulter un des suivants : SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Technologies et vie privée à l'heure des choix de société* [en ligne]. Québec, 28 mars 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.scfp.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=19866>; et SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Mémoire* [en ligne]. Québec, 1<sup>er</sup> septembre 2005. Disponible à l'adresse : <http://www.scfp.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=1863>.

<sup>136</sup> VALLANCE-JONES, Fred. *Enquête nationale sur l'accès à l'information 2012* [en ligne]. 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.journauxcanadiens.ca/sites/default/files/2012%20Enqu%C3%AAte%20nationale%20sur%20lacc%C3%A8s%20%C3%A0%20l'information.pdf>.

<sup>137</sup> Une stratégie d'épuisement consiste en une capitalisation de la partie défenderesse sur le déséquilibre notoire entre les ressources juridiques dont elle dispose par rapport à la partie plaignante. On augmente ainsi la probabilité que les procédures soient abandonnées, faute de ressources diverses. La partie défenderesse – i.e. l'organisme public dans ce cas – n'aurait donc pas à se soumettre à une décision du tribunal – ici celui de la Commission d'accès à l'information.

## Conclusion partielle

Le manque de collaboration entre les divers intervenants du système socio-sanitaire est déploré par plusieurs. C'est du moins ce que nous avons pu constater lors de nos entrevues semi-dirigées et lors de la consultation de documents en tout genre – rapports de commissions, de groupes d'études, etc.; monographies, articles de revues scientifiques, etc.; coupures de journaux, communiqués, etc. Et pourtant, les actions collaboratives semblent toujours avoir de la difficulté à être mises en œuvre.

Nous avons identifié le caractère réactif – et non pas proactif – du régime d'accès à l'information non pas comme responsable de ce manque de collaboration, mais plutôt comme dernier rempart permettant à une certaine culture institutionnelle de subsister. Une culture où, d'une part, le travail est fortement compartimenté et la structure organisationnelle particulièrement hiérarchisée – d'où l'image d'une série de silos, disposés les uns à côté des autres – et, d'autre part, la diffusion de l'information relève des plus hautes sphères de ces organisations. C'est alors que ces larges silos aux épaisses parois risquent changer de vocations pour littéralement devenir des châteaux forts.

Au carrefour de la lourdeur et du corporatisme institutionnels, nous obtenons donc un réseau, un système, un tout organique, qui n'en est plus un. Et plus un « système » est complexe – multiplication des intervenants, des organisations, des milieux et des institutions en tout genre – plus le risque qu'il soit intrinsèquement dysfonctionnel augmente en pareilles circonstances. On n'a qu'à citer en exemple le corps humain pour illustrer cette posture qui peut sembler à priori complexe. Allons-y simplement. Notre corps<sup>138</sup> est notamment constitué d'organes<sup>139</sup>; et du sang<sup>140</sup> circule dans nos veines, leur apportant ainsi oxygène et nutriments. Imaginons un seul instant que chacun de nos organes, individuellement, retenait notre sang pour l'empêcher qu'il circule ailleurs. Ce serait la mort de l'individu – le système, le tout – que tout cela annoncerait. En d'autres termes, l'absence – ou l'insuffisance – d'interrelation entre les composantes d'un système hautement complexe dans un contexte marqué par une forte interdépendance vient qu'à mener à une sévère

---

<sup>138</sup> Un système complexe faisant intervenir une myriade de composantes; un peu comme un système socio-sanitaire.

<sup>139</sup> Des composantes de ce système de santé et services sociaux complexe; ce sont les bureaucraties en tout genre, les facultés de médecine, les divers syndicats, les ordres professionnels, les organismes communautaires, les groupes de pression citoyens, etc.

<sup>140</sup> Des ressources qui viennent nourrir les composantes du système; ce sont bien sûr les ressources humaines, matérielles et financières, mais également informationnelles.

détérioration non pas seulement généralisée à toutes ses composantes, mais carrément systématique.

## Chapitre 5 : Conclusion générale

Nous avons vu que la paradiplomatie pouvait être le moteur de l'action et la lourdeur et le corporatisme institutionnels son frein. Nous retiendrons ainsi que l'impact de l'ARM des médecins semble avoir été positif quant à la mobilité des médecins de famille formés en France désirant installer leur pratique au Québec. Mais on le voit somme toute limité par ces quelques aspects pratiques :

1. Le système professionnel québécois est susceptible de voir se développer des pratiques anticoncurrentielles sur les différents marchés de services professionnels du fait qu'il est basé sur le principe d'autoréglementation.
2. Puisqu'il est l'autorité compétente, le Collège des médecins est le seul organisme réglementaire visé par la démarche gouvernementale.
3. L'incidence des autres institutions (MSSS, CREPUQ, fédérations médicales, entre autres) n'est pas considérée.
4. La disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la réalisation du stage d'adaptation n'est pas non plus prise en compte.
5. Les profils de pratique en médecine de famille sont substantiellement différents.

En 2002 par Me André Gariépy – l'actuel Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles à l'Office des professions du Québec –, alors qu'il était directeur général du Conseil interprofessionnel a dit :

«Nous avons peut-être mérité certaines critiques dans le passé, mais depuis 1974, avec l'arrivée du Code des professions, qui régit les mécanismes d'adoption des règlements, les mentalités ont bien changé et nous ne les méritons plus. »<sup>141</sup>

À la lumière de notre travail de recherche, nous sommes pour l'essentiel d'accord avec ses pro-

---

<sup>141</sup> NADEAU, Jessica. « Conseil interprofessionnel du Québec: "L'intégration des immigrants, c'est l'affaire de tous" ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 12 octobre 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/10974/conseil-interprofessionnel-du-quebec-l-integration-des-immigrants-c-est-l-affaire-de-tous>.

pos. Si nous la structure même du système professionnel québécois n'empêche pas toute dérive protectionniste, force est d'admettre que l'intégration des professionnels formés à l'étranger est vraiment « l'affaire de tous ». En ce qui concerne nos travaux sur l'ARM des médecins, nos trois derniers constats nous ramènent ainsi inmanquablement à l'état actuel et passé du système de santé et de services sociaux du Québec. Les limites organisationnelles et politiques à la mobilité des médecins de famille formés en France qui désirent s'installer au Québec sont donc profondément tributaires des limites du système de santé québécois lui-même. Nous avons donc choisi de consacrer les dernières lignes de ce mémoire à une réflexion systémique sur celui-ci.

Notre réflexion tire ses sources de la démarche méthodologique retenue pour produire ce mémoire. Rappelons que nous avons notamment réalisé une imposante revue de la littérature, mené plusieurs entrevues semi-dirigées avec des intervenants de divers milieux et tenté de collecter des données relatives à l'accès à la profession auprès du Collège des médecins. Ce sont finalement trois grands constats qui se sont imposés d'eux-mêmes :

1. Plus un système est complexe, plus l'investissement de temps nécessaire à sa compréhension sera grand. Si la compréhension de la structure du système professionnel reste relativement accessible, celle du système de santé requiert des efforts notoires. Qui plus est, il nous appert indispensable d'avoir une connaissance pointue du système professionnel pour comprendre réellement les dynamiques organisationnelles opérant dans l'ensemble des acteurs des réseaux de la santé<sup>142</sup>. Le « coût » d'accès à toute cette information est tellement élevé qu'on préfère souvent s'en tenir à une compréhension pointue mais sectorielle du système.
2. Il semble qu'on puisse qualifier l'organisation du travail dans le secteur de la santé par le taylorisme. C'est du moins ce qui ressort déjà des rapports finaux des Commissions Rochon (1988) et Clair (2000)<sup>143</sup>. On a pu aussi noter à plusieurs reprises, notamment durant la conduite des entrevues semi-dirigées et la réalisation de la revue de la littérature, que de nombreux intervenants étant appelés à collaborer ignoraient substantiellement la réalité quotidienne de leurs interlocuteurs.

---

<sup>142</sup> Il suffit d'étudier les fondements du système public de santé québécois pour le réaliser. Rappelons que le Code des professions est issu des nombreuses recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu. Ce Code se voulait une réponse concrète aux luttes interprofessionnelles ayant cours dans le vaste secteur de la santé. On avait notamment l'espoir que la délimitation formelle des activités des professionnels de la santé aurait pour effet d'apaiser ce type de conflits au plus grand bénéfice des patients. Or, c'est exactement le contraire qu'on a pu observer depuis la mise en application du Code des professions du Québec.

<sup>143</sup> Cette constatation est généralement accompagnée d'une vive critique. La nécessité de réorganiser le travail dans le secteur de la santé semble ainsi faire consensus chez la vaste majorité des intervenants de ce milieu. Cette réorganisation passerait, entre autres, par le décloisonnement des diverses organisations qui interviennent dans le champ de la santé.

Notre hypothèse veut que ce soit entre autres ce mode d'organisation, en l'absence de contrainte à la transparence, qui favoriserait l'adoption de stratégie non-collaborative entre les agents du système. Nous la développerons plus loin dans ce chapitre.

3. Obtenir certaines informations en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels peut s'avérer particulièrement ardu et nécessiter des ressources considérables<sup>144</sup>. Ce constat a d'ailleurs déjà été relevé à de multiples reprises notamment par la Fédération professionnelle des journalistes du Québec (FPJQ). De l'avis de la FPJQ, ces difficultés nuisent sans conteste à la diffusion de l'information au-delà des organismes publics et parapublics qui en sont les détenteurs.

C'est à partir de ces trois grands constats que s'articulera notre proposition générale visant à créer un cadre plus favorable à l'implantation des réformes connues qu'on doit apporter au système de santé québécois pour accroître sa performance. Si nous avons, d'une part, l'intime conviction que la réalisation (ou non) des politiques publiques dépend de l'exercice du pouvoir<sup>145</sup>, d'autre part, nous sommes convaincus que le décloisonnement de l'information détenue par les différentes composantes de ce système organique – celui de la santé – est tout simplement fondamental et inévitable. Nous souhaitons ouvrir le débat.

## Propositions

Le constat voulant que le décloisonnement des organisations soit essentiel à l'instauration d'un nouveau paradigme d'organisation du travail dans l'ensemble du système de la santé fondé principalement sur la collaboration interprofessionnelle a été formulé *ad nauseam*. Nous questionnons cependant la faisabilité d'une telle réforme globale.

### Réformer le régime d'accès à l'information

Suivant l'exposé précédent, il nous appert que le décloisonnement des informations qu'elles détiennent soit essentiel pour mener à bien pareille entreprise. La révision du cadre législatif entourant le droit d'accès à l'information visant la démocratisation croissante de l'information s'avère, selon nous, une condition *sine qua non* au succès des initiatives entreprises et à venir ayant pour but la réorganisation du travail dans le secteur de la santé. Notre proposition n'est donc en soit pas inédite. Elle est plutôt le résultat de la convergence de deux constats qui ont été formulés à plusieurs reprises dans l'espace public au Québec. Premièrement, la culture du travail en silo dans

---

<sup>144</sup> La judiciarisation de l'accès à l'information est un véritable frein pour quiconque voulant se prévaloir de son droit d'accès en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Comme on le verra plus tard, la loi d'accès n'empêche pas réellement le protectionnisme informationnel. Il n'est donc pas étonnant de voir l'accès à une information sensible pour l'organisme être refusé. Il devient nécessaire de faire appel à la Commission d'accès à l'information (CAI) pour être en mesure de l'obtenir. Or, les délais imposants pour obtenir une audience et l'asymétrie en ce qui concerne les ressources juridiques dont disposent les parties limitent indubitablement la capacité d'action des demandeurs. Finalement, le droit d'accès aux documents des organismes publics semble être tout sauf une réalité de fait.

<sup>145</sup> LEMIEUX, Vincent. « Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales », *Service social*, 1989, Vol. 38, n° 2-3, p. 179.

les organisations du secteur public nuit grandement aux relations interprofessionnelles et au climat de travail. Deuxièmement, le maintien d'une certaine opacité institutionnelle des organismes publics rendu possible par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* commande qu'on entame une véritable réflexion sur les conséquences systémiques de la rétention d'information.

### **Dépolitiser la santé**

Plusieurs acteurs influents du système de santé ont déjà plaidé en faveur de la dépolitisation de cet enjeu pour le moins névralgique. On compte à ce chapitre notamment les Drs Philippe Couillard (ministre de la Santé et des Services sociaux, 2003-2008) et Yves Lamontagne (président-directeur général du Collège des médecins du Québec, 1998-2010). Une des façons mise de l'avant par le deuxième pour y arriver est la création d'une société d'État qui serait en charge de l'administration de la santé au Québec<sup>146</sup>. Si la dépolitisation d'un enjeu aussi capital que la santé reçoit un accueil indiscutablement favorable de notre part, nous sommes convaincus qu'il faille aller encore plus loin que l'apartisanerie ici proposée. Ne s'en tenir qu'à une définition partisane de la politique serait naïf, voire dangereux pour la pérennité du système de santé québécois.

D'une part, adopter une telle posture présume du caractère apolitique des organisations publiques et parapubliques. Or, comme on l'a vu précédemment, plusieurs recherches sociologiques ayant pour objet les bureaucraties tendent justement à démontrer le contraire<sup>147</sup>. Ce *sont* des agents politiques qui participent au jeu de pouvoir dans l'espace public. Leur caractère apolitique n'enlèverait en rien à leur influence politique. D'autre part, dépolitiser l'enjeu de la santé en en sortant tout représentant démocratiquement élu risque de rompre définitivement tout équilibre de pouvoir. Il pourrait ainsi en résulter, *in fine*, à un accroissement du pouvoir bureaucratique. Et cela sans pour autant générer une amélioration de la performance du réseau de la santé, notamment, dû à une plus grande cohérence systémique. En bref, s'il nous semble essentiel de miser sur une gestion basée sur des impératifs de long terme et non de court terme, on se permet de douter sur l'ampleur des effets pernicieux que pourraient engendrer, faut-il le rappeler, l'éviction des repré-

---

<sup>146</sup> Pour rendre sa proposition davantage imagée, le Dr Lamontagne l'appelle Hydro-Santé. A l'instar d'Hydro-Québec dans le secteur de l'énergie, un pan salubre de l'économie du Québec, il propose la création d'une société d'État en charge du secteur de la santé. Il se justifie notamment en invoquant la dichotomie fondamentale entre les impératifs politiques (court terme) et sanitaires (long terme).

<sup>147</sup> Des intellectuels ayant débattu la question, Michel Crozier apporte probablement une des réponses les plus claires quant à l'entretien de relations de pouvoir par les organisations – tant privées que publiques.

sentants d'une démocratie perfectible<sup>148</sup>.

### **Une nouvelle piste de recherche?**

Alors, dans quelle mesure l'ARM des médecins a-t-il pu faciliter la mobilité des médecins omnipraticiens français vers le Québec? On peut conclure que l'ARM des médecins a certainement apporté quelques facilitations, surtout de nature administrative. Nous sommes cependant très loin d'une mobilité comparable à celle qu'on peut observer au sein de l'Union européenne, et plus particulièrement entre les pays membres de l'espace Schengen. On aura surtout retenu que les principaux obstacles à ce projet de mobilité sont ceux qui posent de nombreux défis au quotidien dans le système de santé québécois : manque de ressources humaines, matérielles et financières. Le dernier chapitre a été consacré aux problèmes de communication, de coordination et de coopération entre les institutions et organismes qui le composent. Il n'avait pas pour principal objectif de démontrer, voire de quantifier, l'existence de ces problèmes. Il est de notre avis cependant qu'il contient suffisamment d'éléments de réflexion pour entamer un travail de recherche plus exhaustif.

---

<sup>148</sup> On se permettra ici de citer Suzanne Philips-Nootens lors du colloque soulignant les 30 années du programme de maîtrise *Droit et politique de santé* à l'Université de Sherbrooke. La professeure émérite de la Faculté de droit de cette université y avait livré un vibrant plaidoyer en faveur d'une réflexion holistique sur le système de santé québécois qu'elle conclura ainsi : « Il est grand temps de replacer le patient au cœur du système qu'on a créé pour lui il y a 40 ans. »



## Bibliographie générale

### Droit

*Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des avocats*. 27 novembre 2009.

*Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins*. 27 novembre 2009.

*Code de déontologie des avocats*, RLRQ c B-1, r 3

*Code de déontologie des médecins*, R.L.R.Q., c M-9, r 17.

*Conseil pour la protection des malades c. Fédération des médecins spécialistes du Québec*. 9 décembre 2010. 500-06-000219-036.

*Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*. 17 octobre 2008.

*Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, R.L.R.Q., c A-2.1.

*Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, c 3.

*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, L.C. (2001), c 27.

*Loi médicale*, R.L.R.Q., c M-9.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q., c S-4.2.

*Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec*, R.R.Q., c M-9, r 20.

*Règlement sur la délivrance d'un permis du Barreau du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par le Barreau du Québec en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*, R.L.R.Q., c B-1, r 7.

BARNETT, Laura. PRB 08-45-F: *Le processus de conclusion des traités au Canada*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, 2008.

BECKLUM, Penny et ELGERSAM, Sandra. PRB 04-29-F: *Reconnaissance des titres de compétences étrangers des immigrants*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, 2008.

CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC. Les professions réglementées. *Professions Québec* [en ligne]. 2013. [Consulté le 7 juin 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/visualiser/id/62>

DUPLÉ, Nicole. *Droit constitutionnel : principes fondamentaux*. Montréal : Wilson & Lafleur, 2011. ISBN 9782896890286 2896890289.

JUSTICE CANADA. « Accord ou entente ? », *Guide fédéral de jurlinguistique législative française* [en ligne]. Ottawa, 2013. Disponible à l'adresse :

<http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/legis-redact/juril/no3.html>.

### Économie et finances publiques

GÉNÉREUX, Jacques. *Introduction à la politique économique*. Paris : Seuil, 1999. ISBN 9782020396516.

INDUSTRIE CANADA. *Commerce international : Économie canadienne (SCIAN 11-91)* [en ligne]. Industrie Canada, 2011. [Consulté le 19 avril 2013]. Statistiques relatives à l'industrie canadienne. Disponible à l'adresse : [http://www.ic.gc.ca/eic/site/cis-sic.nsf/fra/h\\_00029.html](http://www.ic.gc.ca/eic/site/cis-sic.nsf/fra/h_00029.html).

KÉBABDJIAN, Gérard. *Les théories de l'économie politique internationale*. Paris : Seuil, 1999. La pensée économique contemporaine, 5. ISBN 2020360551 9782020360555.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. « Profil statistique par pays : France ». *Profils statistiques par pays : Tableaux-clés de l'OCDE* [en ligne]. Paris : OCDE, 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd-ilibrary.org/content/table/2075227x-table-fra>.

### Immigration et mobilité de la main-d'œuvre

#### Article de colloque et présentation publique

CANADIAN INDUSTRIAL RELATIONS ASSOCIATION. MEETING, REID, Frank et INTERNATIONAL INDUSTRIAL RELATIONS ASSOCIATION. REGIONAL CONGRESS OF THE AMERICAS, 2003. « Trade and labour protection : can the two be made to work together? : selected papers from the XXXIXth Annual CIRA Conference, a joint conference with the International Industrial Relations Association 4th Regional Congress of the Americas ». Dans : *Congrès annuel de l'Association canadienne des relations industrielles*. 2003. ISBN 2763780318 9782763780313.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, RECRUTEMENT SANTÉ QUÉBEC, CONFÉRENCE DES RECTEURS ET DES PRINCIPAUX DES UNIVERSITÉS DU QUÉBEC. « Exercent la médecine au Québec lorsqu'on est diplômé hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) ». *Présentation organisée par le Collège des médecins du Québec*. Montréal, 16 avril 2013.

#### Articles de journaux et de magazines

[ANONYME]. « Les médecins étrangers sont aussi compétents que ceux formés au Canada ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 1<sup>er</sup> mars 2005. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/75950/les-medecins-etrangers-sont-aussi-competents-que-ceux-formes-au-canada>

- [ANONYME]. « Hausse du nombre de médecins étrangers ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 19 mai 2005. [Consulté le 17 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/82132/hausse-du-nombre-de-medecins-etrangeurs>.
- [ANONYME]. « Couillard demandera des comptes aux doyens des facultés de médecine ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 4 mai 2007. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/142068/couillard-demandera-des-comptes-aux-doyens-des-facultes-de-medecine>.
- [ANONYME]. « Mobilité de la main-d'œuvre : les Français du Québec se réjouissent ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 6 février 2009. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/232629/mobilite-de-la-main-d-oeuvre-les-francais-du-quebec-se-rejouissent>.
- [ANONYME]. « Des vétérinaires français se disent victimes de "corporatisme" ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 5 novembre 2009. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/201009/22/01-4318149-des-veterinaires-francais-se-disent-victimes-de-corporatisme.php>.
- [ANONYME]. « Les immigrants parlent de plus en plus le français à la maison ». *La Presse* [en ligne]. 24 octobre 2012. [Consulté le 24 octobre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/national/201210/24/01-4586472-les-immigrants-parlent-de-plus-en-plus-le-francais-a-la-maison.php>.
- [ANONYME]. « Groupes de médecine familiale: Hébert promet un "ménage" ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 12 avril 2013. [Consulté le 12 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201304/12/01-4640380-groupes-de-medecine-familiale-hebert-promet-un-menage.php>.
- CAUCHON, Paul. « À voir à la télé le mardi 26 octobre - Un corporatisme malsain ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 23 octobre 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/medias/66718/a-voir-a-la-television-le-mardi-26-octobre-un-corporatisme-malsain>.
- CHAMPAGNE, Sara. « Québec facilitera l'intégration des médecins étrangers ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 15 janvier 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201001/15/01-939515-quebec-facilitera-lintegration-des-medecins-etrangeurs.php>.
- CHOUINARD, Tommy. « Mobilité des médecins France-Québec: avantage Québec, malgré les obstacles ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 29 janvier 2011. [Consulté le 16 décembre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201101/28/01-4364934-mobilite-des-medecins-france-quebec-avantage-quebec-malgre-les-obstacles.php>.
- FLEISCHMAN, Anne. « Lettre ouverte au ministre de la Santé - OÙ sont passés les médecins étrangers? » *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 31 juillet 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/non-classe/6256/lettre-ouverte-au-ministre-de-la-sante-ou-sont-passes-les-medecins-etrangeurs>.
- GALIPEAU, Sylvia. « Le calvaire des médecins étrangers ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 21 mars 2011. [Consulté le 16 décembre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/politique/201103/21/01-4286703-france-quebec-la-mobilite-de-la-main-d-oeuvre-setend.php>.
- JAGODZINSKI, Daniel. « Paradoxal Québec ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 11 août 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/non-classe/262351/paradoxal-quebec>.
- LÉGARÉ, Jean-François. « Plus de souplesse pour les médecins étrangers: une règle discriminatoire jugent deux fédérations ». *Le Soleil* [en ligne]. Québec, 25 juillet 2008. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/200809/08/01-655060-plus-de-souplesse-pour-les-medecins-etrangeurs-une-regle-discriminatoire-jugent-deux-federations.php>.
- MARCOUX, Aude Marie. « Le Plan Nord accélérera-t-il la mobilité internationale de la main d'oeuvre? » *Les Affaires* [en ligne]. Montréal, 19 mai 2011. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lesaffaires.com/monde/france/le-plan-nord-accelerera-t-il-la-mobilite-internationale-de-la-main-d-oeuvre/530987>.
- MILLETTE, Lise. « Pression des vétérinaires français pour pratiquer au Québec ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 18 octobre 2009. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/societe/200910/18/01-912465-pression-des-veterinaires-francais-pour-pratiquer-au-quebec.php>.
- NADEAU, Jessica. « Conseil interprofessionnel du Québec: "L'intégration des immigrants, c'est l'affaire de tous" ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 12 octobre 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/10974/conseil-interprofessionnel-du-quebec-l-integration-des-immigrants-c-est-l-affaire-de-tous>.
- PARÉ, Isabelle. « Médecins étrangers s'abstenir ». *Le Devoir*. Montréal, 22 octobre 2002.
- PARÉ, Isabelle. « Québec lève des obstacles pour certains médecins étrangers ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 2 octobre 2003. [Consulté le 23 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/non-classe/37475/quebec-leve-des-obstacles-pour-certains-medecins-etrangeurs>.
- POISSANT, Céline. « La pénurie de main-d'œuvre inquiète les ordres professionnels ». *Les Affaires* [en ligne]. Montréal, 20 janvier 2011. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lesaffaires.com/archives/generale/la-penurie-de-main-d-oeuvre-inquiete-les-ordres-professionnels/523708>.
- RIOUX SOUCY, Louise-Maude. « Entente France-Québec - Une voie rapide à deux vitesses pour les médecins? » *Le Devoir*. Montréal, 10 décembre 2009. p. 4.
- RIOUX SOUCY, Louise-Maude. « Nouvelles embûches pour les médecins diplômés à l'étranger ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 30 mars 2011. [Consulté le 16 décembre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/320041/nouvelles-embuches-pour-les-medecins-diplomes-a-l-etranger>.
- SALVET, Jean-Marc. « France-Québec: la mobilité de la main-d'œuvre s'étend ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 4 juin 2010. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/politique/201006/03/01-4286703-france-quebec-la-mobilite-de-la-main-d-oeuvre-setend.php>.

## Articles de revues

- [ANONYME]. « Les médecins étrangers dérangent ». *Actualité Médicale*. 2005. Vol. 26, n° 15, p. 5.
- APTER, David E. « La mondialisation et les conséquences politiques du pluralisme négatif ». *Revue internationale des sciences sociales*. 2011. N° 2, pp. 285–300.
- AUBIN, Ariane. « Les médecins étrangers crient à la discrimination ». *Actualité Médicale*. 2007. Vol. 28, n° 23, p. 9.
- BLAIN, Marie-Jeanne, SUÁREZ-HERRERA, José Carlos et FORTIN, Sylvie. « L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale ». *Anthropologie & Santé* [en ligne]. 27 novembre 2012. N° 5. [Consulté le 1 mai 2013]. DOI 10.4000/anthropologiesante.973. Disponible à l'adresse : <http://anthropologiesante.revues.org/973>.
- CASAVANT, Marianne. « Entente Québec-France: Quelles sont les retombées de l'arrangement de reconnaissance mutuelle? » *Le Médecin du Québec*. avril 2013. Vol. 48, n° 4, pp. 81-82.
- CRÉPEAU, Catherine. « Quand les médecins viennent d'ailleurs ». *Actualité Médicale*. 2006. Vol. 27, n° 29, p. 25.
- CRÉPEAU, Catherine. « Le permis restrictif deviendra régulier après cinq ans ». *Actualité Médicale*. 2007. Vol. 28, n° 34, p. 2.
- CRÉPEAU, Catherine. « Plus de femmes médecins et moins d'étrangers ». *Actualité Médicale*. 2007. Vol. 28, n° 36, p. 6.
- CRÉPEAU, Catherine. « La situation de la médecine de famille inquiète ». *Actualité Médicale*. 2008. Vol. 29, n° 13, p. 8.
- CRÉPEAU, Catherine. « Le Collège donne des chiffres ». *Actualité Médicale*. 2008. Vol. 29, n° 18, p. 14.
- DAVID, Frédérique. « Entente France-Québec ». *Actualité Médicale*. 5 décembre 2008. Vol. 29, n° 31, p. 21.
- MÉTHOT, Denis. « L'embauche de médecins à permis restrictif a mis fin aux bris de services ». *Actualité Médicale*. 2008. Vol. 29, n° 26, p. 6.
- MÉTHOT, Denis. « La plupart restent au Québec, mais certains repartent déçus ». *Actualité Médicale*. 2008. Vol. 29, n° 26, p. 8.
- MÉTHOT, Denis. « Les médecins québécois pourront aller pratiquer en France, et ceux de France, venir exercer au Québec ». *Actualité Médicale*. 2008. Vol. 29, n° 14, p. 16.
- MÉTHOT, Denis. « Plusieurs médecins diplômés à l'étranger font fi de la marche à suivre ». *Actualité Médicale*. 2010. Vol. 31, n° 4, p. 14.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES. « Population ageing and development: Ten years after Madrid ». *ONU* [en ligne]. Décembre 2012. N° 2012/4. [Consulté le 20 mars 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts\\_2012-4.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/popfacts_2012-4.pdf).
- ZIETSMA, Danielle. « Immigrants exerçant des professions réglementées ». *Perspective*. février 2010. N° 75-001-X, pp. 15-31.

## Documents divers

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La vraie histoire des médecins diplômés à l'étranger. Plusieurs intervenants ont un rôle à jouer* [en ligne]. Communiqué. 1 mai 2007. [Consulté le 13 novembre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2007/2007-05-01/communiquie.aspx>.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Prérequis (conditions préalables) pour le médecin français ». *Site du CMQ* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/Diplomes/Internationaux/EntenteFranceQc/ExercerAuQuebec.aspx>.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux*. décembre 1994.
- INDUSTRIE CANADA. *La réglementation des professions au Canada*. [en ligne]. 11 décembre 2007. [Consulté le 24 juillet 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.bureaudeconurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/02539.html>
- STATISTIQUE CANADA. *Faits et chiffres 2011 - Aperçu de l'immigration: Résidents permanents et temporaires*. [en ligne]. 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits/2011/permanents/01.asp>
- ## Enregistrement vidéo
- [ANONYME]. « Thomas Mulcair: Comment le système professionnel québécois ne protège pas le public ». *Le Point* [en ligne]. Radio-Canada, août 1993. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=nBQM4u7sMr4>.
- ## Études, mémoires, et autres rapports
- [ANONYME]. *Des valeurs partagées, des intérêts communs* [en ligne]. Rapport final. Montréal : Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (Direction des affaires publiques et des communications), 2005. [Consulté le 26 juillet 2013]. Groupe de travail sur l'accès aux professions et métiers réglementés. Disponible à l'adresse : <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/PlanAction20042007-integral.pdf>.
- ARCHAMBAULT, Diane et TANOVICEANU, Nicolae-Dan. *Enquête sur les allégations de discrimination dans le cadre du processus d'admission menant au programme de formation postdoctorale en médecine*. Enquête n° MTL-018303. Montréal : Ministère de la Justice (Commission des droits de la personne et de la protection de la jeunesse), 2010.
- BAZERGUIL, André et al. *Rapport de l'Équipe de travail sur la reconnaissance des diplômes et des compétences des personnes formées à l'étranger* [en ligne]. Montréal : Ministère de l'immigration et des communautés culturelles, 2005. [Consulté le 26 juillet 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/pdf/RapportEquipe\\_ReconnaissanceDiplomesCompetences.pdf](http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/pdf/RapportEquipe_ReconnaissanceDiplomesCompetences.pdf).
- BOUCHARD, Gérard et TAYLOR, Charles. *Fonder l'avenir : le temps de la conciliation* [en ligne]. Québec : Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles, 2008. [Consulté le 2 septembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.accommodements.qc.ca/documentation/rapports/rapport-final-integral-fr.pdf>.

ÉCHAVÉ, Vincent et al. *Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec* [en ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009. [Consulté le 1 mai 2013]. Disponible à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-910-01.pdf>.

GIRARD, Chantal (dir.) et al. *Le bilan démographique du Québec (édition 2012)* [en ligne]. Québec : Ministère des Finances et de l'Économie (Institut de la statistique du Québec), 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2012/bilan2012.pdf>.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Au Québec pour bâtir ensemble : énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 1990. ISBN 2550213572. Disponible à l'adresse : <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/ministere/Enonce-politique-immigration-integration-Quebec1991.pdf>.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Plan stratégique, 2005-2008* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 2005. ISBN 2-550-44083-8. Disponible à l'adresse : <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/PlanStrategique20052008-Integral.pdf>.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Plan stratégique, 2008-2012* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 2008. ISBN 978-2-550-53290-3. Disponible à l'adresse : <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/PlanStrategique2008.pdf>.

MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Plan stratégique, 2012-2016* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 2012. ISBN 978-2-550-64599-3. Disponible à l'adresse : [http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO\\_Plan\\_strategique\\_1.pdf](http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_Plan_strategique_1.pdf).

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION. *Plan stratégique, 2001-2004*. Québec : Publications du Québec, 2001. ISBN 2550373227 9782550373223.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE. *Perspectives des migrations internationales: 2012*. Paris : OCDE, 2012.

## Méthodologie

GAUTHIER, Benoît, 2009. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. 5e éd. Québec : Presses de l'Université du Québec. ISBN 9782760516007.

POUPART, Jean et GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE SUR LES MÉTHODES QUALITATIVES, 1997. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : G. Morin. ISBN 2891056612 9782891056618.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine. « Chapitre 13 : L'entrevue semi-dirigée ». Dans : GAUTHIER, Benoît (dir.). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. 5e éd. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009.

## Paradiplomatie et relations in-

## ternationales

### Articles de journaux et de magazines

BÉRUBÉ, Gérard, NADEAU, Michel et DUPONT, Marie. « Le défi européen de Jean Charest ». *Magazine Forces* [en ligne]. 2008. N° 154. [Consulté le 16 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.magazineforces.com/economie/le-defi-europeen-de-jean-charest>.

DESROSIERS, Éric. « Vers un nouvel espace économique: l'accord sur la mobilité de la main-d'œuvre ». *Magazine Forces* [en ligne]. 2011. N° 164. [Consulté le 13 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.magazineforces.com/economie/vers-un-nouvel-espace-economique-laccord-sur-la-mobilite-de-la-main-doeuvre>.

LESSARD, Denis. « Ballet diplomatique en vue dans les délégations du Québec à l'étranger ». *La Presse* [en ligne]. Montréal, 24 octobre 2012. [Consulté le 24 octobre 2012]. Disponible à l'adresse : [http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/politique-quebecoise/2012/10/24/01-4586414-ballet-diplomatique-en-vue-dans-les-delegations-du-quebec-a-letran-ger.php?utm\\_categorieinterne=traffeddrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_BO2\\_quebec\\_canada\\_178\\_accueil\\_POS2](http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/politique-quebecoise/2012/10/24/01-4586414-ballet-diplomatique-en-vue-dans-les-delegations-du-quebec-a-letran-ger.php?utm_categorieinterne=traffeddrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_BO2_quebec_canada_178_accueil_POS2).

RIOUX, Christian. « Entente France-Québec sur la mobilité : "Il ne s'agit pas d'un traité international" ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 19 décembre 2009. [Consulté le 22 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/279724/entente-france-quebec-sur-la-mobilite-il-ne-s-agit-pas-d-un-traite-international>.

### Articles de revues

BASTIEN, Frédéric. « Les relations internationales de Montréal depuis 1945 ». *Relations internationales*. 2007. Vol. 130, n° 2, p. 5. DOI 10.3917/ri.130.0005.

NADEAU, Jean-Benoît. « Jean Charest a conquis l'Europe ». *L'Actualité* [en ligne]. 5 octobre 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.lactualite.com/lactualite-affaires/jean-charest-a-conquis-leurope/>.

PAQUIN, Stéphane. « Paradiplomatie identitaire en Catalogne et les relations Barcelone-Madrid ». *Études internationales*. 2002. Vol. 33, n° 1, p. 57. DOI 10.7202/704382ar.

PAQUIN, Stéphane. « Globalization, European integration and the rise of neo-nationalism in Scotland ». *Nationalism and Ethnic Politics*. mars 2002. Vol. 8, n° 1, pp. 55-80. DOI 10.1080/13537110208428653.

PAQUIN, Stéphane. « Paradiplomatie identitaire et diplomatie en Belgique fédérale: le cas de la Flandre ». *Canadian Journal of Political Science / Revue canadienne de science politique*. 1 juillet 2003. Vol. 36, n° 3, pp. 621-642.

PAQUIN, Stéphane. « La paradiplomatie identitaire : Le Québec, la Catalogne et la Flandre en relations internationales ». *Politique et Sociétés*. 2004. Vol. 23, n° 2-3, p. 203. DOI 10.7202/010890ar.

PAQUIN, Stéphane. « Les actions extérieures des entités subétatiques: quelle signification pour la politique comparée et les rela-

tions internationales? » *Revue internationale de politique comparée*. 2005. Vol. 12, n° 2, pp. 129–142.

PAQUIN, Stéphane. « La relation Québec-Paris-Ottawa et la création de l'organisation internationale de la francophonie (1960-2005) ». *Guerres mondiales et conflits contemporains*. 2006. Vol. 223, n° 3, p. 31. DOI 10.3917/gmcc.223.0031.

PAQUIN, Stéphane et CHALOUX, Annie. « Comment vit-on aux marges de l'Empire ? » *Études internationales*. 2009. Vol. 40, n° 2, p. 201. DOI 10.7202/038275ar.

## Documents divers

DUMAS-MARTIN, Antoine. *Créer un espace de mobilité professionnelle avec la France. Le Québec a-t-il les moyens de ses ambitions?* Travail de session réalisé dans le cadre du cours REL711 Relations internationales. Longueuil : Université de Sherbrooke, 2013.

MINISTÈRE DES RELATIONS INTERNATIONALES, DE LA FRANCOPHONIE ET DU COMMERCE EXTÉRIEUR. Documentation sur l'Entente Québec-France. *Site du MRIFCE* [en ligne]. 2013. [Consulté le 19 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.mrifce.gouv.qc.ca/fr/grands-dossiers/reconnaissance-qualifications/documentation>.

## Livres

DESCHÊNES, Dany et PAQUIN, Stéphane. *Introduction aux relations internationales : théories, pratiques et enjeux*. Montréal : Chenelière Éducation, 2009. ISBN 9782765018544 2765018545.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DES EXPORTATIONS. *Le nouvel espace économique du Québec* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 2007. Disponible à l'adresse : [http://www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/content/documents\\_soutien/apropos/strategies/espace\\_economique.pdf](http://www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/content/documents_soutien/apropos/strategies/espace_economique.pdf).

NOSSAL, Kim Richard, ROUSSEL, Stéphane et PAQUIN, Stéphane. *Politique internationale et défense au Canada et au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2007. ISBN 9782760620865 2760620867.

PAQUIN, Stéphane. *Paradiplomatie et relations internationales : théorie des stratégies internationales des régions face à la mondialisation*. Peter Lang Pub Inc., 2004.

PAQUIN, Stéphane. *Les relations internationales du Québec depuis la doctrine Gérin-Lajoie (1965-2005) : le prolongement externe des compétences internes*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 2006. ISBN 2763783759 9782763783758.

PAQUIN, Stéphane et BEAUDOIN, Louise. *Pourquoi la Francophonie?* Montréal : VLB, 2008. ISBN 9782896490455 2896490450.

PAQUIN, Stéphane, BEAUDOIN, Louise. *Histoire des relations internationales du Québec*. Montréal : VLB, 2006. ISBN 9782890059597 2890059596.

## Santé et services sociaux

### Articles de colloque

AUDET, Michel, Université Laval. Département des relations industrielles et Congrès des relations industrielles de

l'Université Laval. « Les Défis de la rémunération ». Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 1992. ISBN 9782763773131.

## Articles de journaux et de magazines

[ANONYME]. « AMQ: 5 milliards “mal dépensés” dans le système de santé ». *La Presse* [en ligne]. avril 2013. [Consulté le 9 avril 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201304/09/01-4639048-amq-5-milliards-mal-depenses-dans-le-systeme-de-san-te.php?utm\\_categorieinterne=traffidriviers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_BO2\\_quebec\\_canada\\_178\\_accueil\\_POS\\_4](http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201304/09/01-4639048-amq-5-milliards-mal-depenses-dans-le-systeme-de-san-te.php?utm_categorieinterne=traffidriviers&utm_contenuinterne=cyberpresse_BO2_quebec_canada_178_accueil_POS_4)

[ANONYME]. Collège des médecins: le Dr Yves Lamontagne tire sa révérence. *La Presse* [en ligne]. 4 octobre 2010. [Consulté le 24 avril 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201010/04/01-4329227-college-des-medecins-le-dr-yves-lamontagne-tire-sa-reverence.php>

[ANONYME]. « La FMOQ veut améliorer l'accès aux soins de première ligne ». *Radio-Canada* [en ligne]. 29 octobre 2013. Disponible à l'adresse : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2013/10/29/001-fmoq-recommandations-soins-premiere-ligne.shtml>

[ANONYME]. L'«e» réseau de la santé du Québec souffre d'un problème d'imputabilité ». *Le Téléjournal de Radio-Canada* [en ligne]. 2011. Disponible à l'adresse : <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/849332096?accountid=13835>

[ANONYME]. « Toujours plus de médecins au Québec ». *La Presse* [en ligne]. 15 novembre 2012. [Consulté le 16 novembre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201211/15/01-4594337-toujours-plus-de-medecins-au-quebec.php>

BARRETTE, Gaétan. « Élections au CMQ : L'importance de la participation ». *Le Spécialiste*. décembre 2010. Vol. 12, n° 4, pp. 7.

BARRETTE, Gaétan. « Orgueil, désinformation et farine ». *Le Spécialiste*. mars 2011. Vol. 13, n° 1, p. 7.

BARRETTE, Gaétan. « Des cycles et des hommes ». *Le Spécialiste*. mars 2013. Vol. 15, n° 1, p. 7.

BEAULIEU, Carole. « Docteurs: “Last call!” », *L'Actualité* [en ligne]. 5 février 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.lactualite.com/societe/editorial-de-carole-beaulieu/docteurs-last-call/>

BELLAVANCE, Sylvain. « Prélude à la négo. Prise 2 : Le pouvoir médical ». *Le Spécialiste*. mars 2010. Vol. 12, n° 1, pp. 8-9.

BOISVERT, Yves. « Le ras-le-bol du Dr Charles Bernard ». *La Presse* [en ligne]. 14 février 2013. [Consulté le 18 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/yves-boisvert/201302/14/01-4621504-le-ras-le-bol-du-dr-charles-bernard.php>

BROUSSELLE, Astrid, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et CONTANDRIOPOULOS, Damien. « Pour un système de qualité pour tous (manifeste des 59) ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, février 2012. [Consulté le 18 février 2013].

- té le 3 octobre 2012]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/343616/pour-un-systeme-de-sante-de-qualite-pour-tous>
- DAOUST-BOISVERT, Amé. « Nouveaux pouvoirs aux pharmaciens - Québec est allé trop loin, dénoncent les omnipraticiens ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, février 2013. [Consulté le 18 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/370427/quebec-est-alle-trop-loin-denoncent-les-omnipraticiens>
- DAOUST-BOISVERT, Amélie. « Québec va serrer la vis aux GMF ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, février 2013. [Consulté le 18 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/370902/quebec-va-serrer-la-vis-aux-gmf>
- DAVID, Frédérique. « Devrait-on créer une seule fédération de médecins au Québec? » *Actualité Médicale*. 2011. Vol. 32, n° 7, p. 20.
- DONGOIS, Michel. « Entrevue avec le Dr Yves Lamontagne ». *L'Actualité* [en ligne]. février 2013. Disponible à l'adresse : <http://velo.lactualite.com/entrevue-avec-le-dr-yves-lamontagne>.
- DUTRISAC, Robert. « Legault annonce une petite révolution - Les médecins sont prêts à se battre ». *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 26 juillet 2002. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/non-classe/6037/legault-annonce-une-petite-revolution-les-medecins-sont-pret-a-se-battre>.
- GENEST, Jacques. « Commentaire sur le «colmatage» du système de santé au Québec ». *Actualité Médicale*. 2007. Vol. 28, n° 29, pp. 24-25.
- GODIN, Louis. « Prescriptions, diagnostic et éthique ». *Le Médecin du Québec*. février 2013. Vol. 48, n° 2.
- GODIN, Louis. « L'interprofessionalisme ». *Le Médecin du Québec*. 5 mai 2013. Vol. 48, n° 13, p. 1.
- HÉBERT, Anne. « Le système de santé et des services sociaux du Québec, une histoire récente et tourmentée: 1921-2006 ». *Actualité Médicale*. 2009. Vol. 30, n° 11, p. 35.
- LAMONTAGNE, Yves. « Le frère André comme ministre de la Santé... » *Le Devoir* [en ligne]. Montréal, 12 mars 2010. Disponible à l'adresse : <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/284773/libre-opinion-le-frere-andre-comme-ministre-de-la-sante>.
- PROMÉTHÉAS CONSTANTINIDES et TURCOTTE, Simon. « Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec ». *Actualité Médicale*. 2006. Vol. 27, n° 6, p. 25.
- SOUMIS, Laurent. « Ordonnances pour le succès ou le nouveau rôle des pharmaciens ». *Magazine Forces* [en ligne]. Printemps 2011. N° 165. [Consulté le 16 février 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.magazineforces.com/quebec/ordonnances-pour-le-succes-ou-le-nouveau-role-des-pharmaciens>
- TRUDEL, Jonathan. « Le Québec a 10 ans de retard ». *L'Actualité* [en ligne]. 18 février 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.lactualite.com/societe/sante/le-quebec-a-10-ans-de-retard/>
- TRUDEL, Jonathan. « Pas de médecin? Essayez les super-infirmières!» *L'Actualité* [en ligne]. 18 février 2013. Disponible à l'adresse :
- <http://www.lactualite.com/societe/sante/pas-de-medecin-essayez-les-super-infirmieres/>
- Article de revues**
- BEAUSOLEIL, Gilles. « État Protecteur et financement des services de santé et des services sociaux ». *Sciences sociales et santé*. 1989. p. 95-112.
- BÉGIN, Clermont. « La voie sinueuse de la décentralisation du système de santé et de services sociaux au Québec ». *Sciences sociales et santé*. 1989. p. 139-166.
- BERNIER, Jacques. « Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921. Quelques données statistiques ». *Recherches sociographiques*. 1979. Vol. 20, n° 1, p. 41. DOI 10.7202/055821ar.
- BERNIER, Jacques. « Vers un nouvel ordre médical : les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec ». *Recherches sociographiques*. 1981. Vol. 22, n° 3, p. 307. DOI 10.7202/055947ar.
- BERNIER, Jacques. « La standardisation des études médicales et la consolidation de la profession dans la deuxième moitié du XIX siècle ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 1983. Vol. 37, n° 1, p. 51. DOI 10.7202/304124ar.
- BOGAERT, Henri et BAINS, Mandeep. « Vieillesse de la population et dépenses publiques de soins de santé et de soins aux personnes âgées ». *Reflète et perspectives de la vie économique*. 2003. Vol. XLII, n° 1, p. 5. DOI 10.3917/rpve.421.0005.
- BRUNET, Paul G., MAGNIER, Anne-Marie, CHICOINE, Jean-Pierre et GRIGNON, Michel. « Quels outils pour concilier maîtrise des dépenses et qualité? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 111-123.
- BUNGENER, Martine. « Quelles attentes et quels progrès en santé? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 15-18.
- BUSSIÈRE, J. et PARENT, Marc. « Histoire de la Spécialisation en Santé au Québec—1re Partie ». *Pharmactuel*. 2004. Vol. 37, n° 1, pp. 39-50.
- CHAMPAGNE, François, TESSIER, Geneviève, LEMAY, Anne et CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « Modalités de financement et contrôle des coûts du système de soins : l'exemple du Québec ». *Sciences sociales et santé*. 1989. pp. 113-137.
- CLERMONT BÉGIN et LAURENT PEISER. « La réforme des services de santé au Québec : quel avenir pour la profession médicale? » *Sciences sociales et santé*. 1993. Vol. 11, n° 1, pp. 113-143.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P., DIONNE, G. et TESSIER, G. « La mobilité des patients et les modèles de création de demande : le cas du Québec ». *L'Actualité économique*. 1983. Vol. 59, n° 4, p. 729. DOI 10.7202/601075ar.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? » *Gestion*. 2002. Vol. 273, n° 3, p. 142. DOI 10.3917/rges.273.0142.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « L'évolution des dépenses de santé est-elle insupportable? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 19-26.
- COULOMB, Alain, BÉLAND, François, PEN, Claude Le et CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « Le privé

- concilie mieux que le public performance économique et qualité ». *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 43-57.
- D'AMOUR, Danielle. « Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions ». *Ruptures*. 2001. Vol. 8, n° 1, pp. 136-145.
- D'AMOUR, Danielle, TREMBLAY, Dominique et PROULX, Michelle. « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical ». *Recherches sociographiques*. 2009. Vol. 50, n° 2, pp. 301-320.
- DEMERS, Louis et BÉGIN, Clermont. « Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé: deux cas de fusion ». *Recherches sociographiques*. Vol. 31, n° 3 (1990) [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.erudit.org/revue/rs/1990/v31/n3/056548ar.pdf>
- DESROSIERS, Gyslaine, TRUDEAU, Jean-Bernard, CANIARD, Étienne et SAOUT, Christian. « Seuls les médecins peuvent évaluer la qualité des soins ». *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 59-72.
- DUSSAULT, Gilles. « Les médecins du Québec (1940-1970) ». *Recherches sociographiques*. 1975. Vol. 16, n° 1, p. 69. DOI 10.7202/055675ar.
- FABIENNE PAPIN. « L'établissement médical sabote l'accessibilité aux soins de santé ». *Actualité Médicale*. 2011. Vol. 32, n° 8, p. 67.
- FRANCOEUR, Danièle, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, ROCHAIX, Lise et BLUM-BOISGARD, Claudine. « Nouvelles formes de tarification: quels effets sur la qualité et l'efficacité ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 79-82.
- GARON, André, SAUCIER, Alain, MINVIELLE, Étienne et POLTON, Dominique. « Classements d'établissements: pour quoi faire et comment ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 83-85.
- GODBOUT, Jacques T. « Donner son avis - La participation et la commission Rochon ». *Sciences sociales et santé*. 1989. pp. 39-48.
- HÉBERT, Réjean et PRÉMONT, Marie-Claude. « Les coopératives de santé: un apport ou une menace au système de santé québécois? » *Le point en administration de la santé et des services sociaux*. 2010. Vol. 6, n° 2, pp. 42-44.
- HUDON, Raymond, MARTIN, Élisabeth et PERREAULT, Maxime. « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure ». *Recherches sociographiques*. 2009. Vol. 50, n° 2, p. 321.
- HUDON, Raymond, MATHIEU, Rachel et MARTIN, Élisabeth. « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 ». *Recherches sociographiques*. 2009. Vol. 50, n° 2, p. 255.
- JULIEN, Gilles, SAOUT, Christian, BEAUDET, Alain et PALIER, Bruno. « Dépenses de santé: contraintes économiques ou choix de société? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 135-141.
- LAMBERT, Manon, LEMAY, Anne, BOURGUEIL, Yann et BRODIN, Marc. « Pratiques de soins et de gestion: comment améliorer la qualité et l'efficacité ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 87-90.
- LAVALLÉE, Diane, HIRSCH, Martin, DENIS, Jean-Louis et DERVAUX, Benoît. « Performance des systèmes de santé: au risque d'inégalités ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 125-133.
- LESAGE, Alain, MOATTI, Jean-Paul, KERGOAT, Marie-Jeanne et HENRARD, Jean-Claude. « Maladies chroniques: quelle dépense pour quelle qualité de vie des malades ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 95-98.
- LESEMANN, Frédéric et LAMOUREUX, Jocelyne. « L'interface entre les services sociaux publics et les ressources communautaires au Québec ». *Sciences sociales et santé*. 1989. pp. 49-67.
- LETOURMY, Alain, POMEY, Marie-Pascale, NAIDITCH, Michel et NEILL, Ghyslaine. « Information, expression et pouvoirs des usagers: pour quelle qualité ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 91-93.
- MICHEL, Philippe, PINEAULT, Raynald, LOMBRIL, Pierre et KERVASDOUÉ, Jean de. « La maîtrise des dépenses imposée au système de santé se fait au détriment de la qualité des services rendus ». *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 31-41.
- MICHEL DONGOIS. « La répartition des médecins au Québec: « un échec institutionnel ». *Actualité Médicale*. 2012. Vol. 33, n° 4, p. 31.
- PICHÉ, Jacques. « Eco-Santé Québec: bientôt une base de données sur le système de santé québécois ». *Santé, Société et Solidarité*. 2002. p. 102.
- POUVOURVILLE, Gérard de, HAMEY, Pavel, LANCRY, Pierre-Jean et IGLESIAS, Juan Roberto. « Nouvelles technologies: croissance des coûts, amélioration de la qualité ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2007. pp. 99-101.
- PRÉMONT, Marie-Claude. « Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics ». *Vie économique*. septembre 2011. Vol. 3, n° 1, p. 14.
- RENAUD, Marc. « Le Québec en débat: enjeux et perspectives dans le domaine socio-sanitaire ». *Sciences sociales et santé*. 1989. pp. 11-38.

## Documents divers

[ANONYME]. Pourcentage de séjours excessifs et séjour moyen (durée) sur civière à l'urgence. Eco-Santé Québec, 2012.

[ANONYME]. Réseau de services intégrés. Ses principes, concepts et composantes. Sherbrooke, Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Direction de la santé publique et de l'évaluation), 2001.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *La FMOQ lance une nouvelle campagne publicitaire pour rappeler l'urgence d'investir en médecine familiale* [en ligne]. Communiqué. 19 avril 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.fmoq.org/fr/press/news/news/2011/Lists/Billets/Post.aspx?ID=4>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus d'élaboration des Plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM)* [en ligne]. Québec, Disponible à l'adresse : <http://eth82.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecin/prem/download.php?f=ddb64f5db22d0c7f47f849b6275c79e>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « À propos des systèmes de santé ». *Site de l'OMS* [en ligne]. 2013.

[Consulté le 5 novembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr>

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. Ententes particulières. Dans : *Manuel des omnipraticiens : brochure no 1* [en ligne]. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2013. pp. 1218. [Consulté le 8 novembre 2013]. ISBN 9782550480792 2550480791. Disponible à l'adresse : [http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/pr ofessionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/007\\_enten\\_particu\\_entente\\_omni.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/pr ofessionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/007_enten_particu_entente_omni.pdf)

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. « Tableau SM.02, Services médicaux », Québec, 2007-2011. 2012.

## Enregistrements vidéo

DUBÉ, Isabelle. *Le débat des docteurs : quatre visions s'affrontent*. [en ligne]. Montréal : La Presse, 14 août 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/2012/02/01-4499787-101-questions-avec-le-dr-gaetan-barrette.php>

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Diagnostic : un documentaire-choc sur la médecine familiale au Québec* [en ligne]. 10 mai 2010. [Consulté le 12 décembre 2012]. Disponible à l'adresse : [http://www.youtube.com/watch?v=Sn-tus8K1-0&feature=youtuve\\_gdata\\_player](http://www.youtube.com/watch?v=Sn-tus8K1-0&feature=youtuve_gdata_player)

## Études, mémoires et autres rapports

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. *P1302-3-F: Nouvelles approches à l'intégration des soins de santé* [en ligne]. 2013. Disponible à l'adresse : [http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource\\_files/perspective/2013/02/pdf/com\\_p1302\\_3-f.pdf](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/perspective/2013/02/pdf/com_p1302_3-f.pdf).

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC. *Optimisation de la pratique clinique : mieux choisir*. 2013.

CASTONGUAY, Claude. *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*. Rapport final du Groupe de travail sur le financement du système de santé [en ligne]. Québec : Ministère des Finances, 2008. Disponible à l'adresse : [http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR\\_FinancementSante.pdf](http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf)

DION, Sylvain. *Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne* [en ligne]. FMOQ - Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2013. Disponible à l'adresse : [http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Pr esse/Dossiers/2013-10-29\\_accessibilite/Rapport\\_accessibilite\\_.pdf](http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Pr esse/Dossiers/2013-10-29_accessibilite/Rapport_accessibilite_.pdf).

DUBE, Diego. *Mode de rémunération et comportement des médecins : Une expérience naturelle appliquée au Québec*. MR09578. Québec : Université Laval, 2005.

ÉCHAVÉ, Vincent et al. *Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec* [en ligne]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009. [Consulté le 1 mai 2013]. Disponible à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-910-01.pdf>

GIRARD, Chantal (dir.) et al. *Le bilan démographique du Québec (édition 2012)* [en ligne]. Québec : Ministère des Finances et de l'Économie (Institut de la statistique du Québec), 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2012/bilan2012.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Québec : Publications du Québec, 2012.

VADEBONCOEUR, Alain et al. *Pas de frais pour les patients. Parce que payer de sa santé n'a rien d'accessoire*. Montréal : Médecins québécois pour le régime public, 2013.

## Livres et chapitres de livres

ASSELIN, Marc-André. *De praticiens à spécialistes en médecine de famille. 1963-2013: Histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. Montréal : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2013. ISBN 978-2-921361-52-1.

BÉGIN, Clermont. *Le système de santé québécois un modèle en transformation* [en ligne]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1999. [Consulté le 14 février 2013]. ISBN 2760617335 9782760617339. Disponible à l'adresse : <http://site.ebrary.com/id/10176874>

BERNIER, Jacques. *La médecine au Québec : naissance et évolution d'une profession*. Québec : Presses de l'Université Laval, 1989. ISBN 2763771548.

BERNIER, Luc, LACHAPPELLE, Guy et PAQUIN, Stéphane. *L'analyse des politiques publiques*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2010. ISBN 9782760622265 2760622266.

CASTONGUAY, Claude. *Santé : l'heure des choix*. Montréal : Boréal, 2012. ISBN 9782764622032.

CASTONGUAY, Claude et NEPVEU, Gérard. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Québec : Publications du Québec, 1967.

COBURN, David, D'ARCY, Carl et TORRANCE, George Murray. *Health and Canadian society: Sociological perspectives*. Toronto : University of Toronto Press, 1998. ISBN 0802080529.

DEMERS, Marie, HAMEL, Katherine et CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (QUÉBEC). *Défi efficacité du système de santé stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances : perspectives STS*. Québec : Conseil de la science et de la technologie, 2007. ISBN 9782550512868.

DESHARNAIS, Gaétane. *La professionnalisation : entre la protection du public et l'intérêt des professionnels*. Cowansville, Québec : Éditions Y. Blais, 2008. ISBN 9782896352777 2896352775.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC et ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables* [en ligne]. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2005. [Consulté le 18 février 2013]. ISBN 2892293588 9782892293586. Disponible à l'adresse : [http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/OIIQ\\_FMOQ.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/OIIQ_FMOQ.pdf)

- GAUMER, Benoît. *Le système de santé et des services sociaux du Québec une histoire récente et tourmentée, 1921-2006* [en ligne]. Sainte-Foy (Québec) : Les Presses de l'Université Laval, 2008. [Consulté le 14 février 2013]. ISBN 9781435695115 1435695119. Disponible à l'adresse : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=254523>
- GAUMER, Benoît. *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 2008. ISBN 9782763787848.
- GOULET, Denis. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec : chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal : VLB, 1992. ISBN 2890054748.
- GOULET, Denis. *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*. Montréal : Collège des médecins du Québec, 1997. ISBN 292054800X 9782920548008.
- LAMONTAGNE, Yves. *Et si le système de santé vous appartenait?* Montréal : Québec Amérique, 2006. ISBN 2764404867 9782764404867.
- LAMONTAGNE, Renée et PRÉMONT, Marie-Claude. « Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec : au coeur des enjeux de l'administration publique ». Dans : MICHAUD, Nelson (éd.). *Secrets d'États ? : les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 2011. pp. 529-558.
- LEMIEUX, Vincent. *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université Laval, 2003. ISBN 2763778062 9782763778068.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une image chiffrée*. Québec : Publications du Québec, 2001. ISBN 2550380908 9782550380900.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système de santé et de services sociaux au Québec : en bref*. Québec : Publications du Québec, 2008. ISBN 9782550516699 2550516699.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Comptes de la santé : 2010-2011 à 2012-2013*. Québec : Publications du Québec, 2013.
- PINEAULT, Raynald. *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2012. ISBN 9782760631267 2760631265.
- PRÉMONT, Marie-Claude. « Les soins de santé a mari usque ad mare : les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé ». Dans : BERNIER, Robert (éd.). *L'espace canadien : mythes et réalités, une perspective québécoise*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2010. pp. 139-166.
- PRÉMONT, Marie-Claude. « L'accès aux soins de santé et les droits économiques et sociaux : un face à face périlleux ». Dans : BOSSET, Pierre et LAMARCHE, Lucie (éd.). *Droit de cité pour les droits économiques, sociaux et culturels : la Charte québécoise en chantier*. Cowansville : Yvon Blais, 2011. pp. 235-271.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Manuel des omnipraticiens: brochure no 2* [en ligne]. Mise à jour 45. Québec : Publications du Québec, 2012 [Consulté le 28 février 2013]. ISBN 9782551125364 2551125367. Disponible à l'adresse : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/35774>
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion (2012-2013)* [en ligne]. Québec : Publications du Québec, 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/ci-toyens/fr/rapports/rappann1213-fr.pdf>
- ROCHON, Jean. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Editeur officiel du Québec, 1988. ISBN 2551084156 9782551084159.
- VADEBONCOEUR, Alain. *Privé de soins : contre la régression tranquille en santé*. Lux Éditeur, 2012. ISBN 9782895961444.

## Système professionnel, sociologie des professions et accès à l'information

### Articles de colloques et présentations publiques

GARIÉPY, André. « Fierté et envie: les péchés véniels de l'autoréglementation (conférence de clôture) ». *Congrès canadien de la réglementation*. Toronto. 4 novembre 2011.

GARIÉPY, André. « Change in Oversight of Self-Regulated Professions ». *Third International Congress on Professional and Occupational Regulation*. Édimbourg. 27 juin 2013.

LAUNOIS, Robert. « La théorie de la bureaucratie à l'hôpital ». Dans : *Les colloques de l'INSERM - Conceptions, mesures et actions en santé publique* [en ligne]. Paris : INSERM, pp. 625-652. Disponible à l'adresse : [http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2424\\_Theorie\\_de\\_la\\_bureaucratie\\_hopital-2.pdf](http://www.rees-france.com/IMG/pdf/ART-2424_Theorie_de_la_bureaucratie_hopital-2.pdf)

MACDONELL, Rod. « Quand la protection de la vie privée sert de prétexte pour cacher des informations d'intérêt public ». Dans : *Droit du public à l'information et vie privée: deux droits irréconciliables?* Montréal : Les éditions thémis, et 10 mai 1991. pp. 137-141.

### Article de journal

DEGLISE, Fabien. « Trente ans et déjà vieille. La Loi sur l'accès à l'information a besoin d'une réforme en profondeur, selon son rédacteur, l'avocat Jules Brière ». *Le Devoir*. Montréal, 3 décembre 2012. p. 8.

### Articles de revues

BELLEY, Jean-Guy. « La notion de protection du public dans la réforme du droit professionnel québécois : une analyse socio-politique ». *Les Cahiers de droit*. 1980. Vol. 21, n° 3-4, p. 673. DOI 10.7202/042408ar.

BOUCHARD, Gérard. « Naissance d'une élite : les médecins dans la société saguenayenne (1850-1940) ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 1996. Vol. 49, n° 4, p. 521. DOI 10.7202/305463ar.

- CHARLES, Aline, GUÉRARD, François et ROUSSEAU, Yvan. « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec (1939-1960) ». *Études d'histoire religieuse*. 2003. Vol. 69, p. 29. DOI 10.7202/1006701ar.
- COGNET, Marguerite. « Les enjeux de territoires et d'identités dans le travail des auxiliaires familiaux et sociaux des centres locaux de services communautaires du Québec ». *Sciences sociales et santé*. 2002. Vol. 20, n° 3, pp. 37-64. DOI 10.3406/sosan.2002.1559.
- COUTURE, Denise. « La réforme du droit professionnel au Québec : le cas de la corporation professionnelle des médecins ». *Sociologie et sociétés*. 1986. Vol. 18, n° 1, p. 97. DOI 10.7202/001151ar.
- COUTURE, Denise. « Les transformations du corps médical québécois, 1960-1980 : adaptation d'un monopole professionnel à la domination légale-rationnelle? » *Politique*. 1987. N° 12, p. 37. DOI 10.7202/040567ar.
- DARBON, Sébastien et DODIER, Nicolas. « La profession médicale ». *Sciences sociales et santé*. 1985. Vol. 3, n° 1, pp. 129-143.
- DUSSAULT, Gilles. « Les corporations professionnelles face au changement ». *Relations industrielles*. 1978. Vol. 33, n° 1, p. 133. DOI 10.7202/028848ar.
- GROSJEAN, Sylvie et BONNEVILLE, Luc. « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé ». *Revue française de gestion*. 17 avril 2007. Vol. 33, n° 172, pp. 145-157. DOI 10.3166/rfg.172.145-157.
- HALL, Peter A. et TAYLOR, Rosemary C. R. « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». *Revue française de science politique*. 1997. Vol. 47, n° 3, pp. 469-496. DOI 10.3406/rfsp.1997.395192. 14.
- LANGLOIS, Simon. « La grande mutation des professions au Québec, 1971-2006 ». *Les Cahiers des dix*. 2011. N° 65, p. 283. DOI 10.7202/1007779ar.
- LEMIEUX, Vincent. « L'anthropologie politique et l'étude des relations de pouvoir ». *L'Homme*. 1967. Vol. 7, n° 4, pp. 25-49. DOI 10.3406/hom.1967.366918.
- LEMIEUX, Vincent. « Administrations et publics : leur problème de communication ». *Recherches sociographiques*. 1975. Vol. 16, n° 3, pp. 299-305. DOI 10.7202/055698ar.
- LEMIEUX, Vincent. « La Révolution tranquille : du patronage au réglage ». *Recherches sociographiques*. 1982. Vol. 23, n° 3, p. 335. DOI 10.7202/055990ar.
- LEMIEUX, Vincent. « Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales ». *Service social*. 1989. Vol. 38, n° 2-3, p. 179. DOI 10.7202/706437ar.
- PARADIS, André. « Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodes médicales (1826-1899) ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 1989. Vol. 43, n° 1, p. 63. DOI 10.7202/304766ar.
- COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION. « Notre histoire ». *Site de la CAI* [en ligne]. 2013. [Consulté le 1 novembre 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.cai.gouv.qc.ca/a-propos/notre-histoire/>
- OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Organigramme du système professionnel ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. 2014. Disponible à l'adresse : [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Organigramme%20%201%201.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Organigramme%20%201%201.pdf).
- OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Me André Gariépy. Commissaire aux plaintes, reconnaissance des compétences professionnelles ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. 2010. [Consulté le 15 juin 2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Professionnels\\_formes\\_hors\\_du\\_Quebec/CPRC-A.GariépyRelBio10-08-02.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Professionnels_formes_hors_du_Quebec/CPRC-A.GariépyRelBio10-08-02.pdf).
- OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. « Organisation administrative de l'Office ». *Site de l'OPQ* [en ligne]. 2013. [Consulté le 24 juillet 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.opq.gouv.qc.ca/office-des-professions-du-quebec/>

## Études, mémoires et autres rapports

- BRETON, Denys. *Étude sur la raison d'échec ou de succès lors de la fusion de deux centres hospitaliers: le cas du centre hospitalier régional de la Beauce* [en ligne]. Mémoire. Chicoutimi : Université du Québec, 1993. Disponible à l'adresse : <http://constellation.uqac.ca/1294/1/1490942.pdf>.
- FÉDÉRATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES DU QUÉBEC. *Mémoire de la Fédération professionnelle des journalistes du Québec sur la révision quinquennale de la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels du Québec. Vers un gouvernement ouvert* [en ligne]. 30 mars 2012. Québec. Disponible à l'adresse : [http://fpjq.org/fileadmin/FPJQ/pdf/12\\_Memoire\\_Acces\\_final.pdf](http://fpjq.org/fileadmin/FPJQ/pdf/12_Memoire_Acces_final.pdf).
- SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Mémoire* [en ligne]. 1 septembre 2005. Québec. Disponible à l'adresse : <http://www.scfp.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=1863>.
- SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Technologies et vie privée à l'heure des choix de société* [en ligne]. 28 mars 2013. Québec. Disponible à l'adresse : <http://www.scfp.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=19866>.
- SCOTT, Sheridan. *Les professions autoréglées atteindre l'équilibre entre la concurrence et la réglementation*. Ottawa : Industrie Canada (Bureau de la concurrence du Canada), 2007.
- VALLANCE-JONES, Fred. *Enquête nationale sur l'accès à l'information 2011* [en ligne]. 2011. Disponible à l'adresse : <http://www.journauxcanadiens.ca/sites/default/files/Enquete%20nationale%20sur%20l'acc%C3%A8s%20%C3%A0%20l'information%202011.pdf>
- VALLANCE-JONES, Fred. *Enquête nationale sur l'accès à l'information 2012* [en ligne]. 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.journauxcanadiens.ca/sites/default/files/2012%20Enquete%20nationale%20sur%20l'acc%C3%A8s%20%C3%A0%20l'information.pdf>

## Documents divers

- BROUSSELLE, Astrid et CHAMPAGNE, François. *L'analyse stratégique, modèle d'analyse ou démarche théorique pour l'évaluation de l'implantation?*

## Livres et chapitres de livres

BERNOUX, Philippe. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1990. p. 120.

BERTHELET, Philippe. « Renseignements fournis à l'État et visés par une demande d'accès : le cas des tiers ». Dans : *Développements récents en droit de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels : les 30 ans de la Commission d'accès à l'information*. Cowansville : Éditions Yvon Blais, 2012.

BOURDIEU, Pierre. *La noblesse d'Etat: grandes écoles et esprit de corps*. Paris : Minuit, 1989. ISBN 2707312789 9782707312785.

CAIRE, Guy. « Taylorisme et relations professionnelles ». Dans : *Le taylorisme: actes du Colloque international sur le taylorisme organisé à l'Université de Paris-XIII (2-4 mai 1983)*. Paris : La Découverte, 1984. pp. 301-319. ISBN 2707114502 9782707114501.

CROZIER, Michel. *La Société bloquée*. Paris : Seuil, 1995. ISBN 2020256533 9782020256537.

DESREUMAUX, Alain. *Théorie des organisations*. 2e édition. Colombelles, France : Éditions EMS, management & société, 2005. ISBN 2847690492 9782847690491.

FACAL, Joseph. *Volonté politique et pouvoir médical: la naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*. Montréal, QC : Boréal, 2006. ISBN 2764604718.

MONTMOLLIN, Maurice de. « Actualité du taylorisme ». Dans : *Le taylorisme: actes du Colloque international sur le taylorisme organisé à l'Université de Paris-XIII (2-4 mai 1983)*. Paris : La Découverte, 1984. pp. 13-22. ISBN 2707114502 9782707114501.

PÉRODEAU, Guillaume Marcelle et CÔTÉ, Denyse. *Le virage ambulatoire: défis et enjeux*. Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec, 2002. Collection Problèmes sociaux & interventions sociales, 6. ISBN 2760511952.

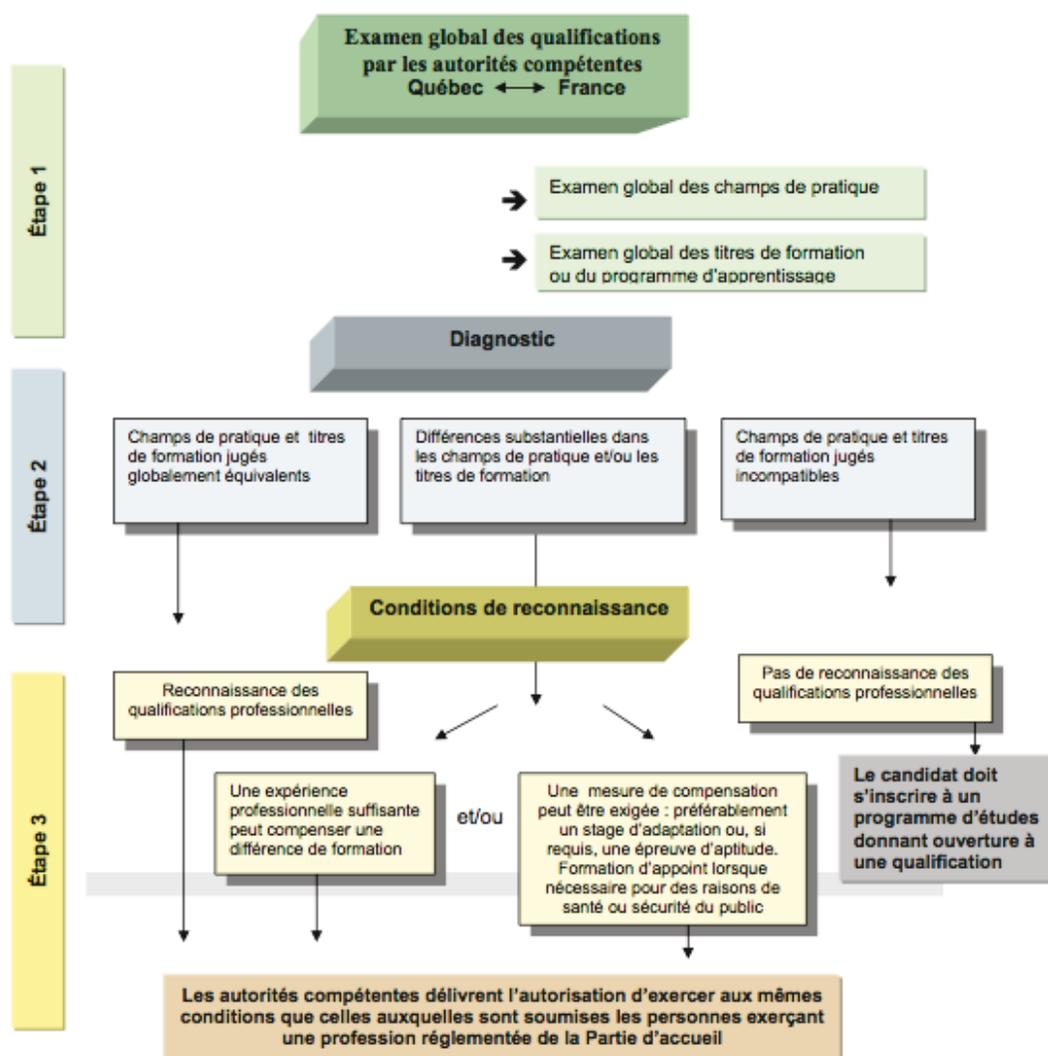
TAYLOR, Frederick W. « La direction scientifique du travail ». Paris : Dunod, 1971.



## Annexe 1 : Procédure commune aux fins de la reconnaissance des qualifications professionnelles

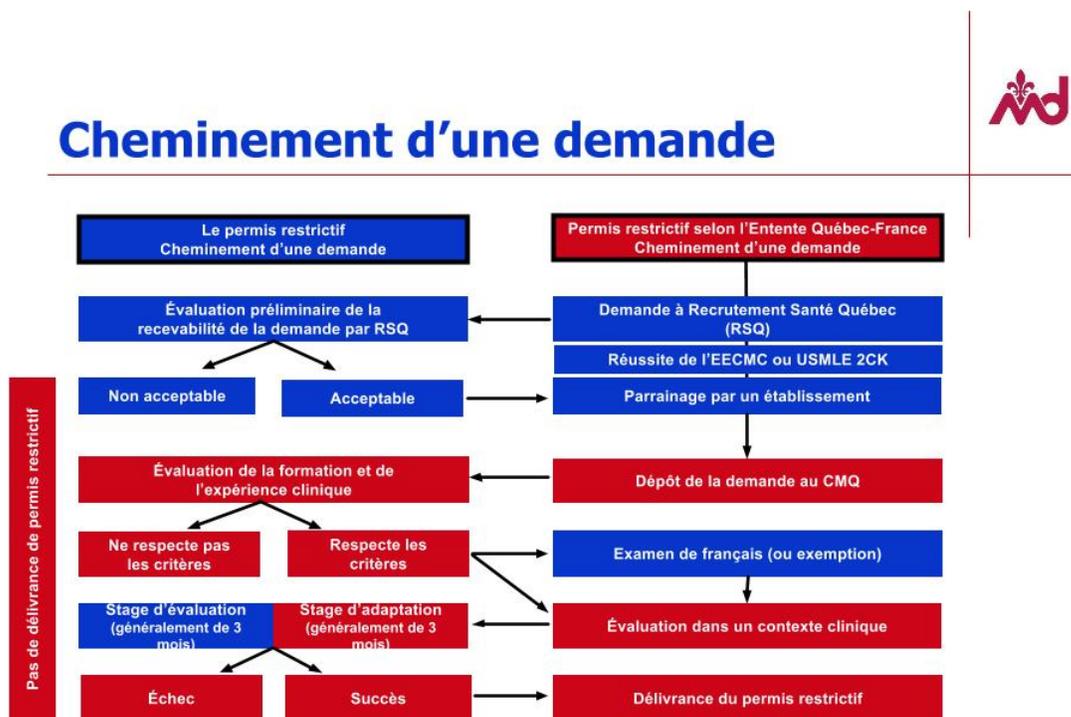
### Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles

#### Procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles (schéma)





## Annexe 2 : Cheminement d'une demande de permis restrictif



Direction des études médicales

Page \*

N.B. Les candidats désirant se prévaloir d'un permis restrictif de type ARM n'ont plus qu'à passer les étapes identifiées en rouge. Les autres doivent toujours passer chacune des étapes, en rouge et en bleu.

Source : Le Collège des médecins du Québec



## Annexe 3 : Accès à l'information (documents demandés et réponse)

DUMAS-MARTIN, Antoine  
Demande d'accès à l'information  
Lundi, le 25 mars 2013

### ANNEXE IDENTIFICATION DES DOCUMENTS DEMANDÉS

#### INFORMATIONS GÉNÉRALES

La présente demande s'inscrit dans le cadre de la rédaction d'un mémoire en études politiques appliquées à l'Université de Sherbrooke, sous la direction du Pr Mathieu Arès.

#### *Sujet de la recherche*

La recherche conduite a pour sujet l'étude de l'impact de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins sur la mobilité des omnipraticiens français vers le Québec.

#### *Objet de la demande*

Selon les statistiques relatives à l'admission de la profession qui sont disponibles pour les années 2010, 2011 et 2012, il semblerait que l'ARM ait facilité cette mobilité. Mais en est-il l'unique raison? Par exemple, quel rôle la conjoncture économique et politique européenne a-t-elle pu jouer dans ce solde migratoire? Par ailleurs, est-ce la qualité des candidatures soumises au comité d'admission à l'exercice qui a fluctué? Nous cherchons donc à saisir, voire à mesurer, l'impact de l'ARM dans cette augmentation observée.

Pour effectuer ce travail, nous devons disposer de données non compilées s'échelonnant du 1<sup>er</sup> avril 2000 et au 31 mars 2012. Les sections suivantes exposeront les critères de sélection des médecins faisant l'objet de la présente recherche et la nature des documents demandés.

#### CRITÈRES DE SÉLECTION

Cette demande vise à identifier les médecins étrangers admis, entre 2000 et 2012 selon les critères suivants :

- est détenteur d'un diplôme d'État de docteur en médecine délivré par une faculté établie et dispensant sa formation en France (M.D. – France);
- a complété dans un établissement universitaire français, une formation postdoctorale (résidence) en médecine générale en France (Résidence – France)
- est titulaire d'un titre de formation en médecine générale délivré par une université française (Qualité de généraliste – France);
- détient une preuve d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins en France en qualité de médecin généraliste ou spécialiste sans restriction ni limitation d'exercice, qu'elle découle d'une mesure administrative, d'un engagement volontaire ou d'une décision disciplinaire (Membre en règle de l'Ordre des médecins – France).

DUMAS-MARTIN, Antoine  
Demande d'accès à l'information  
Lundi, le 25 mars 2013

#### DOCUMENTS DEMANDÉS

Dans les sections « Admission » et « Général » du dossier professionnel des membres répondant aux critères précédemment énumérés, sont demandés tous les documents produits ou reçus entre le 1<sup>er</sup> avril 2000 et le 31 mars 2012 portant sur l'accès à la profession de ces membres. Ces documents peuvent être en outre :

- Décisions relatives à l'admission à l'exercice;
- Documents relatifs aux changements de statut du membre (première inscription au tableau du CMQ, départ à la retraite, retour à la pratique, etc.);
- Formulaire de Demande d'étude de dossier en vue de la délivrance d'un permis selon l'article 35 de la *Loi médicale* en vertu de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (entente Québec-France), ou tout autre formulaire de demande d'étude de dossier antérieur au 27 novembre 2009 déposé par le membre auprès du Collège des médecins du Québec;
- Permis d'exercice émis par le Conseil national de l'Ordre des médecins de France;
- Permis d'exercice émis par le Collège des médecins du Québec.

#### RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

En résumé, nous cherchons à évaluer dans quelle mesure l'ARM a pu favoriser l'accès à la profession pour les omnipraticiens répondant, entre le 1<sup>er</sup> avril 2000 et le 31 mars 2012, aux critères d'admissibilité établis par l'Arrangement, le 27 novembre 2009.

Cette demande d'accès à l'information a été rédigée à l'aide des renseignements contenus dans la rubrique « Obtenir un document détenu par le Collège » sur le site officiel du Collège des médecins du Québec.

Pour toute question relative à la présente demande, vous pouvez contacter en tout temps :

Antoine Dumas-Martin  
Bachelier en relations internationales  
Étudiant à la maîtrise en études politiques appliquées  
École de politique appliquée | Université de Sherbrooke



PERSONNEL  
CERTIFIÉ

Le 10 avril 2013

Monsieur Antoine Dumas-Martin

N/Réf :

**Objet : Votre demande d'accès à des renseignements personnels**

Monsieur,

En réponse à votre demande d'accès transmise le 26 mars 2013, visant à obtenir «tous les documents produits ou reçus entre le 1<sup>er</sup> avril 2000 et le 31 mars 2012 portant sur l'accès à la profession» visant à identifier les médecins étrangers admis entre 2000 et 2012 selon les critères de l'entente Québec-France, je suis au regret de ne pouvoir donner suite à votre demande.

Ces documents contiennent des renseignements personnels et nous invoquons les articles 53 et 59 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1), pour justifier notre refus; les renseignements personnels sont confidentiels et ne peuvent être divulgués sans le consentement de la personne concernée.

Conformément à l'article 125 de la *Loi sur l'accès*, vous pouvez écrire à la Commission d'accès à l'information pour obtenir l'autorisation de recevoir à des fins d'étude, de recherche ou de statistique, communication de renseignements personnels sous une forme nominative sans le consentement des personnes concernées.

En vertu de l'article 101 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1), vous pouvez vous adresser à la Commission d'accès à l'information et lui soumettre une demande de révision dans les trente (30) jours. Vous trouverez ci-joint une note explicative faisant état des règles à suivre pour exercer un tel recours.

Recevez..Monsieur, mes salutations distinguées.

Yves Robert, M.D.  
Responsable de l'accès à l'information  
et de la protection des renseignements personnels  
YR/hl

p.j. Avis de recours