

DE : MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé

MADAME PASCALE DÉRY
Ministre de l'Enseignement supérieur

Le 13 mai 2025

TITRE : Détermination du nombre de places dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2025-2026, ainsi que les modalités applicables

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

Ce mémoire présente la détermination du nombre de places dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2025-2026, ainsi que les modalités applicables (modalités doctorales). Il présente aussi de manière accessoire les projections envisagées pour 2026-2027 et 2027-2028.

L'article 504 de Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) prévoit que le gouvernement peut déterminer, à chaque année, dans les programmes de formation de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants de l'extérieur du Québec, à la condition que ces étudiants acceptent de signer un engagement envers le ministre assorti de certaines conditions. Cet article, applicable avant l'arrivée de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) (LGSSSS), permettait uniquement au gouvernement de se prononcer à l'égard des étudiants étrangers. Ainsi, historiquement, le gouvernement approuvait de manière concomitante avec la prise du décret, une politique portant plus largement sur les inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et sur le recrutement de médecins sous permis restrictif (politique doctorale). Cette politique doctorale couvrait, à chaque fois, des modalités applicables sur un cycle de trois années.

Depuis le 1^{er} décembre 2024, l'article 465 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) (LGSSSS) permet au gouvernement de déterminer, chaque année, dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants du Québec et de l'extérieur du Québec. Il peut également déterminer les modalités applicables.

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.

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 réunit

les organismes concernés, d'aviser le ministre de la Santé (ci-après « le ministre ») de toute question relative à la planification des effectifs médicaux, dont l'élaboration des modalités doctorales. Le nombre d'admissions en médecine est déterminé après consultation par le ministre de Santé Québec, du Collège des médecins du Québec, des universités québécoises 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. Santé Québec a délégué Dr Jean Mireault et M. Michel Delamarre pour la représenter lors des travaux de l'automne 2024.

Cette année, le décret à prendre en vertu de la LGSSSS a une portée plus large que celui pris auparavant en vertu de la LSSSS, visant maintenant l'ensemble des étudiants, qu'ils soient du Québec ou de l'extérieur du Québec. Il ne semble alors plus pertinent d'approuver, en parallèle du décret, une politique doctorale comme c'était le cas auparavant. Toutefois, les consultations pour le présent mémoire ont été effectuées avant l'entrée en vigueur des dispositions pertinentes de la LGSSSS. Elles ont donc été faites dans une optique triennale plutôt que dans une optique annuelle. Ainsi, considérant que le décret à prendre ne porte que sur une année et en guise de transition pour l'avenir, le présent mémoire contient aussi les projections envisagées pour les deux années subséquentes à celle visée par le décret. Conséquemment, le public demeure informé de l'ensemble des consultations qui ont été effectuées.

Le modèle de projection utilisé pour les travaux de la Table de concertation permet d'évaluer le nombre d'admissions en médecine nécessaire pour répondre aux besoins futurs du Québec. Il a été actualisé en 2019 et est 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.

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 et à l'arrêt de la pratique clinique au sein du système public.

2- Raison d'être de l'intervention

Les besoins en matière de santé de la population québécoise 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. La croissance démographique du Québec en 2023 repose essentiellement sur de forts gains migratoires. L'accroissement migratoire total –

migrations internationales et interprovinciales – a été de 217 600 personnes¹. Au 1^{er} juillet 2023, 21 % de la population avaient 65 ans et plus, une part égale à celle des jeunes de moins de 20 ans, alors que 58 % étaient âgées de 20 à 64 ans. La part des 65 ans et plus continue d'augmenter, mais le vieillissement de la population a ralenti dans la dernière année en raison de l'arrivée d'un nombre élevé de migrants internationaux, principalement âgés de 20 à 44 ans. De plus, selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 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.

Pour 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 familiale qu'en médecine spécialisée.

3- Objectifs poursuivis

Les modalités doctorales 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 modalités doctorales 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 pour effet de répondre équitablement aux besoins de la population et d'éviter les pénuries de main-d'œuvre.

4- Proposition

Il est proposé de déterminer le nombre de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour des étudiants du Québec et de l'extérieur du Québec pour 2025-2026, selon ce qui est prévu aux Modalités doctorales, lesquelles suivent les orientations ministérielles et sont 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.

Avant l'entrée en vigueur de la LGSSSS, la politique doctorale, approuvée en mai 2024,

¹ ISQ (2024). Le bilan démographique du Québec. Édition 2024, [En ligne], Québec, L'Institut, 104 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf].

² INSPQ (2019). La prévalence de la multimorbidité au Québec : portrait pour l'année 2016-2017, INSPQ: 1-12.

fixait le nombre de nouvelles inscriptions dans le contingent régulier à 1 165 (+122) pour 2024-2025, et maintenait les admissions à 1 165 (+0) pour 2025-2026 et 2026-2027. Par la suite, la Table de concertation recommandait de conserver un nombre stable pendant plusieurs années afin de s'assurer que les facultés de médecine et le RSSS seraient en mesure d'accueillir adéquatement les apprenants dont le nombre absolu va croître dans les dix prochaines années.

La proposition pour les nouvelles modalités doctorales est la suivante pour 2025-2026 et les projections pour 2026-2027 et 2027-2028 sont les suivantes :

- Autoriser 1 165 (+0) nouvelles inscriptions dans le contingent régulier du doctorat en médecine pour 2025-2026 et de maintenir les admissions à 1 165 (+0) pour 2026-2027 et 2027-2028 ;
- Autoriser un maximum annuel de 44 (+6) nouvelles inscriptions dans les contingents particuliers du doctorat en médecine pour 2025-2026, 2026-2027 et 2027-2028 ;

Il est aussi proposé qu'un maximum de 56 étudiants de l'extérieur du Québec puisse s'inscrire dans les programmes de doctorat de 1^{er} cycle en médecine au Québec, dont un maximum de 24 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 ministère de l'Enseignement supérieur (MES) aux fins des droits de scolarité dans le Règlement sur la définition de résident du Québec (chapitre I-13,3, r. 4). 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). Puisque les orientations sont de former plus de médecins qui s'installeront au Québec à la fin de leur formation, la Table recommande de ne plus réserver les dix places au sein du contingent régulier pour les personnes citoyennes canadiennes ou résidentes permanentes du Canada qui ne sont pas résidentes du Québec comme cela se faisait depuis 30 ans.

Le projet des modalités doctorales autorise 1 165 (+0) nouvelles inscriptions dans le contingent régulier du doctorat en médecine pour 2025-2026 et les projections demeurent les mêmes pour 2026-2027 et 2027-2028.

Cette proposition est cohérente avec les projections basées sur les besoins en effectifs médicaux et vise à répondre aux enjeux démographiques ainsi qu'à la croissance des besoins en services de santé au Québec. Le maintien du contingent régulier à ce niveau est également en ligne avec les recommandations de la Table de concertation qui, après analyse approfondie, souligne que cette approche permettra de soutenir l'augmentation nécessaire des effectifs médicaux tout en s'assurant d'une gestion réaliste des capacités d'accueil des facultés de médecine et du RSSS. Cette approche 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 en fonction de

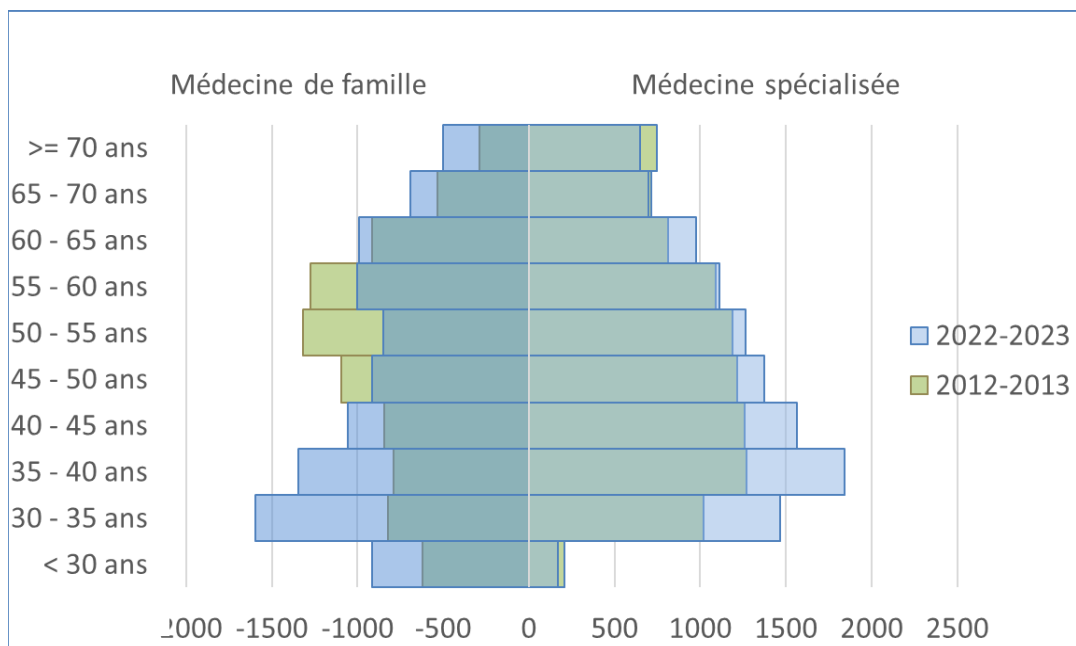
la démographie médicale, sachant que l'âge et le sexe des médecins influencent leur activité, le tout en améliorant l'offre de service qui est actuellement disponible pour la population. La pénurie de médecins est toujours significative, mais les impacts des augmentations importantes des admissions en médecine débutées en 2020 n'ont pas encore produit d'effet sur le terrain et les étudiants qui seront admis en 2025 n'arriveront pas en pratique avant le milieu de la prochaine décennie.

L'an dernier, une mise à jour des taux d'attrition avait été effectuée. Cette année, plusieurs facteurs ont été pris en compte pour actualiser l'analyse. Les besoins en médecine de famille ont été réajustés en intégrant l'impact des nouvelles normes renforcées en centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi qu'en soins intensifs. L'effectif des médecins a également été révisé pour tenir compte de la diminution du nombre de médecins de famille travaillant dans le réseau public en raison des départs vers le secteur privé et l'augmentation du recrutement des médecins internationaux diplômés (DIM) dans les spécialités autres que la médecine de famille. Par ailleurs, les données démographiques ont été actualisées pour refléter l'augmentation de la population postpandémie et l'immigration. Il convient cependant de souligner que l'ISQ anticipe un ralentissement important de la croissance démographique dans les années à venir. Tous ces ajustements ont permis de peaufiner les projections et d'adapter les recommandations aux réalités actuelles.

L'intégration d'autres professionnels pour venir soutenir les médecins est une solution incontournable pour offrir des services à la population, tant en médecine de famille que dans les autres spécialités médicales. L'évaluation des impacts de l'apport des autres professions sur les besoins en médecins s'avère complexe, car les données réelles sur la prise en charge sont très limitées. En s'appuyant sur des hypothèses prudentes, il est à prévoir que l'apport des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) pourrait devancer de quelques années, soit au début de la prochaine décennie, le comblement de l'écart au besoin en médecine de famille. Cependant, la conclusion des discussions relatives au renouvellement des ententes avec la FMOQ et la FMSQ sur les nouveaux modèles de soins, les données réelles sur l'inscription des patients auprès des IPSPL, ainsi que la confirmation du plan d'effectifs 2025-2030 des IPS pour les intégrer au modèle seront requises lors des révisions annuelles.

La pyramide des âges (Figure 1) montre l'évolution de la démographie des médecins au Québec de 2012 à 2022. On observe, pour la médecine de famille, un décalage des tranches d'âge avec une diminution des médecins âgés de 45 à 60 ans, mais une augmentation progressive par des médecins plus jeunes. Pour l'ensemble des 20 986 médecins (médecins de famille et spécialistes) ayant facturé 1 \$ ou plus en 2022-2023, 21,5 % sont âgés de 60 ans ou plus.

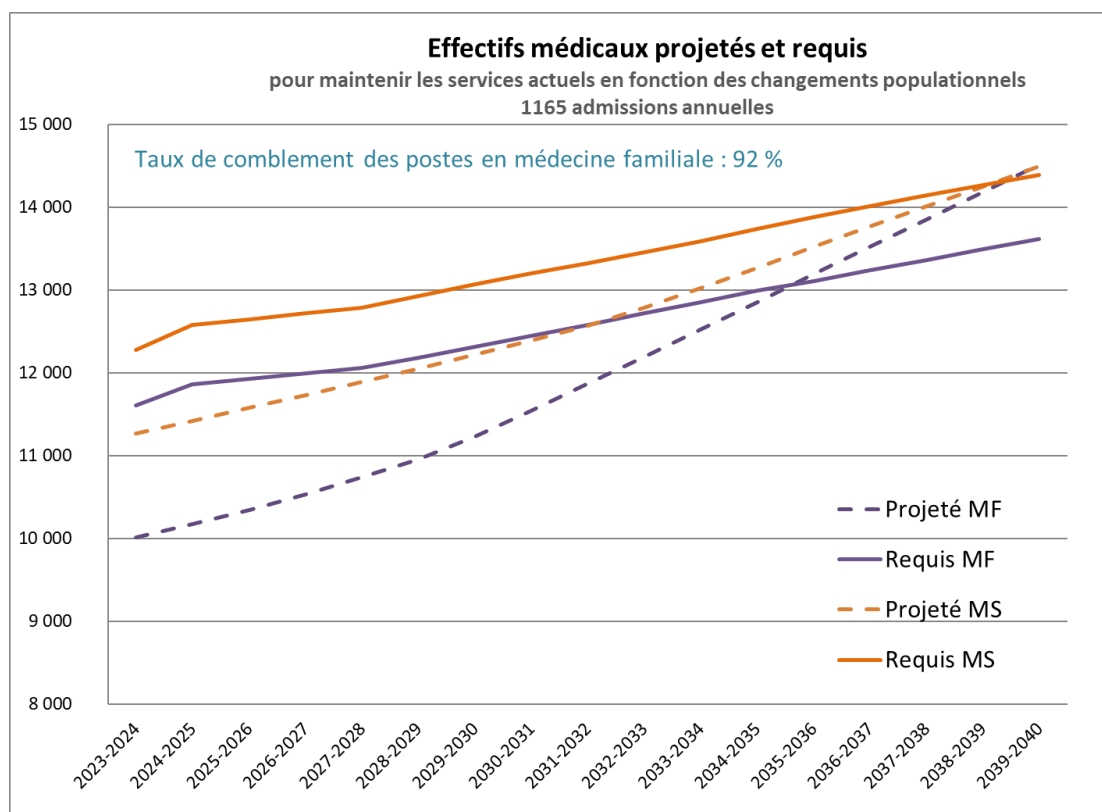
Figure 1 – Répartition démographique des effectifs médicaux au Québec de 2012 à 2022



De plus, le modèle projette qu'environ 2 186 nouveaux médecins seront nécessaires pour compenser l'accroissement et le vieillissement de la population au cours des dix prochaines années (2025-2026 à 2034-2035). En effet, les données de l'ISQ indiquent que la population augmentera de 317 000 habitants entre juillet 2025 et juillet 2034.

Le modèle de projection estime à près de 6 411 le nombre de départs (ex. : retraite) au sein de l'effectif médical entre 2025 et 2035, 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 faut être conscient que les données des prochaines années seront difficiles à interpréter, car elles seront teintées par la pandémie de la COVID-19.

Figure 2 – Modèle de projection.



MF : médecins de famille; MS : médecins dans les autres spécialités. Modèle 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 est 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 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 et des campus délocalisés de l'Université Laval à Lévis et Rimouski, de l'Université de Montréal à Trois-Rivières, ainsi que ceux de l'Université de Sherbrooke à Longueuil et au Saguenay. De plus, en 2024, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place un projet pilote mettant à contribution les groupes de médecine de famille (GMF) pour les activités d'enseignement en première ligne (GMF affilié universitaire / GMF-AU) pour l'accueil des externes en médecine et des étudiantes IPSPL, lequel est complémentaire aux programmes et cadre actuel (Programme GMF, groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et GMF-U Hors établissement).

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 couvertes par les modalités doctorales. Les dossiers d'inscription des diplômés hors du Canada et des États-Unis doivent être examinés en priorité afin d'effectuer les remplacements.

42 Contingents particuliers

Le projet de modalités doctorales propose 44 (+6 par rapport à l'année 2024-2025) nouvelles inscriptions dans les contingents particuliers du doctorat en médecine pour 2025-2026. Les projections demeurent les mêmes pour 2026-2027 et 2027-2028. Le nombre de nouvelles inscriptions se décompose de la manière suivante : 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, 8 (+4) 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, 12 (+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. L'augmentation de quatre postes pour les personnes citoyennes canadiennes ou résidentes du Canada qui ne sont pas résidentes du Québec vient partiellement compenser la coupure de dix postes qui leur étaient réservés au contingent régulier sachant qu'au moment de la publication prévue du décret, les étudiants auront déjà complété toutes les démarches menant à l'admission en médecine. Il faut souligner qu'une des quatre places pour les étudiants en médecine dentaire souhaitant poursuivre leur formation en chirurgie buccale et maxillo-faciale devra être comblée par un candidat s'engageant à aller pratiquer dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Il est important de noter que plusieurs des étudiants admis aux contingents particuliers devraient éventuellement pratiquer au Québec et donc contribuer directement à combler les besoins de la population tels que ceux admis en chirurgie buccale et maxillo-faciale, dans le contingent des diplômés internationaux en médecine et dans le programme pour les PNI.

En sus de ces 44 inscriptions autorisées pour 2025-2026, 32 (+0) étudiants du Nouveau-Brunswick seront 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). Les places non utilisées dans une des trois provinces (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) peuvent être transférées à l'une des deux autres.

Le Tableau 1 présente les paramètres quantitatifs des modalités doctorales, soit le nombre de nouvelles inscriptions autorisées dans les différents contingents pour 2025-2026 et les projections en la matière pour les deux années subséquentes.

Tableau 1– Nombre de nouvelles inscriptions, par contingent, pour les années 2025-2026, 2026-2027 et 2027-2028

Contingents visés	2025	2026	2027
Contingent régulier des 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	8	8	8
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	12	12	12
Membres des Forces armées canadiennes ⁶	4	4	4
Diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) ⁷	4	4	4
Total	1 209	1 209	1 209

43 Règles de gestion devant être appliquées par les facultés de médecine

Avec l'adoption de la LGSSSS, l'application de l'article de loi qui limitait l'installation au Québec des personnes non-résidentes du Québec inscrites au doctorat en médecine dans les régions sous-desservies ou qui imposait une pénalité financière, le cas échéant, est devenue facultative. Étant donné que la pénurie de médecins devrait perdurer au-delà des 15 prochaines années, selon les modèles, il est proposé de minimiser les barrières qui freineraient 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 et donc de ne pas pénaliser les médecins ayant fait partie du groupe d'étudiants non-résidents québécois admis au doctorat en médecine s'ils souhaitaient s'installer au Québec ailleurs que dans les régions éloignées. Il faut également rappeler que les pénalités avaient déjà été réduites considérablement de 300 000 \$ à 10 000 \$ en 2023 et à 1 000 \$ en 2024 pour réduire les barrières à l'installation.

Les modalités doctorales reconduisent l'obligation d'augmenter la bonification minimale de la cote de rendement collégiale des élèves ayant effectué leurs études secondaires

³ Un minimum de 48 nouvelles inscriptions doit être maintenu annuellement au campus délocalisé de l'Université de Montréal à Trois-Rivières, 34 au campus délocalisé de l'Université de Sherbrooke à Saguenay, et un minimum de 36 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université McGill, à Gatineau. Dès 2025-2026, il est prévu un minimum de 24 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université Laval à Rimouski, 30 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université Laval à Lévis et 32 nouvelles inscriptions au campus délocalisé de l'Université Sherbrooke à Longueuil.

⁴ Le nombre d'inscriptions autorisées est de 18 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. Cependant, les places non comblées en chirurgie buccale et maxillo-faciale ne pourront être transférées que si le poste à contrat avec l'Abitibi-Témiscamingue est pourvu.

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 pourra être admis à l'externat dans le contingent particulier.

dans une école située dans l'une des localités désignées éloignées ou isolées par le MSSS, de 0,5 à 1,0, à partir de l'année académique 2025-2026 et pour les années suivantes. Trois des quatre facultés de médecine avaient déjà rehaussé cette cote de 0,5 à 1,0 ces dernières années et la bonification sera effective pour les quatre facultés pour la cohorte d'étudiants qui débiteront en 2025. Cette bonification s'appliquera aux étudiants admis directement du Cégep et devrait favoriser l'admission de candidats issus des régions dans les campus délocalisés. Cependant, les étudiants auront toujours la liberté de choisir leur milieu de formation.

La proposition retenue cette année va plus loin en demandant aux universités de mettre en place des mesures pour favoriser dans les campus délocalisés l'admission d'étudiants ayant un réel intérêt à étudier et à pratiquer en région. Deux des quatre facultés réservent déjà des places d'admission dans les campus délocalisés pour des étudiants ayant un intérêt pour la région. Cette mesure devra progressivement être étendue aux deux autres facultés de médecine. Elles devront collaborer avec le MSSS afin d'assurer la mesure des impacts des actions posées.

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

5- Autres options

Il existe deux autres scénarios possibles à la solution précédemment exposée concernant le nombre d'inscriptions en médecine : une augmentation ou une diminution. Le modèle de projection actualisé en 2019 et mis à jour annuellement depuis démontre que le statu quo est le scénario à retenir pour les années 2025-2026, 2026-2027 et 2027-2028. Si une diminution paraissait inappropriée compte tenu que les modèles prévoient que la pénurie de médecins perdurera pour au moins 15 ans, il serait difficile d'augmenter actuellement les admissions au doctorat en médecine. En effet, les facultés de médecine ont consenti des augmentations considérables dans les deux dernières années et il va falloir attendre une augmentation de la capacité à les accueillir en stage dans les prochaines années avant de songer à d'autres hausses. Il faut aussi noter que le gouvernement prend d'autres mesures pour s'assurer qu'un plus grand nombre des médecins formés au Québec s'installe dans une pratique clinique publique au Québec.

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 aussi d'augmenter les services offerts à la population afin d'améliorer l'accès à la première ligne et de diminuer les délais pour les consultations en 2^e et 3^e lignes. On note, par ailleurs, que les personnes âgées sont généralement en meilleure santé que celles du même âge il y a 10 à 15 ans, ce qui implique une meilleure prévention et prise en charge des maladies chroniques depuis les dernières années.

Il est cependant difficile de chiffrer avec grande certitude la pénurie de médecins. En médecine de famille, la méthode utilisée évalue dans les nombreux champs d'activité de la médecine de famille, le besoin de médecins selon des normes mises à jour régulièrement.

Il est à noter que la mise à jour de certaines normes a fait augmenter le besoin de quelques centaines de médecins de famille supplémentaires en 2024. Pour les autres spécialités, les places non comblées au plan des effectifs médicaux (PEM 2020-2025) des établissements sont utilisées comme mesure de l'écart. À l'instar de la médecine de famille, la mise à jour du PEM 2026-2028 de la planification triennale creusera probablement l'écart de plusieurs centaines de candidats.

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 sur 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 pour l'accueil de stagiaires, 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 satellites 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. À ce sujet, un questionnaire a été envoyé à des résidents de l'Université de Calgary étudiant dans une spécialité médicale, à la suite de leur immersion dans un milieu rural. Les résultats sont révélateurs : 45 % des répondants ont indiqué qu'ils auraient probablement pratiqué dans une communauté régionale avant cette expérience, alors que ce pourcentage a grimpé à 76 % à la suite du stage effectué dans des milieux ruraux (FMEQ, 2020).

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. Les membres de la Table de concertation, incluant le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, ont été consultés lors de l'élaboration des modalités doctorales. Les doyens des facultés de médecine du Québec ainsi que Santé Québec ont aussi été consultés.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

À la prise du projet de décret, ces modalités seront transmises 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 des modalités 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 les modalités déterminées par le gouvernement concernant les inscriptions en médecine. À l'Annexe 4, un tableau détaillé sur les inscriptions au doctorat de 1^{er} cycle en médecine en 2024-2025 est présenté. Ces données ont été obtenues par le MES, lors d'une collecte de données effectuée auprès des universités. Le MSSS assume, lui, la responsabilité de la gestion des contrats d'engagement pour les étudiants de l'extérieur du Québec.

9. Implications financières

9.1 Implications financières pour le MES

Le MES évalue que le financement global de la nouvelle cohorte de 1 205 étudiants (excluant les quatre places financées par les Forces armées canadiennes) est de 38,6 M\$. La subvention afférente au financement des clientèles qui sera versée aux universités a été évaluée avec les paramètres budgétaires de l'année 2024-2025, soit 32 022 \$ pour un étudiant admis au programme de doctorat en médecine. Dans le cadre de la Politique de financement des universités 2024-2025, les enveloppes des montants fixes proportionnels ont été mises en place. L'effectif étudiant en médecine a un impact estimé à 14,9 M\$ sur ces enveloppes.

En 2022-2023, un montant ponctuel de 33,6 M\$ a été versé aux universités pour les années universitaires 2023-2024 à 2025-2026 et 5,5 M\$ en 2023-2024 pour les années universitaires 2024-2025 et 2025-2026 afin de compenser l'augmentation du nombre d'admissions souhaité par le gouvernement du Québec. De plus, en 2024-2025, le MES a accordé un financement de 25,8 M\$ 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.

Le MES soutient les projets de délocalisation des programmes de formation en médecine en région. Il finance l'effectif étudiant selon les paramètres applicables et majore la norme de calcul des subventions liées à l'enseignement servant à couvrir les frais annuels supplémentaires. Cette majoration équivaut à 30 % pour l'Université de Sherbrooke, 18 % pour l'Université de Montréal, 33 % pour l'Université McGill et 24 % pour l'Université Laval pour les étudiants fréquentant respectivement les sites de Saguenay, Trois-Rivières, Gatineau ainsi que Lévis et Rimouski.

9.2 Implications financières pour le MSSS

Si, dans les premières années, l'augmentation des inscriptions au doctorat n'a pas eu d'incidence financière importante pour le MSSS, un financement supplémentaire est maintenant nécessaire, car des étudiants additionnels arrivent en grand nombre 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 Programme pour la formation médicale décentralisée (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 2,25 M\$ et de 5,6 M\$ en 2025-2026. Ces budgets devraient être augmentés proportionnellement à l'augmentation des cohortes. L'augmentation proposée de 40 % des

admissions en médecine sur cinq ans (2020-2021 à 2024-2025) accroît le nombre d'externes et de résidents en médecine dans les milieux cliniques. L'effet cumulatif va se poursuivre pendant dix ans après la dernière augmentation étant donnée la durée de formation en médecine spécialisée.

Malgré le contexte financier actuel, il faut bonifier les montants alloués au PFMD afin de soutenir le déplacement et l'hébergement du nombre croissant d'externes et de résidents attendus pour les stages en région. Il faut aussi s'assurer que les ressources financières et logistiques seront présentes pour soutenir le développement des places de stage en GMF inclus le Programme d'accueil en milieu clinique. Dans le contexte actuel, il serait inapproprié de restreindre les stages en région qui, en plus d'élargir le bassin de stages en réponse à la saturation des places dans les grands centres, répondent à un besoin criant des régions à attirer de jeunes professionnels.

À moyen et long termes, l'augmentation des inscriptions aura des implications financières sur la rémunération des résidents. 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 358 M\$, 2026-2027 à 369 M\$ à 395 M\$ pour 2027-2028. L'ajout de 15 postes de résidence en 2025-2026 représente à lui seul une masse de 1,2 M\$ et de 1,3 M\$ pour 2026-2027 et 2027-2028, déjà incluse dans la masse salariale globale indiquée ci-haut. L'impact sur les années futures sera révisé en fonction des données observées et à la suite d'ajustements potentiels (en lien avec les éléments de rémunération qui seront éventuellement conclus).

L'augmentation des externes et des résidents en médecine de famille nécessite aussi des investissements en termes de ressources et de locaux dans les milieux de formation en première ligne.

10- Analyse comparative

La planification des effectifs médicaux est une préoccupation pour la plupart des gouvernements provinciaux et 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, ce qui lui permet d'échanger avec les autres provinces et de 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 régler 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, 2013-2014 à 2022-2023

Province**	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Québec	903	909	910	899	888	888	869	949	969	1007
Terre-Neuve	80	80	80	80	80	80	80	81	80	81
N.-É.	110	109	110	109	109	108	115	126	130	138
Ontario	963	964	964	961	961	970	985	979	979	985
Manitoba	110	109	110	110	110	110	110	110	110	110
Saskatchewan	99	100	100	100	100	101	100	100	98	101
Alberta	319	320	320	322	322	322	322	326	313	327
C.-B.	288	288	288	288	288	301	295	290	286	289

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

**Sources : Données du Québec provenant d'une collecte effectuée auprès des universités par le MES; données des autres provinces provenant de l'Association des facultés de médecine du Canada, « Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada » (numéro 44 ; 2022).

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 2004, l'Université de Sherbrooke à Saguenay depuis 2006, l'Université McGill à Gatineau depuis 2020). Depuis 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 des cohortes supplémentaires d'étudiants en médecine.

L'Ontario et la Colombie-Britannique privilégient la formation des médecins hors des grands centres urbains et ont développé des facultés de médecine en région. C'est aussi le cas en Amérique du Nord, où il y avait 133 campus régionaux de faculté de médecine répertoriés en 2023, selon l'Association des collèges médicaux américains (AAMC)⁸.

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ

La ministre de l'Enseignement supérieur,

PASCALE DÉRY

⁸ AAMC (2023). Campus médicaux régionaux en Amérique du Nord, Association des collèges médicaux américains (AAMC). Repéré à: <https://www.aamc.org/career-development/affinity-groups/grmc/rmc-north-america>