

DE : MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé

Le 6 mai 2024

MADAME PASCALE DÉRY
Ministre de l'Enseignement supérieur

TITRE : Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027 et détermination du nombre de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour des étudiants de l'extérieur du Québec pour 2024-2025

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

Ce mémoire présente la Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027 (politique doctorale). L'article 504 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) permet au gouvernement de déterminer, chaque année, dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants de l'extérieur du Québec. Le gouvernement peut, s'il le juge opportun, imposer aux étudiants de l'extérieur du Québec la signature, avant le début de leur formation, d'un engagement assorti d'une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l'établissement déterminé par le ministre, s'ils exercent la médecine au Québec après l'obtention de leur permis d'exercice.

La Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec (ci-après Table de concertation) permet à tous les organismes concernés d'aviser le ministre de la Santé de toute question relative à la planification des effectifs médicaux, notamment pour l'élaboration de cette politique doctorale.

Elle réunit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Enseignement supérieur (MES), le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI), le Bureau de coopération interuniversitaire, 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^{er} cycle, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération médicale étudiante du Québec et des représentants des établissements de santé. Les recommandations de la Table de concertation sont notamment basées sur un modèle de projection élaboré par le MSSS qui vise à déterminer les besoins en effectifs médicaux à long terme.

Ce modèle de projection, actualisé en 2019 et mis à jour annuellement depuis, permet de déterminer l'écart entre l'effectif projeté (selon les prévisions d'attrition et d'arrivée de nouveaux médecins) et l'effectif requis à long terme. Il tient non seulement en compte les besoins de la population qui sont actuellement non comblés, mais également des changements démographiques anticipés.

Ainsi, le modèle permet d'évaluer le nombre de nouvelles inscriptions nécessaire pour compenser principalement l'attrition des effectifs ainsi que l'accroissement et le vieillissement de la population. Le modèle tient aussi en compte les changements dans la démographie médicale, soit l'âge et le sexe des médecins, ainsi que l'activité médicale en incluant l'évolution de l'attrition médicale, soit les changements liés à l'âge de l'arrêt de la pratique clinique.

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 (ISQ), la population pourrait compter plus de 10 millions d'habitants en 2066 si les tendances récentes se maintiennent, soit 1,36 millions de plus qu'en 2022¹. D'ici 2031, la population des 20 à 64 ans devrait diminuer, alors que celle des moins de 20 ans et celle des 65 ans et plus devraient s'accroître. De plus, selon l'Institut national de santé publique du Québec, près d'un adulte québécois sur cinq et d'un aîné sur deux sont dans un état de multimorbidité, c'est-à-dire qu'ils vivent avec au moins deux maladies chroniques².

Afin d'offrir un niveau adéquat de services en santé, une planification du nombre de nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et le recrutement de médecins sous permis restrictif est requise pour doter le Québec d'un nombre suffisant de médecins, pour répondre aux besoins de la population à long terme. La formation médicale s'échelonnant sur une durée de six à douze ans, il est nécessaire de planifier les besoins à moyen et long termes. Une absence d'intervention gouvernementale risquerait de mener à un allongement des listes d'attente tant en médecine familiale qu'en médecine spécialisée.

3- Objectifs poursuivis

La politique doctorale fait 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.

¹ Institut de la statistique du Québec (2023). Le bilan démographique du Québec. Québec, ISQ: 113 p.

² 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.

Les objectifs de la présente politique doctorale sont de :

- Doter le Québec d'un nombre adéquat de médecins pour équilibrer l'offre et la demande de services médicaux à moyen et long termes;
- Utiliser, lorsque disponible, une partie des capacités d'accueil des facultés de médecine du Québec pour admettre des candidates et des candidats canadiens et internationaux, contribuant ainsi au rayonnement des universités québécoises à l'émulation des étudiants et à la diffusion des connaissances scientifiques.

À terme, cette démarche aura comme effet de répondre équitablement aux besoins de la population et d'éviter les pénuries de main-d'œuvre.

4- Proposition

Il est proposé d'approuver la politique doctorale, laquelle suit les orientations ministérielles et est en cohérence avec les recommandations de la Table de concertation (voir Annexe 1). Celle-ci a réitéré l'importance de l'adéquation entre la hausse des admissions et l'offre d'un soutien supplémentaire aux facultés de médecine afin de maintenir la qualité de la formation.

La politique triennale doctorale, approuvée en mai 2023, fixait le nombre de nouvelles inscriptions dans le contingent régulier à 1 043 (+74) pour 2023-2024, et prévoyait une augmentation à 1 134 (+91) pour 2024-2025 et demeurerait à 1 134 (+0) pour 2025-2026. Comme indiqué dans le communiqué de presse accompagnant le décret de la politique doctorale triennale 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026, le gouvernement prévoyait une augmentation additionnelle des admissions en 2026-2027 afin d'atteindre la cible de 660 admissions supplémentaires sur une période de quatre ans (2022 à 2026). Cette année, la Table de concertation recommande d'aller au-delà des augmentations prévues pour 2024-2025 afin de se rapprocher plus rapidement de la cible de 660 admissions supplémentaires en quatre ans. Par la suite, la Table de concertation recommande de conserver un nombre stable pendant plusieurs années afin de s'assurer que les facultés de médecine et le RSSS seront en mesure d'accueillir adéquatement les apprenants dont le nombre absolu va croître dans les 10 prochaines années. Ainsi, la proposition est la suivante (voir Annexe 3 pour le texte complet) :

- Autoriser 1 165 (+122) nouvelles inscriptions dans le contingent régulier du doctorat en médecine pour 2024-2025 et de maintenir les admissions à 1 165 (+0) pour 2025-2026 et 2026-2027;
- Autoriser un maximum annuel de 38 (+2) nouvelles inscriptions dans les contingents particuliers du doctorat en médecine pour 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027;
- Autoriser le recrutement de « médecins sélectionnés cliniciens » sous permis restrictifs pour répondre à des besoins particuliers et le maintien à 0 (+/-0) recrutement de « médecins sélectionnés professeurs » pour 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027.

Il est également proposé qu'un maximum de 62 étudiants de l'extérieur du Québec puisse s'inscrire dans les programmes de doctorat de 1^{er} cycle en médecine du Québec, dont 10 étudiants provenant des autres provinces ou territoires canadiens dans

le contingent régulier, un maximum de 20 étudiants de l'extérieur du Québec dans les contingents particuliers et 32 étudiants du Nouveau-Brunswick hors contingent (en sus du total des nouvelles inscriptions autorisées) dans le cadre de la délocalisation du programme de formation médicale de l'Université de Sherbrooke à Moncton.

4.1 Contingent régulier

Le contingent régulier inclut les Québécois, comme défini par le MES aux fins des droits de scolarité dans le Règlement sur la définition de résident du Québec (chapitre I-13,3, r. 4, voir Annexe 2).

Les nouvelles inscriptions du contingent régulier comprennent aussi les Québécois détenant un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis (DHCEU), en plus d'autoriser un maximum de 10 inscriptions pour les personnes citoyennes canadiennes ou résidentes permanentes du Canada qui ne sont pas résidentes du Québec.

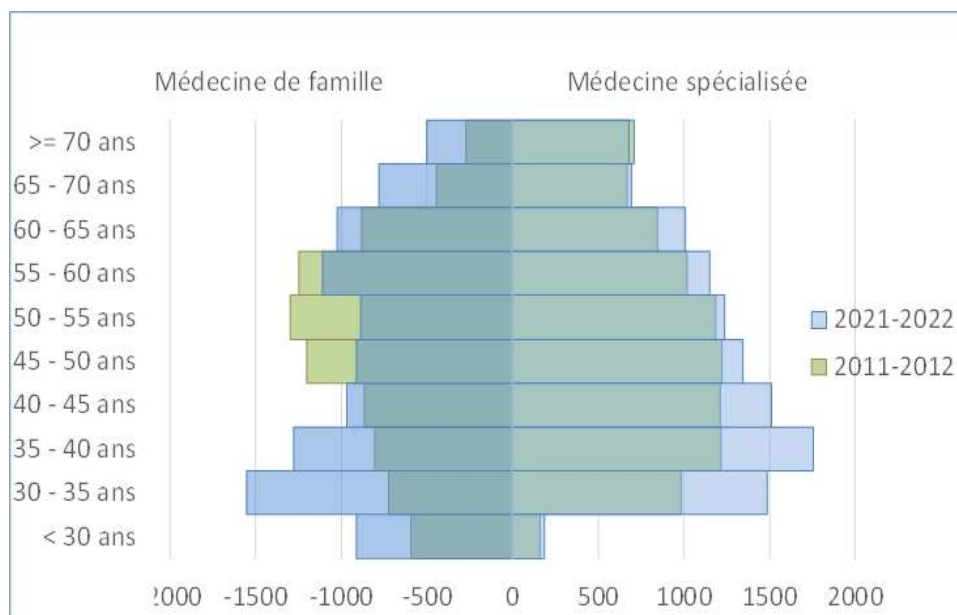
Le projet de politique doctorale autorise 1 165 (+122) nouvelles inscriptions dans le contingent régulier du doctorat en médecine pour 2024-2025, un statu quo à 1 165 (+0) pour 2025-2026 et à 1 165 (0) pour 2026-2027.

Cette proposition est basée sur les résultats du modèle de projection des besoins en effectifs médicaux qui indiquent que la poursuite de l'augmentation du nombre de nouvelles inscriptions entamée en 2020 est nécessaire. En effet, cela permettra notamment de compenser l'attrition des effectifs, les changements démographiques de la population et l'évolution de l'activité médicale en fonction de la démographie médicale sachant que l'âge et le sexe des médecins influencent l'activité médicale. Le tout en améliorant l'offre de service qui est actuellement disponible pour la population.

Évidemment, ces augmentations exigent à nos facultés de médecine et au RSSS le rehaussement maximal de la capacité d'accueil et cela pour les prochaines années. Sans une hausse du nombre d'étudiants en médecine, les besoins de la population augmenteront plus rapidement que l'activité médicale, ce qui pourrait engendrer une incapacité à améliorer l'offre de services médicaux au Québec. Le modèle intègre maintenant l'apport des autres professionnels de la santé dans le soutien à l'activité médicale. Le modèle de projection suggère que l'apport d'autres professionnels de la santé tel que les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPS-PL), pourrait éventuellement permettre l'atteinte d'un point d'équilibre entre l'offre et la demande plus tôt (Figure 2). Il apparaît cependant prématuré de modifier le nombre de médecins nécessaire, car les seules données disponibles actuellement sont parcellaires et reposent sur des sondages. Le modèle devra donc être mis à jour annuellement à partir des données réelles. Les travaux se poursuivront dans les prochaines années afin de confirmer l'impact des pratiques interprofessionnelles, de l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) particulièrement en première ligne et en santé mentale, ainsi que les changements dans la rémunération sur l'offre de service.

La pyramide des âges (Figure 1) montre l'évolution de la démographie des médecins au Québec de 2011 à 2021. On note un creux important dans les tranches d'âge les plus productives, entre 40 et 55 ans, en médecine de famille. La proportion des médecins de famille et médecins spécialistes âgés de 60 ans ou plus s'élevait à 22,3 % en 2021-2022.

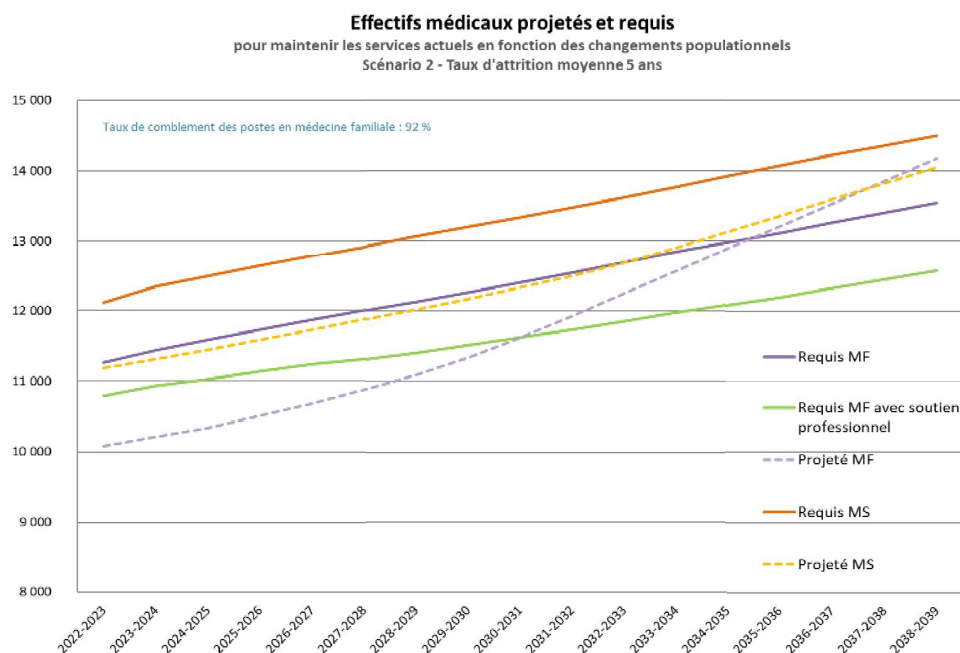
Figure 1 – Répartition démographique des effectifs médicaux au Québec de 2011 à 2021



De plus, le modèle projette qu'environ 2 700 nouveaux médecins seront nécessaires pour compenser l'accroissement et le vieillissement de la population au cours des dix prochaines années (2024-2025 à 2033-2034). En effet, les données de l'ISQ indiquent que la population va augmenter de 430 000 habitants d'ici 2033.

Le modèle de projection estime à près de 6 600 le nombre de départs (ex. : retraite) au sein de l'effectif médical entre 2024 et 2034, ce qui inclut l'effectif en place actuellement ainsi que les nouveaux arrivants. Les mises à jour des taux d'attrition démontrent une évolution importante de l'attrition médicale entre 2010 et 2019 (avant la pandémie). Il a aussi été convenu de n'utiliser que les données des cinq dernières années pour modéliser les départs. Ceci a eu un impact significatif sur le modèle particulièrement pour les spécialités autres que la médecine de famille. Il est difficile de prévoir si l'attrition continuera d'évoluer avec des départs de la profession à des âges de plus en plus précoces et il faut être conscient que les données des prochaines années seront difficiles à interpréter, car elles seront teintées par la pandémie à COVID-19.

Figure 2 – Modèle de projection avec et sans évolution de l'attrition en tenant compte de l'apport des autres professionnels de la santé (ligne verte).



MF : médecins de famille; MS : médecins dans les autres spécialités. Le modèle est basé sur un taux de comblement des postes de résidence en médecine de famille de 92% et de 100% dans les autres spécialités.

Le modèle de projection sera mis à jour annuellement et les capacités de formation des facultés de médecine seront évaluées périodiquement afin d'assurer le bon nombre d'inscriptions au doctorat pour répondre aux besoins d'effectifs médicaux du Québec.

En plus des résultats du modèle de projection et des capacités d'accueil des facultés de médecine, la proposition d'accélérer l'augmentation des nouvelles inscriptions en 2024 tient compte de plusieurs autres facteurs : la réorganisation du RSSS, la productivité des effectifs médicaux, la contribution des autres professionnels de la santé et des services sociaux, le campus délocalisé de l'Université McGill à Gatineau, ouvert en 2020 et des campus délocalisés de l'Université Laval à Lévis et Rimouski, ainsi que celui de l'Université de Sherbrooke à Longueuil, ouverts en 2022. De plus, le MSSS a mis en place le projet pilote afin de mettre à contribution les groupes de médecine de famille (GMF) pour les activités d'enseignement en première ligne (GMF affilié universitaire), lequel est complémentaire aux programmes et cadre actuel (Programme GMF, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et GMF-U Hors établissement). Il s'inscrit dans le Plan santé.

Comme c'était le cas au cours des dernières années, les universités devront remplacer toutes les personnes du contingent régulier qui abandonneront de façon définitive leur formation doctorale en médecine au Québec. Les remplacements peuvent être gérés collectivement par les universités et être effectués au cours des trois années de la politique triennale doctorale. Les dossiers d'inscription des diplômés hors du Canada et des États-Unis doivent être examinés en priorité afin d'effectuer les remplacements.

4.2 Contingents particuliers

Le projet de politique doctorale propose 38 (+2 par rapport à l'année 2023-2024) nouvelles inscriptions dans les contingents particuliers du doctorat en médecine pour 2024-2025, 2025-2026 et en 2026-2027 : 6 (+0) pour les personnes admises en vertu de l'entente avec le Nouveau-Brunswick, 6 (+0) pour les personnes de nationalité étrangère avec permis de séjour pour études, 4 (+0) pour les personnes citoyennes canadiennes ou résidentes du Canada qui ne sont pas résidentes du Québec, 4 (+0) pour les étudiants en médecine dentaire souhaitant poursuivre leur formation en chirurgie buccale et maxillo-faciale, 10 (+2) pour les membres des Premières Nations et Inuit (PNI), 4 (+0) pour les membres des Forces armées canadiennes et 4 (+0) DHCEU supplémentaires pourront être admis à l'externat. La diminution de quatre postes résulte du transfert de quatre postes du contingent particulier du Nouveau-Brunswick du campus principal de l'Université de Sherbrooke au campus de Moncton. Il est important de noter que les étudiants admis aux contingents particuliers des diplômés internationaux en médecine et dans le programme pour les PNI devraient éventuellement pratiquer au Québec et donc contribuer directement à combler les besoins de la population.

En sus de ces 38 inscriptions autorisées pour 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027, 32 (+0) étudiants du Nouveau-Brunswick sont autorisés à être admis chaque année en médecine au campus de Moncton dans le cadre de la délocalisation du programme de formation médicale de l'Université de Sherbrooke en Acadie. Ces 32 places sont réservées à des ressortissants du Nouveau-Brunswick (28), de la Nouvelle-Écosse (3) et de l'Île-du-Prince-Édouard (1).

Le Tableau 1 présente les paramètres quantitatifs de la politique doctorale, soit le nombre de nouvelles inscriptions autorisées dans les différents contingents.

Tableau 1— Nombre de nouvelles inscriptions autorisées, par contingent, pour les années 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027

Contingents visés	2024	2025	2026
Contingent régulier des Québécoises et Québécois ³	1 165	1 165	1 165
Personnes admises en vertu de l'entente avec le Nouveau-Brunswick	6	6	6
Personnes de nationalité étrangère avec permis de séjour pour études ⁴	6	6	6
Personnes citoyennes canadiennes ou résidentes permanentes du Canada qui ne sont pas résidentes du Québec ⁴	4	4	4
Étudiants en médecine dentaire souhaitant poursuivre leurs études supérieures en chirurgie buccale et maxillo-faciale ⁴	4	4	4
Membres des Premières Nations et Inuits ⁵	10	10	10
Membres des Forces armées canadiennes ⁶	4	4	4
Diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) ⁷	4	4	4
Total	1 203	1 203	1 203

4.3 Recrutement de médecins exerçant sous permis restrictif

Les « médecins sélectionnés professeurs » détiennent un diplôme de docteur en médecine délivré par un établissement d'enseignement supérieur situé à l'extérieur du Canada et sont recrutés par les facultés de médecine pour combler des besoins exceptionnels dans les domaines de l'enseignement, de la recherche ou de l'évaluation des technologies dans un établissement de santé universitaire. Le projet de politique doctorale maintient un quota de 0 « médecin sélectionné professeur » pouvant être recruté annuellement pour les années 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027. Tout projet exceptionnel de recrutement ou de remplacement devra donc être préautorisé.

Les « médecins sélectionnés cliniciens » détiennent un diplôme de docteur en médecine délivré par un établissement d'enseignement supérieur situé à l'extérieur du Canada.

³ Un minimum de 48 nouvelles inscriptions doit être maintenu annuellement au campus délocalisé de l'Université de Montréal à Trois-Rivières et 34 au campus délocalisé de l'Université de Sherbrooke à Saguenay, et un minimum de 28 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université McGill, à Gatineau. À compter de 2024-2025, il est prévu un minimum de 21 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université Laval à Rimouski et 30 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université Laval à Lévis ainsi que 32 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université Sherbrooke à Longueuil. Aussi, parmi les places du contingent régulier, un maximum de 10 places peut être offert à des étudiants provenant des autres provinces ou territoires canadiens qui satisfont de façon équivalente aux critères d'admission auxquels sont assujettis les étudiants du contingent régulier du doctorat.

⁴ Le nombre d'inscriptions autorisées est de 14 au total pour les personnes de nationalité étrangère avec permis de séjour pour études, les personnes citoyennes canadiennes ou résidentes permanentes du Canada qui ne sont pas résidentes du Québec et les étudiants en médecine dentaire souhaitant poursuivre leur formation en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le nombre de places inutilisées dans l'un de ces trois contingents peut être transféré à l'un des deux autres.

⁵ Ces places sont réservées à des membres des PNI inscrits au sens de la Loi sur les Indiens (L.R.C. (1985), chapitre I-5) ou au registre des bénéficiaires Inuits, membres d'une nation autochtone établie sur le territoire du Québec recommandés par des représentants de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador ou des Inuits. Toute place non comblée dans ce contingent au cours d'une année pourra être comblée dans les trois années subséquentes, si la qualité des candidatures le justifie.

⁶ Ces places sont subventionnées par les Forces armées canadiennes et non par le gouvernement du Québec. Ces places sont réservées à des Québécoises et des Québécois francophones et à des personnes canadiennes francophones provenant d'autres provinces ou territoires, membres des Forces armées canadiennes, sélectionnés par cette organisation et répondant aux critères d'admission réguliers des universités.

⁷ Un contingent de 4 DHCEU supplémentaires pourra être admis à l'externat dans le contingent particulier.

Ils sont recrutés pour répondre à des besoins cliniques dans les régions non universitaires ayant d'importants besoins d'effectifs médicaux. Le recrutement des « médecins sélectionnés cliniciens » n'est pas limité par un quota pour les années 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027. Il demeure fortement recommandé que les demandeurs de permis restrictif admissible à l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins, conclu en vertu de l'Entente Québec-France sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, soient préalablement parrainés par un établissement exploitant un centre hospitalier. Les parrainages peuvent être organisés par le MSSS par Recrutement Santé Québec. Ces recrutements doivent respecter les plans d'effectifs médicaux.

4.4 Règles de gestion

Le décret propose de diminuer de 10 000\$ à 1 000\$ la pénalité financière aux personnes provenant de l'extérieur du Québec inscrite au doctorat en médecine dans un campus universitaire situé au Québec, et qui à la fin de leur formation médicale, exercent la médecine dans un autre établissement ou une autre région que celle désignée par le ministre. En effet, les modèles montrent que la pénurie de médecins devrait perdurer au-delà des 15 prochaines années. Il est donc proposé de minimiser les barrières qui refreneraient un médecin dont la formation s'est faite au Québec de contribuer aux soins de santé de la population québécoise au terme de sa formation.

De plus, la politique doctorale propose d'augmenter de 0,5 à 1,0 la bonification minimale de la cote de rendement collégial des élèves qui ont effectué leurs études secondaires dans une école située sur le territoire de l'une ou l'autre des localités désignées éloignées ou isolées par le MSSS à partir de l'année académique 2025-2026 et pour les années subséquentes. Malgré les diverses mesures mises en place, il demeure un déficit de médecin dans les régions éloignées ou isolées. L'admission en médecine d'étudiants qui ont grandi dans ces régions est un moyen qui a été démontré comme étant efficace pour favoriser l'installation de médecin dans ces régions. Deux des quatre facultés de médecine ont déjà rehaussé la cote de rendement collégiale de 0,5 à 1,0 depuis quelques années. Étant donné les démarches nécessaires pour modifier les critères d'admission, le rehaussement dans les deux autres facultés ne pourra pas se faire avant les admissions pour l'année académique 2025-2026. Donc, les deux facultés concernées travaillent pour implanter la bonification dès l'admission pour 2024, mais étant donné que le processus d'admission pour 2024 devrait s'enclencher dans les semaines suivant ce mémoire, il est impossible de garantir la mise en place de la mesure pour 2024. La mesure s'appliquera pour les étudiants admis directement du Cégep. Elle devrait favoriser l'admission de candidats des régions dans les campus délocalisés. Cependant, les étudiants admis demeurent avec la liberté de choisir leur milieu de formation. Considérant les démarches nécessaires à effectuer dans chacune des universités pour changer les critères d'admission dans un programme et comme le processus d'admission pour 2024 est déjà enclenché, il ne sera pas possible d'instaurer la mesure avant l'année académique 2025-2026.

Aucun autre changement significatif n'est proposé aux dispositions des règles de gestion.

5- Autres options

Il existe deux scénarios possibles à la solution précédemment exposée concernant le nombre d'inscriptions en médecine : le statu quo ou une diminution. Le modèle de projection actualisé en 2019 et mis à jour annuellement depuis démontre que, sans les augmentations proposées pour les années 2024-2025, 2025-2026 et 2026-2027, certaines problématiques seront rencontrées.

D'une part, il sera difficile de compenser l'attrition des effectifs de même que l'accroissement et le vieillissement de la population, et, d'autre part, il sera ardu de bonifier l'offre de services actuelle. Un statu quo à 1134 inscriptions dans le contingent régulier ne permettrait pas de faciliter l'accès à un médecin de famille et de diminuer les listes d'attente dans les spécialités autres que la médecine de famille. Il y aurait donc un risque d'aggraver la pénurie d'effectifs médicaux à moyen et à long termes.

D'une part, l'option de répartir les augmentations pour atteindre les 660 admissions supplémentaires cumulatives sur plusieurs années aurait pour conséquence de retarder l'impact de ces augmentations sur les services offerts à la population. D'autre part, elle aurait aussi pour conséquence de devoir admettre un nombre plus important d'étudiants en 2026 ce qui pourrait dépasser les capacités d'accueil des facultés de médecine ainsi que celles des établissements.

6- Évaluation intégrée des incidences

La solution proposée favorise la formation d'effectifs médicaux en quantité suffisante pour répondre aux besoins futurs de la population québécoise. Elle permettra non seulement de compenser l'attrition des effectifs ainsi que l'accroissement et le vieillissement de la population, mais d'augmenter les services offerts à la population afin d'améliorer l'accès à la première ligne et diminuer les délais pour les consultations en 2^e et 3^e lignes.

Les augmentations du nombre de nouvelles inscriptions proposées exerceront une pression considérable sur les facultés de médecine, en plus de la hausse des inscriptions consenties depuis 2020-2021, car cette augmentation ne doit pas se faire aux dépens de la qualité de la formation. Malgré l'ouverture des campus satellites, les espaces dédiés à la formation préclinique seront insuffisants pour accueillir les prochaines augmentations. De plus, des travaux sont en cours avec les universités concernées afin de répondre rapidement aux enjeux immobiliers. À court terme, l'augmentation des admissions en médecine nécessitera de mobiliser un nombre considérable de médecins pour des activités d'enseignement et de supervision.

Au-delà des enjeux financiers qui seront abordés plus loin dans le mémoire, le développement d'une culture d'enseignement dans des milieux cliniques actuellement peu sollicités par les facultés de médecine nécessitera une implication de multiples acteurs. Il faut aussi être conscients que cela pourra avoir un impact sur l'activité médicale en clinique et la disponibilité des médecins pour la formation d'autres professionnels de la santé.

La solution proposée a aussi des incidences potentielles sur la répartition des stagiaires dans les régions du Québec. Comme les établissements situés dans les régions universitaires sont près de la saturation, il est essentiel de mettre à contribution l'ensemble des établissements du réseau de la santé tant pour la formation clinique à l'externat que pour la résidence afin d'être en cohérence avec les augmentations proposées. Afin de faciliter la formation des médecins hors des grands centres universitaires, le Québec s'est doté de six campus délocalisés de formation médicale en plus des quatre campus principaux. À ceux-ci s'ajoute le Programme de formation médicale décentralisée (PFMD) qui favorise les stages en milieux ruraux. Cela permettra de répondre à la nécessité de mieux préparer les futurs médecins à la pratique en régions non universitaires. Une étude réalisée au Canada indique que les étudiants de ces campus délocalisés sont trois à cinq fois plus susceptibles de choisir une pratique de médecine de famille en milieu rural que les étudiants du campus principal (Lovato et al. CMAJ 2019).

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

Le MES et le MSSS se sont concertés pour la réalisation de ce mémoire conjoint. Les membres de la Table de concertation, incluant le MIFI, ont été consultés lors de l'élaboration de cette politique doctorale. Les doyens des facultés de médecine du Québec ont aussi été consultés. Le maintien pour les années subséquentes des augmentations importantes consenties en 2024 par les facultés de médecine du Québec est conditionnelle à un soutien supplémentaire afin de maintenir la qualité de la formation, ce qui pourrait inclure l'ajout de locaux et de ressources humaines et matérielles.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

La présente politique doctorale, lorsqu'autorisée par le gouvernement, sera transmise aux facultés de médecine, qui accorderont ensuite le nombre de nouvelles inscriptions aux étudiants en fonction de leur processus d'admission respectif. Lors de la transmission de la politique aux universités, le MES en précise les 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 la politique gouvernementale concernant les inscriptions en médecine. Un tableau détaillé sur les inscriptions au doctorat de 1^{er} cycle en médecine en 2023-2024 est présenté à l'Annexe 4. Ces données ont été obtenues lors d'une collecte de données effectuée par le MES auprès des universités.

Le MSSS assume la responsabilité de la gestion des contrats d'engagement pour les étudiants de l'extérieur du Québec ainsi que le suivi des « médecins sélectionnés professeurs ».

9- Implications financières

9.1 Implications financières pour le MES

Sur le plan financier en 2024-2025, en excluant les quatre places pour les membres des Forces armées canadiennes qui ne sont pas financées par le MES, les mesures proposées dans ce mémoire découlant de l'acceptation d'une cohorte de 1 199 nouveaux étudiants au doctorat en médecine ont des impacts pour les universités et les milieux cliniques accueillant des externes et des médecins résidents en stage. L'incidence financière liée à l'augmentation de 124 nouvelles inscriptions est de 5,1 M\$, sur un financement global de la nouvelle cohorte de 1199 étudiants (excluant les 4 places qui ne sont pas financées par le MES) de l'ordre de 49,2 M\$. À titre indicatif, le nombre total d'étudiants au doctorat en médecine en 2023-2024 était de 4 560 et représente un financement total estimé à 187,3 M\$. Au terme de la politique triennale doctorale, l'augmentation de 124 inscriptions pourrait représenter une incidence financière annuelle de 5,1 M\$ par cohorte. Lorsque ces 124 étudiants complèteront les quatre années du doctorat en médecine, l'incidence financière sera de 20,4 M\$. La subvention afférente au financement des clientèles qui sera versée aux universités a été évaluée avec les paramètres budgétaires de l'année 2023-2024 après réinvestissement en enseignement supérieur, soit 41 067 \$ pour un étudiant admis au programme de doctorat en médecine.

Par ailleurs, le MES accorde une majoration de la norme pour calculer les subventions relatives à l'enseignement d'un pourcentage équivalent à 30 % pour l'Université de Sherbrooke, 18 % pour l'Université de Montréal, et ce, pour les étudiants fréquentant les sites de Saguenay et de Trois-Rivières. À l'Université McGill, la majoration correspond à 33 % à partir de 2023-2024 pour les étudiants fréquentant le programme de médecine dans la ville de Gatineau. À partir de l'année 2024-2025, une majoration 24 % du financement de l'EEETP pondéré de l'année universitaire t-2, est accordée à l'Université Laval pour sa cohorte dans les villes de Lévis et de Rimouski.

Les montants mis à jour pour l'année 2023-2024 étaient respectivement de 1,34 M\$ pour l'Université de Sherbrooke, 993,0 k\$ pour l'Université de Montréal et 540,3 k\$ pour l'Université McGill (site de l'Outaouais, à Gatineau).

Un montant de 0,2 M\$ est accordé à l'Université Laval en 2023-2024 pour le développement du projet de doctorat en médecine en Chaudière-Appalaches et au Bas-Saint-Laurent.

Un montant ponctuel de 33,6 M\$ a été versé aux universités en 2022-2023 pour les années universitaires 2023-2024 à 2025-2026 ainsi qu'un montant de 5,5 M\$ en 2023-2024 pour les années universitaires 2024-2025 et 2025-2026 afin de compenser l'augmentation du nombre d'admission souhaité par le gouvernement du Québec. De plus, le MES accorde un financement de 23,9 M\$ en 2023-2024 pour couvrir les frais directs de soutien à l'enseignement liés à la présence d'externes et de résidents inscrits aux programmes de médecine et de médecine dentaire dans les établissements de santé et de services sociaux.

9.2 Implications financières pour le MSSS

À court terme, l'augmentation des inscriptions au doctorat n'a pas d'incidence financière immédiate pour le MSSS. À moyen terme, un financement supplémentaire du MSSS sera nécessaire lorsque les étudiants seront en formation dans les établissements de santé, c'est-à-dire lors de l'externat (deux dernières années du doctorat en médecine) et ensuite lors de la résidence.

Le Programme d'accueil en milieu clinique (PAMC) et le PFMD visent à soutenir les établissements de santé et de services sociaux pour la formation des externes et des résidents avec des budgets respectifs de 2,7 M\$ et de 4,85 M\$ en 2024-2025. Ces budgets pourraient être augmentés proportionnellement à l'augmentation des cohortes. L'augmentation proposée de 40 % des admissions en médecine sur six ans (2020 à 2026) va éventuellement faire augmenter le nombre d'externes et de résidents en médecine dans les milieux cliniques. L'effet cumulatif va se poursuivre pendant 15 ans, soit dix ans après la dernière augmentation étant donnée la durée de formation en médecine spécialisée. Une augmentation proportionnelle du PAMC et du PFMD d'environ 2,5 à 3 M\$ respectivement pour chacun. Les membres de la Table souligne qu'une bonification substantielle du PFMD est nécessaire afin de soutenir le déplacement et l'hébergement des externes et des résidents en stages dans les régions éloignées.

À moyen et long termes, une augmentation des inscriptions pourrait aussi avoir des implications financières sur la rémunération des résidents. Selon les prévisions du MSSS, en supposant l'absence d'augmentation paramétrique, la masse salariale des résidents pour l'année 2024-2025 était estimée à 306 M\$. L'augmentation du nombre d'inscriptions à partir de 2024-2025 aurait aussi des incidences estimées de 7,8 M\$ pour 2028-2029 sur la masse salariale des résidents, et de 16,2 M\$ pour 2029-2030. Ces coûts seront appelés à augmenter graduellement jusqu'en 2034-2035, soit la première année où chaque niveau de résidence sera affecté par la hausse des 335 nouvelles inscriptions prévues au terme de six ans (entre 2020 et 2026).

À moyen et long termes, une augmentation des externes et des résidents en médecine de famille pourrait nécessiter des investissements en termes de ressources et de locaux dans les milieux de formation en première ligne. De plus, un octroi supplémentaire de postes aux plans régionaux d'effectifs médicaux réservés aux GMF-U sera probablement nécessaire pour compenser l'augmentation des externes et des résidents en première ligne.

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, le Comité consultatif sur la planification des effectifs médicaux, qui relève du Comité Fédéral-Provincial-Territorial sur les effectifs en santé, vise à favoriser une collaboration pancanadienne en matière de planification d'effectifs médicaux et à soutenir la prise de décisions des gouvernements provinciaux. Le MSSS assiste aux rencontres de ce comité. Il est donc en mesure d'échanger avec les autres provinces et se tenir à jour sur les meilleures pratiques en matière de planification d'effectifs médicaux.

La crainte d'une pénurie de médecins se fait sentir à travers le Canada. Les facultés de médecine des autres provinces ont toutefois peu de marge de manœuvre pour augmenter les admissions en médecine en raison du nombre limité de postes de résidence (B. Owens, *CMAJ News*, 2018). Au Québec, les mécanismes mis en place permettent au gouvernement de réglementer le nombre de postes de résidence afin qu'il soit proportionnel au nombre de finissants.

Tableau 2– Comparaison interprovinciale de toutes les nouvelles inscriptions* dans les programmes de doctorat en médecine, 2007-2008 à 2021-2022

Province**	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Québec	821	851	835	887	905	905	903	909	910	899	888	888	869	949	969
Terre-Neuve	60	64	64	64	64	64	80	80	80	80	80	80	80	81	80
N.-É.	94	102	102	109	112	111	110	109	110	109	109	108	115	126	130
Ontario	843	868	889	955	962	967	963	964	964	961	961	970	985	979	979
Manitoba	100	110	110	110	110	110	110	109	110	110	110	110	110	110	110
Saskatchewan	68	84	84	84	84	100	99	100	100	100	100	101	100	100	98
Alberta	294	303	363	335	340	337	319	320	320	322	322	322	322	326	313
C.-B.	256	256	255	256	288	287	288	288	288	288	288	301	295	290	286

*Le nombre d'inscriptions inclut le remplacement des attritions prévu à l'article 1.G de la Politique.

**Sources : - Les données du Québec proviennent d'une collecte effectuée auprès des universités par le MES.
- Les données des autres provinces proviennent de l'Association des facultés de médecine du Canada, « Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada » (numéro 43 ; 2021).

Comme d'autres provinces, le Québec a mis en place des campus délocalisés qui permettent de former des étudiants à l'extérieur des régions universitaires (l'Université de Montréal à Trois-Rivières depuis septembre 2005, l'Université de Sherbrooke à Saguenay depuis septembre 2006, l'Université McGill à Gatineau depuis 2020). En 2022, les campus délocalisés de l'Université Laval à Lévis et à Rimouski, ainsi qu'un campus délocalisé de l'Université de Sherbrooke à Longueuil permettent l'accueil de cohortes supplémentaires d'étudiants en médecine.

L'Ontario et la Colombie-Britannique privilégient également la formation des médecins hors des grands centres urbains et ont développé des facultés de médecine en région. C'est aussi le cas aux États-Unis, où il y avait 53 campus régionaux de faculté de médecine répertoriés en 2017-2018, selon l'Association des collèges médicaux américains.

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ

La ministre de l'Enseignement supérieur,

PASCALE DERY