

**DE :** Monsieur Christian Dubé  
Ministre de la Santé

Le 24 novembre 2022

Madame Pascale Déry  
Ministre de l'Enseignement supérieur

---

**TITRE :** Modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale 2023-2024

---

## **PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC**

---

### **1- Contexte**

Ce mémoire présente les modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale 2023-2024 (ci-après « modalités »). L'article 503 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) permet au gouvernement de déterminer chaque année le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les différents programmes de formation médicale postdoctorale. Le nombre total de postes d'entrée réguliers est tributaire des décisions gouvernementales prises antérieurement quant au nombre d'admissions autorisées dans les programmes de formation doctorale en médecine sachant que celui-ci dure de quatre à cinq ans selon la faculté et la provenance de l'étudiant (Cégep ou université).

Comme par les années passées, les membres de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec (ci-après « Table de concertation », dont les membres sont listés à la section 7 et à l'annexe 1) ont été consultés lors de l'élaboration des modalités. Les propositions de la Table de concertation sont présentées à la section 4.

### **2- Raison d'être de l'intervention**

Les besoins de la population québécoise en matière de services de santé sont en croissance, notamment en raison de l'accroissement et du vieillissement de la population, ainsi que la prévalence élevée des maladies chroniques. En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec, la population devrait passer de 8,5 millions d'habitants en 2020 à 9 millions d'habitants en 2030<sup>1</sup>. Cette croissance démographique se concentrera chez les 65 ans et plus. De plus, selon l'Institut national de santé publique du Québec, environ 20 % des adultes et 50 % des aînés vivent avec au moins deux maladies chroniques<sup>2</sup>.

Afin de maintenir un niveau adéquat d'accès aux services de santé, il est nécessaire de réaliser une planification judicieuse des effectifs médicaux. Dans ce contexte, la détermination du nombre de postes de résidents en médecine et leur répartition entre les

---

<sup>1</sup> Institut de la statistique du Québec (2020). Le bilan démographique du Québec. Québec, ISQ: 183.

<sup>2</sup> INSPQ (2019). La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ): 1-12.

spécialités sont des étapes importantes pour s'assurer de former suffisamment de médecins. Il est donc nécessaire de prévoir des besoins à moyen et à long terme considérant que les programmes de résidence s'échelonnent sur une période de deux à six ans. Parallèlement, la détermination du nombre de postes de résidents permet aussi de limiter le risque de chômage médical et de contrôler les coûts associés à la formation médicale. Une absence d'intervention gouvernementale risquerait de mener à une pénurie de médecins ou à des surplus dans certaines spécialités.

### **3- Objectifs poursuivis**

Les présentes modalités font partie d'une démarche gouvernementale de planification des effectifs médicaux qui vise à déployer une offre de services médicaux permettant de répondre aux besoins de la population québécoise.

Les objectifs des présentes modalités sont de :

- favoriser une répartition satisfaisante de l'effectif médical entre les médecins de famille et les médecins spécialistes installés au Québec au regard des besoins prioritaires;
- cibler des disciplines nécessitant un recrutement prioritaire, notamment la médecine de famille;
- permettre l'utilisation d'une partie des capacités d'accueil des facultés de médecine québécoises pour admettre des candidates et des candidats canadiens et étrangers, contribuant ainsi au rayonnement des universités hors de nos frontières, à l'émulation des étudiants et à la diffusion des connaissances scientifiques.

À terme, une telle démarche aura comme effet de répondre équitablement aux besoins de la population et d'éviter les pénuries de main-d'œuvre ou, à l'inverse, un surplus de médecins dans certaines spécialités, ce qui pourrait se traduire par un chômage médical ou des pratiques cliniques non pertinentes.

### **4- Proposition**

#### **Avis de la Table de concertation**

La Table de concertation a été consultée pour l'élaboration du projet de modalités. Dans son avis présenté à l'annexe 1, elle émet dix recommandations :

- établir à 954 le nombre de nouveaux postes en résidence en 2023-2024 pour le contingent régulier;
- établir le nombre de postes de résidence pour la médecine de famille à 524 et celui pour la médecine spécialisée à 430 dans le contingent régulier;

- maintenir en réserve dix postes de résidence en médecine de famille pour aider les facultés de médecine à permettre d'éventuels changements de programme et pour favoriser des admissions dans le contingent particulier en médecine de famille;
- établir la liste des priorités de recrutement en ciblant les programmes suivants pour un recrutement prioritaire : l'anesthésiologie, la biochimie médicale, la chirurgie cardiaque, la gastroentérologie, la gériatrie, l'immunologie clinique et allergie, la médecine de famille, la médecine interne et la médecine interne générale, la médecine physique et réadaptation, la microbiologie et maladies infectieuses, l'obstétrique et gynécologie, la pédiatrie, la pédopsychiatrie, la gérontopsychiatrie et la santé publique et médecine préventive. Retirer de la liste la chirurgie plastique;
- établir le nombre de postes d'entrée en résidence pour chacun des programmes à partir de critères déterminés;
- permettre la rémunération de résidents susceptibles de combler les besoins prioritaires de la société québécoise dans le contingent particulier;
- reconduire la recommandation autorisant un maximum de quatre postes d'entrée en résidence en médecine spécialisée pour des médecins qui s'engageront à pratiquer au Nouveau-Brunswick et un maximum de dix postes d'entrée en résidence pour des candidats sélectionnés par les Forces armées canadiennes;
- permettre les poursuites de formations en tenant compte des besoins de la population du Québec;
- utiliser les capacités d'accueil excédentaires des facultés de médecine du Québec pour l'admission de moniteurs;
- fixer en décembre 2022 l'adoption par le Conseil des ministres des modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale pour 2023-2024.

## **Solution proposée**

Il est proposé de retenir les ajustements aux modalités recommandés par les membres de la Table de concertation. Le projet de décret concernant la détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale pour 2023-2024 est joint au présent mémoire et le texte complet des modalités est joint au projet de décret.

### **4.1 Contingent régulier**

Le contingent régulier permet aux personnes diplômées d'une faculté de médecine québécoise d'obtenir un poste en résidence dans le respect des critères d'admissibilité des facultés de médecine du Québec. Les résidents du contingent régulier sont admis au moyen du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) et sont rémunérés par le Québec.

Ce contingent inclut également les personnes détentrices d'un diplôme de docteur en médecine émis par une faculté de médecine canadienne située hors du Québec ou Américaine (DHCEU).

De 2017 à 2021, seuls les DHCEU résidents du Québec comme défini aux fins des droits de scolarité dans le Règlement sur la définition de résident du Québec (chapitre I-13.3, r. 4) étaient admissibles au contingent régulier. Cependant l'application de cette restriction était complexe. Elle n'était pas applicable à plus d'une vingtaine de cas de figure. En effet, le critère de résident du Québec ne s'appliquait que pour les DHCEU et non pour les autres candidats au contingent régulier.

Depuis cette année (2022), l'orientation privilégiée est celle qui était applicable pour les années 2009 à 2016, période où l'ensemble des DHCEU étant considéré comme personne canadienne était admissible. Ce changement a contribué à l'admission de 11 DHCEU supplémentaires cette année.

Exceptionnellement, les résidents inscrits à l'Université de Sherbrooke qui effectuent leur résidence au Nouveau-Brunswick sont inclus dans le contingent régulier, même s'ils ne sont pas rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qu'ils ne sont pas détenteurs d'une carte de stage délivrée par le Collège des médecins du Québec.

#### 4.1.1 Détermination du nombre de postes

Le nombre de postes à offrir en résidence en 2023-2024 est calculé selon une estimation de 921 nouveaux diplômés en médecine du Québec. Il s'agit d'une augmentation de trois finissants par rapport à l'année 2022-2023. Elle n'est toutefois pas liée à l'augmentation d'admission au doctorat en médecine, dont l'effet sur les entrées en résidence commencera à se faire sentir durant l'année académique 2024-2025. Ce nombre de 921 est ensuite ajusté en fonction de différents paramètres, notamment les finissants du reste du Canada, les médecins DHCEU et les finissants des années antérieures susceptibles d'être admis. On tient également compte des finissants québécois susceptibles d'être admis dans une université d'une autre province et de l'attrition des finissants qui ne participent pas au jumelage, se retirent en cours de processus ou demeurent non jumelés à la fin du processus. Pour chacune des variables considérées, les valeurs des cinq dernières années sont prises en compte. Par la suite, une marge de manœuvre est accordée afin de s'assurer que l'ensemble des candidats répondant aux critères de qualité des facultés de médecine et souhaitant entreprendre leur résidence au Québec puissent le faire.

La marge de manœuvre est maintenue dans les mêmes paramètres que l'an dernier, soit à 5,5 %. Cette marge de manœuvre généreuse évite de devoir couper dans les postes affichés en médecine de famille et en spécialité. Cependant, cela explique en partie le nombre important de postes non comblés en fin d'exercice. Selon les résultats du jumelage de l'entrée en résidence en 2023-2024, une partie de l'importante hausse prévue du nombre de finissants estimé en 2024-2025 (+39, directement liée à l'augmentation des admissions en médecine en 2020) sera utilisée pour diminuer la marge de manœuvre. Cela devrait permettre de diminuer le nombre de postes non comblés et d'améliorer le ratio de postes comblés en médecine de famille.

#### 4.1.2 Répartition des postes entre la médecine de famille et les autres spécialités

Le nombre de postes en résidence autorisés en 2023-2024 pour la médecine de famille est de 524 (+4) et celui pour les autres spécialités est de 430 (+0). Il s'agit d'un ratio de répartition des postes de résidence de 54,9 % / 45,1 % entre les programmes de médecine de famille et ceux des autres spécialités. Le nombre de postes en médecine familiale correspond à la capacité maximale d'accueil des facultés de médecine en 2023-2024.

Chaque année, des résidents poursuivant une formation dans une des nombreuses spécialités médicales demandent un changement de programme vers la médecine de famille. Aussi, il est important de favoriser les admissions dans le contingent particulier en médecine de famille. Ces éléments sont pris en compte dans la détermination du nombre de postes à offrir et contribuent directement à l'atteinte de l'objectif de former 55 % de médecins de famille. Comme il est souhaitable que ces postes demeurent vacants une fois le processus d'admission en résidence complété pour permettre de répondre à ce type de demandes, comme l'an dernier, il est recommandé qu'ils ne soient plus affichés au moment du processus d'admission en résidence. Un nombre de dix places pour ces fins semble approprié, à la lumière de l'expérience des dernières années. Le nombre de postes offerts en médecine de famille en vue de l'admission en résidence en 2023 au CaRMS d'entrée en résidence en médecine familiale (R1) serait donc de 514 (524 moins 10).

En 2022-2023, le nombre de postes autorisés était de 520 pour la médecine de famille et de 430 pour les autres spécialités, soit un ratio de 54,7 % / 45,3 %. Ce sont 444 postes qui ont été comblés en médecine de famille dans le contingent régulier auxquels s'ajoutent trois places comblées dans le contingent particulier et trois places dans le contingent des Forces armées canadiennes. Il faut de plus souligner qu'une dizaine de places supplémentaires seront comblées par des changements de programme de spécialités autres vers la médecine de famille et pour favoriser des admissions dans le contingent particulier en médecine de famille. En médecine spécialisée, 427 sur 430 postes ont été comblés. Trois postes en médecine interne n'ont pas été comblés. La Table de concertation a discuté de la position adoptée en 2016, soit de viser un ratio 55 / 45 dans la répartition des postes entre la médecine de famille et la médecine spécialisée. Elle ne recommande pas d'augmenter le ratio de postes en médecine de famille au-delà de 55 % par rapport à la médecine spécialisée.

#### 4.1.3 Répartition des postes entre les différents programmes des autres spécialités que la médecine de famille

Le nombre de postes d'entrée en résidence de chacun des programmes des autres spécialités que la médecine de famille a été calculé à l'aide d'un modèle de projection des attritions de médecins, des arrivées de nouveaux médecins, des postes vacants aux Plans d'effectifs médicaux (PEM), des demandes de postes par les établissements de santé et de services sociaux et des besoins croissants de la population. Pour la chirurgie cardiaque et la psychiatrie, les recommandations tiennent compte d'une analyse plus poussée de l'activité médicale en fonction de la croissance, de l'âge et du sexe de l'effectif médical et de l'évaluation des services non rendus validée avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). De plus, la répartition des postes tient compte des priorités ministérielles, des capacités d'accueil des programmes et de la réalité particulière de certaines spécialités. Par ailleurs, aucune diminution de postes n'est proposée dans les spécialités ciblées par des ententes de couverture régionale négociées avec la FMSQ.

Le nombre de postes d'entrée pour chacun des programmes est présenté au tableau 2 des modalités jointes au projet de décret.

#### **4.2 Contingent particulier**

Ce sont 46 postes qui sont autorisés dans ce contingent en 2023-2024, et ce, dans les programmes ciblés des priorités de recrutement prévues, dont 23 postes en médecine de famille et un maximum de 23 postes en médecine spécialisée, incluant un maximum de quatre postes dans des programmes non prioritaires.

#### **4.3 Reconduction de la décision de permettre l'ajout d'un contingent en médecine spécialisée pour le Nouveau-Brunswick**

Les dispositions des modalités précédentes sont maintenues afin de répondre aux besoins spécifiques de formation en médecine spécialisée du Nouveau-Brunswick. Le ministère de l'Enseignement supérieur (MES) a conclu une entente soutenant la formation de médecins à raison de quatre postes offerts à des médecins qui s'engageront à pratiquer au Nouveau-Brunswick. Les disciplines ciblées seront déterminées à l'aide d'une liste fournie par le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. La préparation et l'application du contrat seront sous la responsabilité du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

#### **4.4 Contingent pour les membres des Forces armées canadiennes**

Les dispositions des modalités précédentes sont maintenues pour les membres des Forces armées canadiennes.

#### **4.5 Poursuites de formation**

Les poursuites de formations répondent à des besoins de santé précis, ainsi qu'à des besoins de recherche et d'enseignement, notamment en milieu universitaire. Ces postes comprennent les formations surspécialisées et d'autres types de formations avancées ou prolongées, en plus des postes de formations complémentaires (stage postdoctoral de formation complémentaire).

Des quotas spécifiques sont établis par programme et par groupe de formation et sont présentés aux tableaux 3 et 4 des modalités jointes au projet de décret. Une augmentation de sept postes est prévue pour des poursuites de formations dans des programmes de formation avancée de la médecine de famille, soit deux postes de plus en médecine des toxicomanies pour un total de quatre postes et cinq postes de plus en médecine d'urgence pour un total de 35. Des modifications dans les secondes formations en médecine spécialisée sont également prévues, ce qui se traduira par sept postes supplémentaires, dont quatre en soins intensifs adultes (le nombre total passera de 10 à 14 postes). La Table de concertation recommande par ailleurs qu'une partie de l'augmentation consentie durant la pandémie de COVID-19 soit maintenue afin de répondre aux demandes des établissements de santé régionaux de développer des services spécialisés permettant à la population de recevoir localement les services requis.

## 4.6 Priorités de recrutement

Pour l'année 2023-2024, les programmes ciblés pour un recrutement prioritaire sont les suivants :

- anesthésiologie;
- biochimie médicale;
- chirurgie cardiaque;
- gastroentérologie;
- gériatrie;
- immunologie clinique et allergie;
- médecine de famille;
- médecine interne et médecine interne générale;
- médecine physique et réadaptation;
- microbiologie et maladies infectieuses;
- obstétrique et gynécologie;
- pédiatrie;
- pédopsychiatrie et gérontopsychiatrie;
- santé publique et médecine préventive.

Cette liste a été mise à jour afin de cibler les spécialités prioritaires selon les besoins des établissements de santé et de services sociaux, notamment les besoins déclarés lors de l'exercice des PEM 2021-2025. Tel que recommandé par la Table de concertation, la chirurgie plastique a été retirée de cette liste en 2023 2024 et trois y ont été ajoutées, soit : la biochimie médicale, la chirurgie cardiaque et la santé publique et médecine préventive.

## 5- Autres options

Une alternative à la proposition des présentes modalités serait de diminuer le nombre total de postes de résidence à afficher afin d'augmenter le pourcentage de postes comblés. Cependant, une diminution des postes en médecine de famille semble difficilement défendable. De même, malgré une pénurie importante dans plusieurs spécialités, il a été décidé de réduire le nombre de postes de résidence en médecine spécialisée. Une diminution plus importante aurait des impacts qui prendrait de nombreuses années à corriger étant donné la durée de formation. De plus, le gouvernement s'est engagé à augmenter les effectifs dans les spécialités qui ont accepté de soutenir les régions pour éviter les découvertures de service.

Plus largement, une autre option aux présentes modalités serait de laisser aux facultés de médecine l'autonomie et la responsabilité de déterminer le nombre et la répartition des postes de résidence, comme c'est le cas dans certaines provinces canadiennes. La gestion des postes de résidence risquerait alors de se faire en fonction des besoins de formation plutôt qu'en fonction des besoins de la population, ce qui pourrait mener à des pénuries ou des risques de chômage médical.

## 6- Évaluation intégrée des incidences

Les principales incidences de la solution proposée sont les suivantes :

- favoriser la formation d'effectifs médicaux en nombre suffisant pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population québécoise, selon le nombre de finissants attendus;
- favoriser une répartition adéquate de l'effectif médical entre la médecine de famille et la médecine spécialisée, ainsi qu'entre les disciplines spécialisées permettant de répondre aux besoins spécifiques des différents groupes de la population (ex. : personnes âgées, jeunes, etc.);
- permettre l'autorisation d'un nombre élevé de postes en médecine de famille, pour favoriser un meilleur accès aux services de première ligne à moyen et long termes.

L'accroissement des postes en médecine de famille requerra l'utilisation de toute la capacité du réseau de formation en première ligne et sera rendu possible grâce aux travaux menés par les facultés de médecine, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le MES et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'augmenter les capacités de formation en première ligne. Cependant, des efforts bien plus considérables devront être faits dans les prochaines années afin de permettre au réseau d'enseignement en première ligne d'accueillir les cohortes augmentées d'étudiants en médecine, qui se seront visibles à l'externat dès 2022-2023 et à la résidence en médecine de famille dès 2024-2025, ainsi que les nombreux étudiants souhaitant compléter une formation d'infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne (IPS-PL). Cela implique l'agrandissement ou le déménagement de groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) existants (la majorité des échéanciers sont prévus d'ici 2025) et l'ouverture de nouveaux GMF-U, dont deux d'ici 2024, ainsi qu'une augmentation du nombre de médecins enseignants en GMF-U.

La solution proposée a aussi des incidences potentielles sur la répartition des effectifs médicaux dans les régions du Québec. Bien que la majorité des programmes de résidence se déroulent en régions universitaires, notamment dans les régions de la Capitale Nationale et de Montréal, la formation médicale décentralisée, déjà bien implantée dans les régions au Québec, permet de répondre au problème de saturation des milieux d'enseignement dans les régions universitaires.

La formation médicale décentralisée répond aussi en partie à la nécessité de préparer et d'encourager les futurs médecins à la pratique médicale dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé. Les nombreux GMF-U dans les régions du Québec permettent aux résidents en médecine de famille d'être exposés à la pratique en région. De plus, des stages en région sont offerts dans les programmes de résidence des spécialités de base.

Le Programme de formation médicale décentralisée (PFMD) est une mesure complémentaire qui soutient les stages en région et favorise ainsi le recrutement et la rétention des médecins dans les régions du Québec.

Enfin, la solution proposée permet de tenir compte de l'avis de la Table de concertation, soit de favoriser l'adhésion des différentes parties prenantes aux décisions gouvernementales en matière de planification des effectifs médicaux.

## **7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes**

Le MES et le MSSS se sont concertés pour la réalisation du présent mémoire. Le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration participe aux travaux de la Table de concertation.

La Table de concertation réunit aussi le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI), le Collège des médecins du Québec, la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec, la Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales, la Conférence des vice-doyens aux études médicales de 1<sup>er</sup> cycle, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins résidents du Québec, la FMSQ et la Fédération médicale étudiante du Québec. L'avis de la Table de concertation est présenté à l'annexe 1.

## **8- Mise en œuvre, suivi et évaluation**

Les modalités autorisées par le gouvernement seront transmises aux facultés de médecine, qui afficheront ensuite les postes de résidence au moyen du CaRMS. Le BCI transmet annuellement au MSSS les résultats des jumelages du CaRMS. Le jumelage du CaRMS pour les programmes d'entrée en résidence se déroulera de l'hiver au printemps 2023.

### **8.1 Suivi des modalités antérieures**

Les universités sont informées des règles de gestion, notamment en ce qui concerne la production des statistiques sur les inscriptions et les dispositions particulières en cas de dérogation quant aux cibles fixées.

Le MES a la responsabilité de s'assurer que les universités respectent les politiques et les modalités gouvernementales concernant les admissions en médecine. Le MSSS assume la responsabilité de la gestion de contrats d'engagement signés lors d'années antérieures ainsi que le suivi des dispositions des modalités à l'égard des moniteurs. Chaque année vers le mois d'août, le BCI produit un rapport sur l'état de la situation relatif aux places rémunérées par la RAMQ dans les programmes de formation médicale postdoctorale, lequel présente le bilan des résidents en formation postdoctorale rémunérés par la RAMQ dans le contingent régulier et le contingent particulier ainsi que le suivi des cohortes précédentes de résidents. Ce rapport sert de principale mesure de suivi des présentes modalités.

Le MES est en mesure d'assurer que les universités ont respecté les cibles visant les résidents en médecine qui apparaissaient dans les modalités de détermination des postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale 2019-2020.

De plus, ces modalités avaient fixé des quotas pour le nombre d'inscriptions en formation complémentaire et les dépassements observés à ce niveau avaient été autorisés par le MSSS. Une brève analyse est présentée à l'annexe 2 et porte sur les statistiques fournies par le BCI dans son bilan annuel au 30 juin 2020, des inscriptions en résidence en 2019-2020.

## **9- Implications financières**

### **9.1 Implications financières pour le MES**

Le MES finance les clientèles universitaires en vertu des « Règles budgétaires et calcul des subventions de fonctionnement aux universités du Québec ».

Le nombre de postes d'entrée autorisés dans le contingent régulier est de 954 pour 2023-2024 comparativement à 950 en 2022-2023, soit une augmentation de quatre postes. Pour le MES, l'incidence financière de cette augmentation de quatre postes à offrir représente une dépense additionnelle estimée à 65 300 \$ sur un financement total de l'effectif des résidents estimé à 15,6 M\$ pour la cohorte prévue en 2023-2024 et de 57,9 M\$ pour l'ensemble des 3 545 résidents prévus. La subvention versée aux universités à l'égard du financement d'un résident en médecine s'élève à 16 324 \$ par année, selon les paramètres de financement de l'année 2022-2023.

De plus, le MES accorde un financement pour couvrir les frais directs de soutien à l'enseignement liés à la présence de résidents inscrits aux programmes de médecine dans les centres hospitaliers affiliés. Ce financement s'élevait à 23,8 M\$ en 2022-2023. Par ailleurs dans le budget 2020-2021, le MES a alloué un financement de 30 M\$ non récurrent aux universités visant les années universitaires 2021-2022 à 2023-2024 pour soutenir la hausse des cohortes en médecine, pour bonifier le soutien à l'enseignement médical et pour mettre en place les exigences du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada quant à la compétence par conception.

### **9.2 Implications financières pour le MSSS**

Le MSSS assure le financement de la masse salariale des résidents rémunérés. Selon les prévisions du MSSS, la masse salariale pour l'année 2023-2024 des médecins résidents serait de 290 M\$. Supposant l'absence d'augmentation paramétrique, ce montant peut être maintenu en 2023 2024.

L'impact de l'augmentation de quatre postes de résidence en 2023-2024 représenterait une augmentation de la masse salariale d'environ 0,3 M\$. L'impact sur les années futures sera révisé en fonction des données observées à la suite d'ajustements (ex. : indexation paramétrique).

Le MSSS assume aussi les dépenses liées aux stages de formation en médecine dans le RSSS, soit en 2023-2024 un montant de 107,9 M\$ estimés pour la rémunération des tâches d'enseignement clinique des médecins spécialistes et 64,3 M\$ pour celles des médecins de famille. La rémunération des tâches d'enseignement clinique comprend l'enseignement aux externes et aux résidents des différents contingents. De plus, 4,85 M\$ sont prévus pour le programme de formation médicale décentralisée et 2,75 M\$ pour le programme d'accueil

en milieu clinique. Il est anticipé que ces deux programmes soient rehaussés à moyen terme pour permettre aux milieux de former un nombre croissant d'externes et de résidents découlant de la hausse des admissions au doctorat en médecine. Afin de répondre aux besoins des établissements, certaines mesures incitatives telles que l'allocation de logement ont été rehaussées.

## 10- Analyse comparative

La planification des effectifs médicaux est une préoccupation pour la plupart des gouvernements des provinces ainsi que pour le gouvernement fédéral. À l'échelle canadienne, un Comité consultatif sur la planification des effectifs médicaux, lequel relève du Comité fédéral-provincial-territorial sur les effectifs en santé, mène des travaux afin de favoriser une collaboration pancanadienne en matière de planification d'effectifs médicaux et de soutenir la prise de décisions des gouvernements provinciaux.

Le MSSS prend part aux rencontres de ce comité, dont le but est d'échanger avec les autres provinces et de se tenir à jour sur les meilleures pratiques en matière de planification d'effectifs médicaux.

Les rapports annuels du Répertoire canadien sur l'éducation postdoctorale en médecine (RCEP) permettent de conclure qu'en excluant les provinces maritimes, le Québec est la province canadienne qui a admis, entre 2006-2007 et 2017-2018, le plus grand nombre de nouveaux résidents en formation médicale postdoctorale par rapport à la taille de sa population, avec une moyenne de 9,7 résidents par 100 000 habitants par année.

Par ailleurs, en 2020-2021, le Québec était la province où le pourcentage d'admissions en médecine de famille était le plus élevé (51,7 %) comparé à celui des admissions dans les autres spécialités, suivi par la Colombie-Britannique (49,3 %). Ce pourcentage varie entre 38,6 % et 45,1 % pour les autres provinces. En termes d'effectifs médicaux, le Québec a toutefois une moins grande proportion de médecins de famille par rapport aux spécialistes (49,3 %) comparativement à la moyenne canadienne (50,6 %). Il faut cependant noter que les autres provinces dépendent dans une plus grande mesure des médecins formés à l'extérieur du Canada et des États-Unis. En effet, au Québec seuls 8,7 % des médecins formés proviennent de l'extérieur du Canada et des États-Unis alors que cela représente environ 28 % pour les autres provinces canadiennes, soit entre 16 % et 49,1 % de l'effectif médical<sup>3</sup>.

Le Tableau 1 présente le nombre de nouvelles inscriptions en première année de résidence pour l'ensemble des provinces canadiennes. Ce tableau est mis à jour avec les données de l'année académique 2020-2021, soit la dernière année pour laquelle les données sont disponibles.

---

<sup>3</sup> Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 — Tableaux de données. Ottawa, ON : ICIS; 2021.

**Tableau 1 – Comparaison interprovinciale de toutes les nouvelles inscriptions en formation médicale postdoctorale (première année de résidence) 2006-2007 à 2020-2021**

Provinces	Programmes	2006-2007	2010-2011	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Québec	Médecine de famille	257	334	424	424	431	434	433	483	466
	Autres spécialités	368	460	440	424	439	414	418	415	436
	Total	625	794	864	848	870	848	851	898	902
Terre-Neuve	Médecine de famille	21	28	28	33	35	33	34	34	35
	Autres spécialités	36	37	44	44	37	45	40	45	46
	Total	57	65	72	77	72	78	74	79	81
Nouvelle-Écosse	Médecine de famille	43	48	58	58	57	59	53	67	64
	Autres spécialités	55	66	67	71	76	73	73	78	78
	Total	98	114	125	129	133	132	126	145	142
Ontario	Médecine de famille	359	418	513	505	512	501	527	504	507
	Autres spécialités	491	629	686	678	672	659	681	664	665
	Total	850	1047	1199	1183	1184	1160	1208	1168	1172
Manitoba	Médecine de famille	30	47	53	55	58	56	61	45	47
	Autres spécialités	60	71	82	81	79	78	80	83	70
	Total	90	118	135	136	137	134	141	128	117
Saskatchewan	Médecine de famille	25	33	45	41	40	41	45	43	44
	Autres spécialités	38	65	74	68	71	71	68	73	70
	Total	63	98	119	109	111	112	113	116	114
Alberta	Médecine de famille	102	123	169	170	158	159	156	157	155
	Autres spécialités	160	213	224	213	217	223	225	224	229
	Total	262	336	393	383	375	382	381	381	384
Colombie-Britannique	Médecine de famille	82	109	154	164	169	168	168	170	173
	Autres spécialités	130	157	168	172	173	173	177	176	178
	Total	212	266	322	336	342	341	345	346	351

Sources : Bilan du Bureau de coopération interuniversitaire pour les données du Québec  
Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER) pour les données des autres provinces et les données préliminaires du Québec

Ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ

Ministre de l'Enseignement supérieur,

PASCALE DÉRY