

DE : MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé

Le 9 octobre 2024

MADAME PASCALE DERY
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 2025- 2026

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1. Contexte

Le présent mémoire précise les modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale 2025-2026 (ci-après « modalités »). L'article 464 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021, ci-après « LGSSSS ») permet au gouvernement de déterminer, chaque année, le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale. Il peut également déterminer les modalités applicables. Ce nombre comprend : les postes de stages de formation en médecine familiale et les autres postes de stages de formation requis pour chacune des autres spécialités reconnues dans un règlement pris en application de la Loi médicale (chapitre M- 9).

L'article 466 de la LGSSSS reconnaît la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec (ci-après « Table de concertation ») qui 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 ces modalités postdoctorales. Cependant, le nombre total de postes d'entrée régulier 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). L'article 466 de la LGSSSS prévoit plus précisément que le nombre de places de résidence, pour des étudiants en médecine est déterminé après consultation, par le ministre, de Santé Québec, du Collège des médecins du Québec, des universités du Québec ayant une faculté de médecine, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, de la Fédération des médecins résidents du Québec et de la Fédération médicale étudiante du Québec. Les Universités avec faculté de médecine sont représentées par le Bureau de coopération interuniversitaire, 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 1er cycle. En attendant l'intégration des établissements dans Santé Québec, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a été représenté par un Président-Directeur général d'un Centre hospitalier universitaire et un Directeur des services professionnels d'un établissement accueillant un campus délocalisé d'une faculté de médecine.

Comme par les années passées, les membres de la 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.

2. Raison d'être de l'intervention

La population québécoise connaît une croissance démographique constante, accompagnée du vieillissement de sa population et d'une prévalence accrue des maladies chroniques. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population devrait passer à 9,1 millions d'habitants d'ici 2030¹, avec une augmentation significative de nombre de personnes âgées et une augmentation des besoins en matière de santé. Cette évolution démographique souligne l'importance cruciale de planifier adéquatement les effectifs médicaux afin de garantir un accès équitable et efficace aux services de santé pour tous les citoyens québécois.

3. Objectifs poursuivis

Les modalités présentées s'inscrivent dans une démarche gouvernementale visant à déployer une offre de services médicaux adaptée aux besoins évolutifs de la population québécoise. Les objectifs principaux de cette intervention sont les suivants :

- Favoriser une répartition équilibrée de l'effectif médical entre les médecins de famille et les autres spécialités médicales, en accordant une attention particulière à la promotion de la médecine de famille.
- Identifier et cibler les spécialités nécessitant un recrutement prioritaire pour répondre aux besoins spécifiques de la population, en mettant l'accent sur les spécialités essentielles à la santé de la population.
- Contribuer au rayonnement des universités québécoises à l'échelle nationale et internationale en favorisant l'admission de candidats canadiens et étrangers, tout en encourageant l'échange de connaissances scientifiques.

En atteignant ces objectifs, l'intervention visée permettra de répondre de manière équitable et efficace aux besoins de la population, tout en évitant les pénuries ou les surplus de professionnels de la santé dans certaines spécialités.

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

4. Proposition

L'Avis de la Table de concertation, présenté en Annexe 1, propose dix recommandations clés pour le projet des modalités :

1. Établir à 984 le nombre de nouveaux postes en résidence pour le contingent régulier pour 2025-2026.
2. Répartir les postes de résidence du contingent régulier à 541 pour la médecine de famille et à 443 pour les autres spécialités.
3. Autoriser les facultés de médecine à réserver jusqu'à 10 postes de résidence en médecine de famille pour d'éventuels changements de programme et favoriser les admissions dans le contingent particulier.
4. Considérer toutes les spécialités comme prioritaires, sauf quelques exceptions, pour attirer les médecins qui font leur résidence dans une autre province à venir ou revenir au Québec pour compléter leur résidence et y installer leur pratique.
5. Établir le nombre de postes d'entrées en résidence pour chaque programme selon des critères déterminés.
6. Permettre la rémunération de résidents comblant les besoins prioritaires de la société québécoise dans le contingent particulier.
7. Reconduire la recommandation pour un nombre limité de postes de résidence pour les médecins s'engageant à pratiquer au Nouveau-Brunswick et pour les candidats sélectionnés par les Forces armées canadiennes.
8. Autoriser les poursuites de formation en tenant compte des besoins de la population du Québec.
9. Utiliser les capacités d'accueil excédentaires des facultés de médecine du Québec pour l'admission de moniteurs cliniques.
10. Fixer au 4 décembre 2024 l'adoption par le Conseil des ministres des modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine pour 2025-2026.

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 2025-2026 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).

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 s'ils ne sont pas détenteurs d'une carte de stage délivrée par le Collège des médecins du Québec.

4.2 Détermination du nombre de postes

La détermination du nombre de postes en résidence pour l'année 2025-2026 repose sur plusieurs éléments clés. Tout d'abord, nous estimons qu'il y aura environ 984 nouveaux diplômés en médecine au Québec, soit une augmentation de 35 par rapport à l'année dernière. Cette augmentation résulte de la hausse des admissions au doctorat en médecine débutée 2020.

Ensuite, nous ajustons ce nombre en tenant compte de divers facteurs, notamment les finissants provenant d'autres provinces canadiennes, les médecins ayant obtenu leur diplôme hors du Canada et des États-Unis (DHCEU), ainsi que les finissants des années précédentes qui pourraient être admis cette année-là.

Nous tenons également compte des diplômés du Québec qui choisissent de poursuivre leur résidence dans une autre province et de ceux qui n'ont pas participé au jumelage ou qui se sont retirés du processus au cours du processus. Lors du processus de jumelage CaRMS de 2024, un nombre élevé de finissants québécois ne participant pas au processus de jumelage ou se retirant en cours de processus, soit 94 (92 en 2023). Il faut surtout souligner le nombre de plus en plus important de diplômés du Québec qui ont jumelés hors du Québec soit 103 (+23), dont 22 (-2) en médecine de famille et 81 (+25) dans les autres spécialités. Cela représente 11,2 % des finissants jumelés.

En utilisant les données des 5 dernières années, nous établissons un nombre moyen de postes qui devraient être comblés. Cependant, pour garantir que tous les candidats qualifiés puissent entreprendre leur résidence au Québec, nous accordons une marge de manœuvre. Or, nos modèles statistiques montrent que l'importance de la marge de manœuvre explique le nombre élevé de postes non-comblés en médecine de famille. Nous recommandons donc une augmentation du nombre de postes dans le contingent régulier (+15) plus modeste que l'augmentation prévue du nombre de finissant afin de réduire cette marge de manœuvre, ce qui devrait permettre de réduire le nombre de postes non pourvus en médecine de famille. Il aurait été possible d'afficher le même nombre de postes que l'an dernier, car les 61 postes non comblés cette année sont largement supérieurs à l'augmentation de 35 finissants prévue. Toutefois, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), soutenue par la majorité des membres de la Table, a demandé à ce que le nombre de postes offert ne soit pas moindre que le nombre de finissants prévus.

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

Le nombre de postes en résidence autorisés en 2025-2026 pour la médecine de famille est de 541 (+9) et celui pour les autres spécialités est de 443 (+6). Il s'agit d'un ratio de répartition des postes de résidence de 55 %/45 % entre les programmes de médecine de famille et ceux des autres spécialités.

Chaque année, des résidents poursuivant une formation dans une des nombreuses spécialités médicales demandent un changement de programme vers la 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. Les facultés de médecine pourront conserver un maximum de dix postes de médecine de famille comptabilisés à cette fin. Lors du processus de jumelage, chacune des facultés décidera de la pertinence d'annoncer la proportion de ces postes qui lui est accordée ou de les garder en réserve. Le nombre de postes offerts en médecine de famille en vue de l'admission en résidence en 2025 au CaRMS d'entrée en résidence en médecine familiale (R1) se situera donc entre 531 et 541.

Il est important de souligner que les besoins en médecine de famille sont significatifs, mais ils sont également présents dans presque toutes les autres spécialités médicales. Depuis 2015, nous avons réduit le nombre de postes de résidence disponibles dans ces autres spécialités. Cependant, en raison de la durée de la formation médicale, les impacts de cette décision ne deviennent apparents que maintenant, avec une diminution prévue du nombre de professionnels dans plusieurs spécialités. Il est à prévoir que la pénurie pour la médecine de famille être résolue au début de la prochaine décennie, mais que la pénurie dans les autres spécialités pourrait se poursuivre au-delà de 2040.

En raison du virage vers la médecine de famille entrepris au Québec depuis 2015, caractérisée par une formation plus courte (2 ans contre 5 à 6 ans) et une démographie médicale marquée par un creux dans la pyramide des âges des médecins de famille entre 40 et 50 ans, nous anticipons une diminution de l'attrition en médecine de famille d'ici la fin de la décennie. Cette tendance nous amène à prévoir une accélération du comblement du déficit en médecins de famille d'ici la fin de la décennie. Par conséquent, il pourrait être envisagé dans les années ultérieures une révision du ratio des postes de résidence entre la médecine de famille et les autres spécialités.

La réalisation de cet objectif dépendra de notre capacité à retenir au Québec les finissants au doctorat en médecine de nos quatre facultés de médecine québécoises qui choisissent dans un nombre grandissant de faire leur résidence à l'extérieur du Québec. Il est crucial de noter que les départs des étudiants du campus de Moncton de l'Université de Sherbrooke et des étudiants souhaitant jumeler dans le programme hautement contingenté au Québec n'expliquent pas l'ensemble de ce mouvement la médecine de famille et le tronc commun de médecine interne comptant pour près du tiers de ces départs. De nouvelles mesures concernant le contingent particulier viendront proposer des solutions pour endiguer ce problème.

Il importe de souligner que la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) s'est opposée à la répartition argumentant que la pénurie dans les autres spécialités que la médecine de famille est déjà présente, est appelée à s'accroître avec la croissance, le vieillissement de la population et les changements de la démographie médicale. Elle souligne également que les modèles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) démontrent que la pénurie dans les autres spécialités prendra beaucoup plus longtemps à se résorber qu'en médecine de famille.

4.4 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 outil 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 générale, la chirurgie cardiaque, la chirurgie vasculaire 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, de l'utilisation du service par âge de la population, de sa croissance et de l'évaluation des services non rendus et des problématiques de terrains discutés avec les associations, et/ou la 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. Le nombre de postes d'entrée pour chacun des programmes est présenté au Tableau 2 des modalités jointes au projet de décret.

Il faut noter que pour l'orthopédie, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), l'ophtalmologie et la radio-oncologie, la proposition tient compte de la mise à jour des taux d'attrition dans nos modèles de projection qui laissent entrevoir une décroissance de l'effectif dans ces spécialités dans les cinq prochaines années.

La répartition des 157 postes pour les programmes de formation des spécialités de la médecine interne pouvant débiter en 2025-2026 a été discutée à l'automne 2024, soit environ douze mois avant le jumelage, afin de permettre aux candidats d'effectuer les stages et formations préalables en 2024-2025 concernant la cohorte d'entrées en résidence de 2022-2023.

Aussi, le nombre de postes d'entrée dans les surspécialités pédiatriques est de 13, pour la cohorte 2022 d'entrée en résidence, soit 8 places déjà planifiées dans le décret 1482-2021 et 5 places inutilisées et reportées du jumelage de la cohorte 2021 pour le contingent régulier. Les postes pour les programmes de formation spécialisée en pédiatrie seront accordées au printemps 2025 et pourront débiter en 2025-2026 ou 2026-2027.

4.5 Contingent particulier

Ce sont 56 postes qui sont autorisés dans ce contingent en 2025-2026, et ce, dans les programmes ciblés des priorités de recrutement prévues, dont 23 postes en médecine de famille et 33 (+10) postes dans les autres spécialités, incluant un maximum de quatre postes dans des programmes non prioritaires. Un maximum de 15 des 23 postes en médecine de famille qui demeureraient non utilisés pourront être transférés au quota des postes des autres spécialités de la médecine. Le nombre est basé sur les données des dernières années. L'augmentation du nombre de postes pour les autres spécialités prioritaires permettra d'attirer au Québec des médecins ayant débuté leur résidence dans une autre province, qui sont intéressés de compléter leur formation au Québec. Il est anticipé qu'une proportion importante de ces médecins choisiront de s'installer au Québec à la fin de leurs études et viendront ainsi compenser la pénurie de médecins dans plusieurs spécialités.

4.6 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.

4.7 Contingent pour les membres des Forces armées canadiennes

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

4.8 Poursuites de formation

Les poursuites de formation répondent à des besoins de santé précis et 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 est prévue pour des poursuites de formation dans des programmes de formation avancée de la médecine de famille, soit trois postes en médecine du sport et de l'exercice. Il est à noter que les médecins de famille avec compétence avancées en médecine du sport et de l'exercice traitent non seulement les sportifs, mais l'ensemble des problèmes musculosquelettiques, dont ceux liés à l'âge et au vieillissement.

4.9 Priorités de recrutement

Les données démontrent que la pénurie d'effectifs touche la majorité de spécialités de la médecine et constitue donc des priorités de recrutement pour le Québec. Afin de simplifier l'exercice, les disciplines de recrutement non prioritaires identifiées sont :

- chirurgie générale;
- endocrinologie (excluant l'endocrinologie pédiatrique);
- rhumatologie (excluant la rhumatologie pédiatrique).

Cette liste est essentiellement utilisée pour la gestion des postes de résidence et permet de favoriser l'admission au contingent particulier dans les spécialités prioritaires. Elle n'est plus utilisée par Recrutement santé Québec.

Il faut aussi noter que quatre postes au contingent particulier peuvent être utilisés pour les trois spécialités non prioritaires, ce qui est suffisant. Les postes non utilisés pour les spécialités non prioritaires peuvent être utilisés pour les spécialités prioritaires, mais pas l'inverse.

5. Autres options

Une alternative à la proposition des présentes modalités serait d'augmenter le nombre total de postes de résidence à afficher. Nos modèles montrent cependant que les chances de combler les postes sont extrêmement faibles et que même si nous maintenons un ratio de 55/45 entre la médecine de famille et les autres spécialités, ceci aurait pour conséquence de diminuer le nombre absolu de postes comblés en médecine de famille.

Afin de contrer le solde migratoire négatif, des membres de la Table de concertation avaient proposé d'offrir plus de postes de résidence dans les spécialités pour lesquelles nos finissants de l'année 2024 ont obtenu des postes ailleurs au Canada. À notre demande, le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) a soumis au CaRMs une hypothèse de répartition des postes différente qui a été testée sur les contingents 2024. Il est important de souligner que l'ajout de 74 postes dans les spécialités aurait eu un impact négligeable sur le solde migratoire (-12), mais aurait eu un effet significatif sur le nombre de postes pourvus en médecine de famille (-25 postes de comblés). Ce résultat contrintuitif s'explique par le fait que ce ne sont pas nécessairement les candidats qui ont jumelé à l'extérieur du Québec qui aurait obtenu les postes supplémentaires mais ceux qui ont jumelé à leur 2e, 3e ou 4e choix en médecine de famille au Québec. Ces questionnements ont suscité de nombreux débats à la Table, avec des désaccords évidents entre les parties prenantes, notamment la FMSQ.

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. Si les postes devaient être comblés selon le premier choix des étudiants en médecine, il faudrait prévoir que le ratio entre la médecine de famille et les autres spécialités passera de 55/45 à 35/65 et qu'ainsi, nous aurions des excès de médecins dans plusieurs spécialités chirurgicales comme ailleurs au Canada (notamment en orthopédie et neurochirurgie).

6. Évaluation intégrée des incidences

L'évaluation des incidences de la solution proposée met en lumière plusieurs points essentiels :

- **Formation médicale adéquate** : La solution vise à former un nombre suffisant de professionnels de la santé pour répondre aux besoins présents et futurs de la population québécoise, en tenant compte des prévisions de finissants.
- **Répartition équilibrée** : Elle cherche également à équilibrer la répartition des médecins entre la médecine de famille et les autres spécialités, ainsi qu'à répondre aux besoins spécifiques de divers groupes de la population.

- Renforcement de la médecine de famille : L'accent est mis sur l'augmentation des postes en médecine de famille pour améliorer l'accès aux services de première ligne à long terme.

Pour atteindre ces objectifs, des efforts concertés sont nécessaires, notamment :

- Expansion des infrastructures : Les facultés de médecine, les établissements de santé et les ministères concernés, soient le MES et le MSSS doivent travailler ensemble pour développer les capacités de formation en première ligne.
- Décentralisation de la formation : Le déploiement de la formation médicale dans les régions, déjà bien établi, est une réponse à la saturation des milieux d'enseignement dans les grands centres urbains. Les nombreux GMF-U dans les régions du Québec permettent aux résidents en médecine de famille d'être exposés à la pratique en région.
- Encouragement de la pratique en région : Les stages en région et le Programme de formation médicale décentralisée (PFMD) favorisent le recrutement et la rétention des médecins dans les régions moins bien pourvues en professionnels de la santé.

Enfin, cette approche tient compte des recommandations de la Table de concertation, favorisant ainsi l'adhésion des partenaires, soient les établissements du RSSS, les facultés de médecine, le BCI, le MES, le MSSS, aux décisions gouvernementales en matière de planification des effectifs médicaux.

7. Consultation entre les ministères et d'autres parties prenantes

Le MES et le MSSS se sont concertés pour la réalisation de ce 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 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-doyen aux études médicales de 1^{er} 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.

Le présent mémoire a également été soumis à Santé Québec, en cohérence avec l'article 466 de la LGSSSS. Depuis décembre 2024, deux représentants de Santé Québec siègent à la Table de concertation. Ainsi, dès l'exercice 2026-2027, la Table constituera le véhicule par lequel Santé Québec sera consultée.

8. Mise en œuvre, suivi et évaluation

Les présentes 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 2025.

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 2021-2022.

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 2022, des inscriptions en résidence en 2021-2022.

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 984 pour 2025-2026 comparativement à 969 en 2024-2025, soit une augmentation de 15 postes. Pour le MES, l'incidence financière de cette augmentation de 15 postes à offrir représente une dépense additionnelle estimée à 179 325 \$ sur un financement total de l'effectif des résidents estimé à 11,8 M\$ pour la cohorte prévue en 2025-2026 et de 43,5 M\$ (auquel s'ajoute un montant fixe de 18,6 M\$) pour l'ensemble des 3 637 résidents prévus.

La subvention versée aux universités à l'égard du financement d'un résident en médecine s'élève à 11 955 \$ par année, selon les paramètres de financement de l'année 2024-2025.

En 2024-2025, le ministère de l'Enseignement supérieur a révisé sa politique de financement pour, entre autres, accorder une place accrue au financement inconditionnel

afin de donner aux établissements universitaires québécois une plus grande flexibilité dans leur gestion et assurer une plus grande prévisibilité et stabilité de leur financement. Ce changement diminue le financement octroyé par étudiant, mais accorde un montant fixe qui est estimé à 18,6 M\$ pour les résidents en médecine.

Le MES a octroyé un montant ponctuel de 33,6 M\$ aux quatre universités qui ont une faculté de médecine en 2022-2023 pour les années universitaires 2023-2024 à 2025-2026 afin d'accélérer la mise en œuvre des mesures nécessaires pour accueillir la hausse des cohortes en médecine. Un deuxième montant ponctuel additionnel de 5 459 000 \$ a été versé en 2023-2024 pour les années universitaires 2024-2025 et 2025-2026. De plus, le MES accorde annuellement 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 24,1 M\$ en 2024-2025.

9.2 Implications financières pour le MSSS

Le MSSS assure le financement de la masse salariale des résidents rémunérés. En tenant compte des évaluations de cohortes et des indexations paramétriques, le MSSS estime la masse salariale des médecins résidents pour l'année 2025-2026 à 341 M\$ et à 350 M\$ pour 2026-2027.

L'ajout de 15 postes de résidence en 2025-2026 représente à lui seul une masse de 1,2 M\$ pour 2025-2026 et de 1,3 M\$ pour 2025-2026, déjà incluse dans la masse salariale globale indiquée ci-haut. 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 2025-2026 un montant de 109 M\$ estimé pour la rémunération des tâches d'enseignement clinique des médecins spécialistes et 64,9 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 2,2 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, qui 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 2012-2013 et 2022-2023, le plus grand nombre de nouveaux résidents en formation médicale postdoctorale par rapport à la taille de sa population, avec une moyenne de 10,3 résidents par 100 000 habitants par année.

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 2022-2023, soit la dernière année pour laquelle les données sont disponibles. Il est important de souligner qu'aucune autre province n'affiche 50% ou plus des postes de résidence en médecine de famille et que malgré cela elles rencontrent de plus en plus de difficultés à combler leurs postes.

Tableau 1 – Comparaison interprovinciale de toutes les nouvelles inscriptions en formation médicale postdoctorale (première année de résidence), 2011-2012 à 2022-2023

Provinces	Programmes	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2014 - 2015	2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022	2022 - 2023
Québec	Médecine de famille	332	383	374	424	424	431	434	433	483	466	429	443
	Autres spécialités	457	451	467	440	424	439	414	418	415	436	416	427
	Total	789	834	841	864	848	870	848	851	898	902	845	870
Terre-Neuve	Médecine de famille	32	32	34	28	33	35	33	34	34	35	33	34
	Autres spécialités	43	41	40	44	44	37	45	40	45	46	46	44
	Total	75	73	74	72	77	72	78	74	79	81	79	78
Nouvelle-Écosse	Médecine de famille	48	54	51	58	58	57	59	53	67	64	67	68
	Autres spécialités	70	70	70	67	71	76	73	73	78	78	78	78
	Total	118	124	121	125	129	133	132	126	145	142	145	146
Ontario	Médecine de famille	456	482	504	513	505	512	501	527	504	507	492	495
	Autres spécialités	638	672	683	686	678	672	659	681	664	665	666	665
	Total	1094	1154	1187	1199	1183	1184	1160	1208	1168	1172	1158	1160
Manitoba	Médecine de famille	45	49	50	53	55	58	56	61	45	47	49	54

	Autres spécialités	73	74	80	82	81	79	78	80	83	70	81	88
	Total	118	123	130	135	136	137	134	141	128	117	130	142
Saskatchewan	Médecine de famille	36	38	45	45	41	40	41	45	43	44	46	50
	Autres spécialités	72	72	68	74	68	71	71	68	73	70	72	73
	Total	108	110	113	119	109	111	112	113	116	114	118	123
Alberta	Médecine de famille	133	152	172	169	170	158	159	156	157	155	144	141
	Autres spécialités	198	217	216	224	213	217	223	225	224	229	235	234
	Total	331	369	388	393	383	375	382	381	381	384	379	375
Colombie-Britannique	Médecine de famille	116	120	136	154	164	169	168	168	170	173	170	168
	Autres spécialités	155	155	166	168	172	173	173	177	176	178	174	185
	Total	271	275	302	322	336	342	341	345	346	351	344	353

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

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ

La ministre de
l'Enseignement supérieur,

PASCALE DÉRY