



# Les effectifs médicaux au Québec:

*Un médecin pour chacun et une  
place pour chaque médecin*

Mémoire présenté par:  
Fédération médicale étudiante du Québec  
Mars 2017





*Mémoire rédigé par:*

**Philippe Simard**, Délégué aux affaires politiques de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Olivier Fortin**, Délégué aux affaires pédagogiques de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Jessica Ruel-Laliberté**, Présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec

**Magalie Tardif**, Présidente de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

**Frédéric Leblanc**, responsable aux affaires externes de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal

**Guillaume Roy**, Étudiant en médecine, Université de Montréal

**Margo Abi Hanna**, Étudiante en médecine, Université Laval

**Ioana Fugaru**, Étudiante en médecine, Université Laval

**Sarah Zahabi**, Étudiante en médecine, Université McGill

**Mohamed Mansouri**, Étudiant en médecine, Université McGill

**Olivier Vaillancourt** Président de l'Association générale des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke

**Anthony Bismar**, Vice-président aux affaires externes de l'Association générale des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke

*Révision et mise en page par:*

**Philippe Simard**, Délégué aux affaires politiques, FMEQ

**Olivier Fortin**, Délégué aux affaires pédagogiques, FMEQ

*Nous contacter:*

Fédération médicale étudiante du Québec et sa division, IFMSA-Québec

630 rue Sherbrooke Ouest, bureau 500

Montréal, H3A 1E4

[info@fmeq.ca](mailto:info@fmeq.ca)

## Table des matières

<b>Présentation de la FMEQ et d’IFMSA-Québec</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>Structure du Programme</b> .....	<b>3</b>
<b>Historique</b> .....	<b>4</b>
<b>Admissions</b> .....	<b>7</b>
<b>Retour sur l’historique</b> .....	<b>7</b>
<b>Une perspective canadienne</b> .....	<b>8</b>
<b>Inquiétudes de la FMEQ</b> .....	<b>8</b>
<b>Table de concertation des effectifs médicaux</b> .....	<b>10</b>
<b>Comparatif canadien</b> .....	<b>12</b>
<b>La résidence</b> .....	<b>14</b>
<b>La pratique</b> .....	<b>16</b>
<b>Accéder à la pratique médicale dans le système québécois</b> .....	<b>16</b>
Système d’obtention d’un poste selon les plans d’effectifs du Québec .....	16
Le chômage et la difficulté d’emploi chez les jeunes médecins : Étude du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.....	19
La situation actuelle au Québec.....	20
Des difficultés bien réelles.....	21
<b>Un Investissement Financier, Personnel et Social</b> .....	<b>22</b>
Coût de formation d’un médecin.....	22
Un stress supplémentaire .....	22
Le <i>fellowship</i> “suicide” : une réponse à une situation anormale et une perte d’expertise importante .....	23
<b>Une décision difficile : Se tourne vers le privé ou quitter le Québec</b> .....	<b>24</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>26</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>29</b>

## Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Québec

La «Fédération médicale étudiante du Québec» ou FMEQ a été fondée par les quatre associations médicales étudiantes du Québec, soit l'AGÉÉMUS de Sherbrooke, le MSS de McGill, le RÉMUL de l'Université Laval et l'AEEMUM de l'Université de Montréal en 1974. Elle représente l'ensemble des 4000 étudiants et étudiantes en médecine du Québec.

Sa principale mission est de représenter les quatre associations étudiantes médicales du Québec en une seule voix unie et plus puissante. La FMEQ a aussi pour rôle de défendre et de promouvoir les intérêts collectifs spécifiques aux étudiants en médecine du Québec particulièrement en matières pédagogique, politique et sociale. La FMEQ s'est d'ailleurs fait entendre à la Commission de la Santé et des Services Sociaux lors des audiences sur le projet de loi n°20 au printemps 2015. Elle favorise la communication et la collaboration entre les associations membres et leurs membres. Elle établit des partenariats afin de fournir des services spécifiques aux membres associatifs et individuels.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, elle a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre multiples activités de formation et congrès en santé; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec; se positionne sur les enjeux d'actualité; et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

# Introduction

---

L'accessibilité aux soins de santé est un sujet qui ne cesse de faire les manchettes ces derniers temps, avec raison. Au dire de plusieurs, le Québec fait actuellement face à une pénurie de médecins. Or, les cas rapportés de finissants incapables de se trouver un poste au terme de leur formation, initialement anecdotiques, deviennent de plus en plus monnaie courante. On en vient donc à se questionner si le réel problème se retrouve dans le nombre de médecins formés ou plutôt dans une gestion adéquate des effectifs médicaux en place.

En effet, entre 1997 et 2013, le nombre d'admissions en médecine par année a plus que doublé, passant de 406 à 847 dans le contingent régulier. Jusqu'à maintenant, les facultés semblent capables de bien répondre à ce nombre élevé d'étudiants, bien que quelques inquiétudes subsistent face à la qualité de l'exposition clinique et aux capacités d'accueil de certains milieux.

Cependant, nous avons pu constater dans les dernières années que, bien que plusieurs Québécois n'aient pas accès à un médecin, les finissants de plusieurs disciplines peinent à se trouver un emploi. Cette difficulté s'explique souvent par un manque de ressources offertes, diminuant ainsi le nombre de postes disponibles (manque de salles d'opération, de personnel, d'équipements, etc.). Ces cas, de plus en plus fréquents, combinés aux hausses d'admissions, ont soulevé de nombreuses craintes. La FMEQ appréhende notamment que certains étudiants n'aient pas d'emploi à la fin de leur résidence, ce qui serait inacceptable, considérant que c'est le MSSS qui contrôle à la fois les admissions, les places en résidence et les postes, et que la formation d'un médecin coûte à la société entre 500 000 et 1 million de dollars, selon la spécialité.

Il existe au Québec une Table de concertation des effectifs médicaux, qui vise à planifier l'organisation et la distribution de la main-d'œuvre médicale pour les prochaines années. Or, cette Table recommande depuis plusieurs années une diminution prudente des admissions au doctorat en médecine, afin de tenir compte des besoins populationnels en 2037. Cependant, le gouvernement refuse d'appliquer les recommandations de la Table.

Diminuer les admissions en médecine paraît certes contre-productif, vu la difficulté qu'ont plusieurs Québécois à accéder à un médecin de famille, mais il faut tout de même prendre en considération les nombreux enjeux entourant la planification des effectifs médicaux dans la province. Le présent document tente d'identifier ces enjeux et de dresser un portrait objectif de la situation actuelle en s'attardant aux trois étapes clés de la formation médicale : les admissions en médecine, les postes en résidence et les postes de pratique, régis par les *Plans régionaux des effectifs médicaux* (PREM). Ce mémoire vise à vous faire comprendre que la solution à l'accès à des soins pour tous ne repose pas sur une augmentation du nombre de médecins, mais plutôt sur une meilleure gestion des effectifs médicaux, et surtout sur une vision à long terme de l'enjeu, qui dépasse le mandat d'un seul gouvernement. En effet, chaque médecin formé au Québec devrait avoir l'opportunité de travailler dans le système public et ainsi redonner à la population.

## Structure du Programme

Au Québec, le doctorat en médecine est d'une durée de 4 à 5 ans, incluant une année préparatoire à l'Université de Montréal et l'Université McGill pour les étudiants venant du Cégep<sup>1</sup>. Les deux ou trois premières années consistent principalement en des cours théoriques, alors que les deux dernières années forment la période intensive de stages en milieu hospitalier appelé externat.

Une fois gradué, un étudiant porte le titre de médecin (M.D.); toutefois, il n'est pas encore habilité à pratiquer seul la médecine. Il faut d'abord effectuer la résidence en médecine, d'une durée allant de 2 ans pour la médecine de famille à plus de 6 ans pour certaines spécialités. Tel qu'il sera détaillé plus loin, le nombre de postes dans chaque résidence est déterminé par le gouvernement, selon les recommandations de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. L'application à la résidence relève toutefois d'un organisme indépendant pancanadien, le *Canadian Residency Matching System (CaRMS)*. C'est au cours de ce long processus d'application que les finissants du doctorat en médecine obtiennent leur poste en résidence dans une université et une spécialité précise.

Finalement, une fois la résidence terminée et les différents examens de certification du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada réussis, les résidents doivent obtenir un poste pour pratiquer la médecine. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) détermine, selon les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), le nombre de nouveaux médecins qui peuvent être engagés dans chaque région et chaque centre hospitalier pour chacune des spécialités. Il est donc nécessaire d'obtenir un poste dans une région en fonction de leurs PREM pour pratiquer dans un centre hospitalier au Québec. Or, depuis quelques années, il est de plus en plus difficile d'obtenir un PREM dans certaines disciplines, notamment dans les spécialités chirurgicales, poussant ainsi certains nouveaux médecins à aller travailler au privé ou à l'extérieur du Québec.

Certains résidents optent, au terme de leur résidence, d'effectuer une sur-spécialisation (communément appelée fellowship) afin d'augmenter leurs chances d'obtenir des postes dans des centres hospitaliers universitaires. Toutefois, selon un rapport de 2013 du Collège royal, plus de la moitié de ces médecins poursuivaient une formation supplémentaire sans avoir un poste garanti. Également, de plus en plus d'hôpitaux non universitaires exigent maintenant des fellowships alors qu'il ne s'agit aucunement d'une contrainte du ministère.

La formation médicale est donc un long processus, qui s'échelonne sur une durée de 6 à plus de 12 ans dans certains cas, et dont chaque étape est empreinte de difficultés et d'incertitudes quant à la suite. L'époque où entrer en médecine était garant d'obtenir du travail semble de plus en plus révolue.

---

<sup>1</sup> Les étudiants non bacheliers ou ayant fait des études dans un domaine non connexe (musique, communication, droit, etc.) doivent aussi passer par l'année préparatoire à l'UdeM.

## Historique

Avant de discuter des problématiques identifiées par la FMEQ, un bref historique de la planification des effectifs médicaux et des admissions en médecine au Québec est de mise.

Tout débute au tournant des années 1970, alors que le système de santé public au Québec prend son envol. La Loi sur l'assurance maladie et la création de la RAMQ en 1969-1970 mettent les bases du système tel qu'on le connaît aujourd'hui. La création de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en 1968 se produit dans le même contexte. On cherche à augmenter les admissions en médecine et à accueillir davantage de médecins étrangers afin d'assurer un flot suffisant d'effectifs médicaux dans le nouveau système entièrement financé par le gouvernement provincial. Très peu de réglementation entoure les admissions en médecine et la répartition des médecins finissants sur le territoire québécois. Il s'ensuit un développement plutôt désordonné des effectifs médicaux, ce qui amène une répartition inégale des médecins selon les spécialités et selon les régions, tel que noté dans les travaux de Fournier. Plusieurs experts de l'époque remarquent une pénurie des effectifs dans les régions éloignées et dans certains milieux.

Le développement chaotique des effectifs médicaux et la concentration des effectifs dans les milieux urbains amènent le Ministère des affaires sociales (MAS), ancêtre du MSSS, à vouloir mieux contrôler le flux de médecins et leur répartition. Une impression de surplus de médecins règne au Ministère. On décide alors de réduire la croissance des effectifs, notamment en limitant l'entrée de médecins étrangers et en réduisant les admissions en médecine et les postes en spécialité. Les admissions passent de 579 à 472 et les postes en spécialité, de 319 à 269. La restriction se poursuit ainsi durant la première moitié de la décennie.

Afin de mieux organiser la planification des effectifs médicaux, le Ministère crée, en 1986, la Table permanente de concertation sur l'effectif médical au Québec. Cette Table a pour objectif d'étudier les admissions en médecine, les postes en résidence et la répartition des effectifs sur le territoire, et d'émettre des recommandations sur le sujet afin d'assurer l'arrimage des ressources humaines en santé avec les besoins populationnels. Le premier rapport de la Table, émis en 1988, prévoit un ralentissement assez important au niveau des services médicaux fournis avec les effectifs présents. Plusieurs facteurs sont mis en compte pour expliquer le ralentissement. La baisse des admissions au début des années 1980 est majoritairement en cause. On remarque aussi une féminisation et un vieillissement des effectifs, ce qui apporte des changements majeurs au niveau du mode de pratique. On prévoit aussi une augmentation des besoins avec la croissance et le vieillissement de la population. On recommande alors d'augmenter les admissions en médecine à 481 et les postes en résidence à 325 jusqu'en 1994 [14].

L'évolution de la planification des effectifs médicaux se poursuit ainsi jusqu'au début des années 1990. Malgré les recommandations de 1988 de la Table de concertation basées sur les besoins populationnels, le gouvernement décide, dans le contexte de la crise des finances publiques, d'ajuster les effectifs médicaux sur la capacité de payer de l'État. On décide alors de mettre en place plusieurs mesures afin de réduire la quantité de médecins payés par la RAMQ et de diminuer les

dépenses publiques, notamment en diminuant les admissions en médecine à 406, soit au plus bas depuis près de deux décennies, et en encourageant le départ à la retraite de plusieurs médecins en fin de carrière.

Les décideurs se justifient alors en disant qu'une réorganisation du système de la santé et le développement de nouvelles technologies viendront augmenter la productivité de la pratique des médecins québécois, ce qui compenserait pour le nombre diminué d'effectifs. C'est à ce moment qu'on introduit, entre autres, les Activités médicales particulières (AMP) afin d'amener les médecins de famille de première ligne à compenser la perte artificielle de médecins en deuxième et en troisième ligne par des changements dans leur modèle de pratique. On met aussi en place des mesures afin de diriger les médecins dans les régions en demande [5].

À la fin des années 1990, on se retrouve alors face à une réelle pénurie des effectifs médicaux et à un important problème de répartition de médecins sur le territoire. En effet, le nombre de médecins québécois diminue en dix ans. Le nombre de médecins de famille passe notamment de 5 458 en 1994 à 5 322 en 1998. De plus, tel que décrit par les travaux de Chan [7], de l'Institut canadien d'information sur la santé, et de Contandriopoulos [10], du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé, le ratio «réel» des médecins dans la population diminue considérablement dans les années 1990. Ce ratio est décrit comme un ajustement du niveau de travail des médecins selon les changements démographiques de la profession et des besoins populationnels grandissants. Autrement dit, alors que l'augmentation des besoins populationnels et les changements au niveau de l'organisation de la pratique médicale auraient nécessité une augmentation graduelle des effectifs médicaux pour maintenir un niveau de service adéquat, c'est plutôt le contraire qui se produit.

Plusieurs facteurs expliquent cette diminution drastique, selon les travaux de Chan et de Contandriopoulos. On remarque une désaffection importante du travail en clinique et en première ligne. En effet, le mode de pratique des médecins plus âgés, qui accordent une part plus importante de leur travail au bureau et à la clinique, en soins de continuité, est remplacé par celui des jeunes médecins, qui accordent de plus en plus de place dans leur pratique aux soins urgents et à l'hospitalisation. Au Québec, le fait que les médecins de famille commencent à travailler dans les hôpitaux pour pallier le manque de spécialistes, notamment en raison des AMP, renforce ce changement de mode de pratique. Ce faisant, à peine 60% de la pratique des médecins de famille est en première ligne, une tendance plus lourde chez les plus jeunes. Un autre facteur est la diminution du niveau d'activité de la profession. Les changements démographiques, comme la féminisation et le vieillissement des effectifs médicaux, amènent un mode de pratique complètement différent en première ligne. En effet, les médecins plus âgés ont tendance à travailler un peu moins et les femmes ont tendance à voir moins de patients, mais plus longtemps. On remarque aussi, chez les hommes et les femmes dans la profession, une diminution de la productivité et du nombre d'heures travaillées dès le début des années 1990. Un troisième facteur est l'augmentation des besoins populationnels avec la croissance et le vieillissement de la population. Cela augmente la lourdeur des cas et, par le fait même, la durée des consultations. L'augmentation de la durée des études postdoctorales, notamment avec la fin de l'internat par

rotation, remplacée par des programmes de résidence complets, retarde l'arrivée sur le marché du travail d'une génération de médecins dans le système de santé. Un ensemble de facteurs contribuant à la réduction du nombre absolu des effectifs, tel que mentionné plus tôt, comme la restriction du recrutement de diplômés hors-Québec, les primes de départ à la retraite et la diminution des inscriptions dans les facultés de médecine dans les années 1980 et 1990, ont aussi eu une forte influence sur la pénurie des effectifs médicaux.

L'an 2000 marque un tournant dans la répartition des effectifs médicaux au Québec. Le gouvernement de l'époque s'aperçoit que la situation en est une de crise. Il y a alors un immense problème de répartition des médecins sur le territoire, et ce, dans plusieurs secteurs et spécialités. L'accès aux soins de santé est inégal à travers la province, et les régions éloignées se retrouvent avec une pénurie franche à tous les niveaux. De plus, plusieurs spécialités manquent d'effectifs. La première ligne est abandonnée par les médecins de famille qui couvrent les soins hospitaliers, eux-mêmes mis à mal par la réduction des effectifs pendant les années 1990. De multiples groupes de travail sont mis sur pied, culminant à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Michel Clair (Commission Clair), qui émet plusieurs recommandations desquelles sont tirées les orientations stratégiques du MSSS à partir de 2001 [9]. On décide de mieux planifier et suivre la répartition des effectifs médicaux. On met en place une augmentation drastique des admissions en médecine au Québec, tel que le montrent les travaux de Parent [23]. On planifie mieux les places en résidence afin d'orienter la répartition des effectifs dans les spécialités. On utilise davantage et mieux les PREM afin de mieux répartir les effectifs dans les régions appauvries. De nouvelles techniques sont mises en place dans les facultés pour favoriser l'exode des étudiants vers les régions éloignées, dont une meilleure accessibilité à des stages en médecine familiale et en région. On crée aussi les campus de Trois-Rivières et de Saguenay afin de susciter l'intérêt des étudiants à demeurer dans ces régions, en manque criant de médecins.

L'augmentation des admissions en médecine commence à se faire sentir en 2008, à la fin d'un premier cycle de formation, alors que le Collège des médecins du Québec observe pour une première fois une augmentation des effectifs absolus. Du côté des PREM, on observe enfin que les postes disponibles dans toutes les régions du Québec atteignent les objectifs du MSSS, soit 80%, tant du côté de la médecine familiale que de la médecine spécialisée. L'état de crise du début du millénaire semble se résorber tranquillement.

En rétrospective, deux décennies de décisions pauvrement planifiées, au niveau de la planification des effectifs médicaux et des admissions en médecine, entre autres, auront eu un effet dévastateur sur l'offre de soins à la population. La société québécoise peine d'ailleurs toujours à se remettre des contrecoups des politiques médicales mises en place dans les années 1980-1990. Si l'histoire peut nous enseigner une seule chose, c'est que des décisions brusques et non fondées peuvent avoir des conséquences majeures si on ne prend pas les précautions nécessaires. C'est notamment le cas dans la sphère de la planification des effectifs médicaux, alors que les soubresauts des décisions d'aujourd'hui se feront sentir seulement dans une quinzaine d'années.

# Admissions

## Retour sur l'historique

Comme le mentionne la section précédente, la réduction drastique des admissions en médecine, au début des années 1990, a contribué à faire en sorte que le Québec se retrouve face à une forte pénurie au niveau des effectifs médicaux au tournant de l'an 2000. Par la suite, comme le montre le Tableau suivant, tiré des travaux de Parent [23], le MSSS enclenche une augmentation fulgurante des admissions en médecine au cours des 10 années suivantes.

*Tableau 2 Évolution des orientations stratégiques du MSSS dans le nombre annuel des admissions en médecine, 1998 à 2010*

	Contingent 1998-1999	Orientations 2001-2004	Orientations 2005-2010	Croissance depuis 1998-1999	Orientations 2010-2015
<b>Admissions en médecine</b>	406	666 à 716	789	94 %	789

Source : Rapports annuels de gestion du MSSS pour les années 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2009-2010 et 2010-2011

Les données de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), qui recense l'ensemble des étudiants en médecine au pays, montrent des chiffres similaires [1]. Ainsi, les admissions en médecine au Québec ont atteint 820 au cours de l'année 2006-2007, pour ensuite progresser à 917 pour l'année 2015-2016. Les dernières données du MSSS se situent autour de 870 nouvelles inscriptions par année. Certaines déductions doivent être faites pour considérer les étudiants qui forment ce qu'on appelle le contingent particulier. Ceux-ci deviennent des étudiants à part entière dans le programme, mais ils ne sont pas comptabilisés dans la projection des effectifs médicaux au Québec. Ce contingent inclut les étudiants canadiens hors province, les Forces armées, les Premières nations et Inuits et les diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU). Ces étudiants sont soumis à des ententes particulières avec le MSSS et ne peuvent donc pas être pris en compte dans le calcul de projection. Le contingent régulier, qui regroupe les étudiants formés au Québec et comptabilisés dans la projection des effectifs médicaux, est composé cette année de 847 étudiants. En une quinzaine d'années, le MSSS a donc plus que doublé le nombre de médecins formés par année au Québec, un changement sans précédent dans l'histoire. Ce changement était certes nécessaire pour accélérer le renouvellement des effectifs médicaux dans un contexte de pénurie, au début des années 2000, mais un nouveau regard doit être posé.

## Une perspective canadienne

Bien que parfois limitée, la comparaison avec le reste du Canada demeure intéressante. En effet, l'ensemble des provinces administrent elles-mêmes leur système de santé, sous l'égide de la Loi canadienne sur la santé, et planifient toutes les inscriptions en médecine au sein de leurs universités financées par le gouvernement.

Les travaux de Chan [7] montrent qu'une série de mesures gouvernementales, semblables à celles prises au Québec, ont fait en sorte qu'une pénurie relative d'effectifs médicaux se fasse sentir partout au pays. La diminution des admissions en médecine dans les années 1980-1990 et les changements majeurs au niveau du style de pratique sont deux facteurs majeurs ayant contribué à la baisse du ratio d'effectif médical au Canada. Une augmentation des admissions en médecine était donc nécessaire partout au pays pour y compenser. Les données de l'AFMC [1] illustrent cette augmentation entre 1990 et 2016. En effet, la Colombie-Britannique voit ses admissions augmenter de 121 à 292 par année, l'Ontario passe de 617 à 967 admissions par année et l'Alberta hausse ses entrées de 193 à 324 par année. Au Canada, le nombre de futurs médecins qui débutent leur formation passe de 1791 par année en 1990-1991 à 2919 en 2015-2016.

Ainsi, bien que certains éléments historiques divergent, la situation québécoise actuelle, soit le repeuplement des effectifs médicaux suite à une période de pénurie, est similaire à la situation dans les autres provinces canadiennes. Tel qu'illustré plus loin, certains parallèles peuvent effectivement être tirés entre la planification des effectifs médicaux au Québec et celle qui se fait ailleurs au Canada.

## Inquiétudes de la FMEQ

Dès 2002, dans la foulée de la Commission Clair, la FMEQ émettait des réserves quant à l'augmentation drastique des admissions en médecine au Québec. En effet, un groupe de réflexion de la FMEQ s'interrogeait sur la capacité des universités à accueillir l'afflux massif de nouveaux étudiants au sein de leurs murs. Le groupe a alors produit une liste de recommandations ayant trait aux ressources professorales, aux ressources matérielles, à l'accès aux locaux et, surtout, aux capacités d'accueil dans les milieux de formation. Des comités *ad hoc* ont alors fait le suivi de ces recommandations en 2006 et en 2008. Quinze ans plus tard, il semblerait que les Facultés de médecine se soient ajustées à la taille des nouvelles cohortes, mais il n'en demeure pas moins que certains enjeux demeurent. En effet, le recrutement de professeurs représente un défi année après année et les locaux dans certaines universités restent peu adaptés pour la taille des groupes d'étudiants. De plus, les externes en médecine, c'est-à-dire les stagiaires en cours de formation, ont parfois de la difficulté à trouver des milieux de stage, étant donné que les centres de formation clinique sont de plus en plus saturés avec l'imposante quantité d'étudiants qui entreprennent leur formation.

Cela dit, l'augmentation des admissions en médecine s'est arrêtée dans les dernières années et l'impact négatif d'une hausse drastique est maintenant derrière nous. Toutefois, certains enjeux doivent toujours être adressés, et il est de la responsabilité du gouvernement, en collaboration avec les Facultés de médecine, de s'assurer que les conditions de formation de chaque étudiant en médecine soient optimales et adéquates. En effet, il est primordial de se rappeler que les étudiants en médecine ne sont pas de simples chiffres dans un algorithme de planification. Au contraire, ce sont des individus à part entière qui interagissent avec le système de santé au travers leur apprentissage et qui nécessitent des milieux de formation qui leur permettront de s'épanouir pleinement et, ainsi, de devenir les médecins de demain. La qualité de la formation médicale fait donc partie intégrante de la discussion sur la planification des effectifs médicaux.

# Table de concertation des effectifs médicaux

---

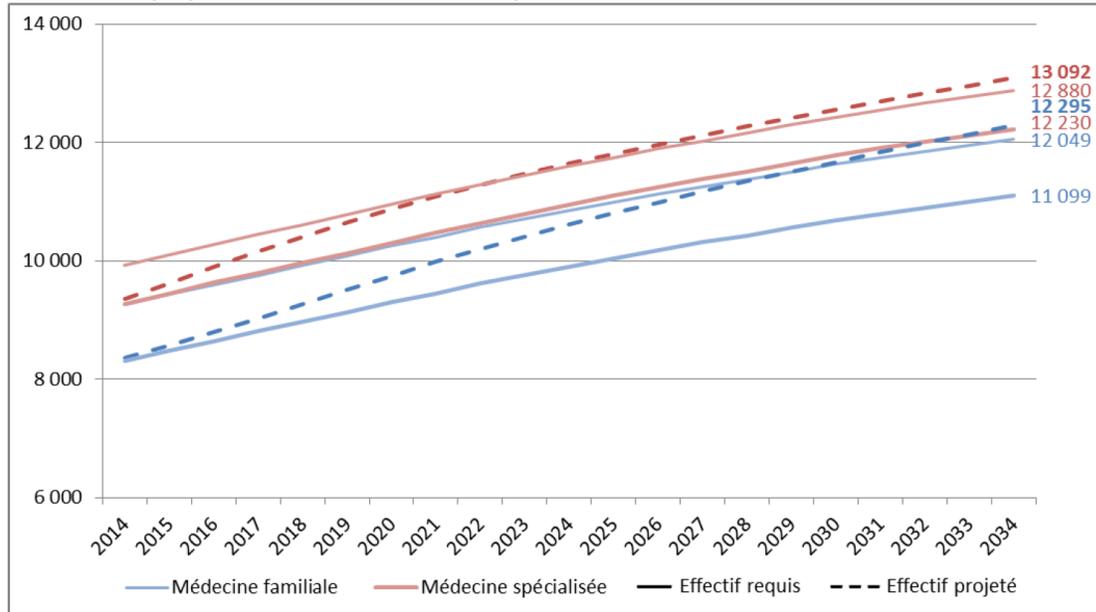
Dans l'optique de suivre l'évolution des effectifs médicaux, tout en prenant compte du point de vue des différents intervenants impliqués dans le domaine, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a mis en place, en 1986, la *Table permanente de concertation sur l'effectif médical au Québec* [14]. Son but premier est de déterminer, en fonction des besoins populationnels et des contraintes de chacun des groupes présents à cette Table, le nombre d'étudiants acceptés dans le programme de médecine au Québec ainsi que le nombre de résidents acceptés dans chacune des spécialités médicales. La Table vise à prévoir l'évolution de la demande en main-d'œuvre médicale au cours des prochaines décennies, en tenant compte de la hausse des besoins en santé, ainsi que vieillissement de la population et des effectifs médicaux. Parmi les interlocuteurs présents à cette Table, on retrouve des instances gouvernementales (MSSS, Ministère de l'Éducation), des associations médicales (FMSQ, FMOQ, FMRQ, FMEQ), des représentants (doyens et vice-doyens) des quatre facultés de médecine québécoises, le Bureau de coopération interuniversitaire et le Collège des Médecins du Québec. La Table soumet ensuite ses recommandations au Ministre de la Santé qui détermine ultimement avec le Conseil des ministres le nombre d'admissions en médecine et en résidence.

Depuis quelques années, les recommandations de la Table ont été assez constantes en ce qui a trait aux admissions dans les facultés de médecine : le contingent régulier, soit les admissions pour les citoyens québécois en excluant les membres des Premières Nations et des Forces Canadiennes, est maintenu à 847 admissions par année. Le gouvernement appliquait également de prime abord ce nombre d'admissions. Cependant, le Ministère de la Santé obligeait les facultés de médecine à combler l'attrition que l'on retrouvait au sein du programme; ainsi, pour l'année scolaire 2016-2017, en plus des 847 admissions régulières du contingent régulier, le MSSS a alloué 22 places additionnelles pour combler les attritions, amenant à 869 le nombre total d'admissions dans les programmes de médecine au Québec. Il importe de spécifier que, dans les considérations de la Table, un certain taux d'attrition est déjà inclus dans les calculs pour déterminer le nombre de places en résidence et, ultimement, le nombre de médecins en pratique. De plus, il est assez difficile pour les facultés d'ajouter des étudiants au programme en fonction des abandons, vu la grande complexité de gestion que représentent les programmes de médecine, que ce soit pour le nombre de professeurs ou de places de stage.

En 2015, la Direction de la main-d'œuvre médicale, un organe du MSSS, a présenté un rapport à la Table dans lequel elle analysait quelques projections sur l'effectif médical. Ce rapport compare différents scénarios sur le nombre d'admissions en médecine dans le but de combler l'ensemble des besoins du réseau de la santé du Québec, le tout basé sur un horizon allant jusqu'en 2034 [23]. Tout d'abord, le rapport tente d'analyser les répercussions du *statu quo*, i.e. si le nombre d'inscriptions régulières au doctorat en médecine était maintenu à 847 admissions par année dans le contingent

régulier, le tout sans remplacer les attritions. Selon ce scénario, tout en considérant les départs à la retraite et la hausse des besoins en santé, il y aurait 246 médecins omnipraticiens et 211 médecins spécialistes de plus que ce dont le système de santé québécois aurait besoin pour fonctionner adéquatement et combler les besoins de l'ensemble de la population québécoise.

**Figure 2**  
**Résultats de projection du scénario du statu quo**



**Figure 1: Projection des effectifs médicaux 2014-2034 : statu quo [23]**

L'autre situation analysée était un scénario où le nombre de médecins en pratique correspondait exactement aux besoins de la population. Pour atteindre une telle situation, il faudrait, selon le rapport, diminuer graduellement le nombre d'admissions dans les facultés de médecine jusqu'à atteindre 780 admissions dans le contingent régulier en 2020, pour ensuite maintenir ce nombre jusqu'en 2034. Dans les deux projections effectuées, la distribution entre les résidents en médecine familiale et ceux en spécialités était maintenue à respectivement 55% et 45%, comme cela semble faire consensus. Cette projection s'accompagnait également d'une hausse du nombre de places en résidence à 934 pour les prochaines années.

**Figure 3**  
**Résultats de projection du scénario retenu**

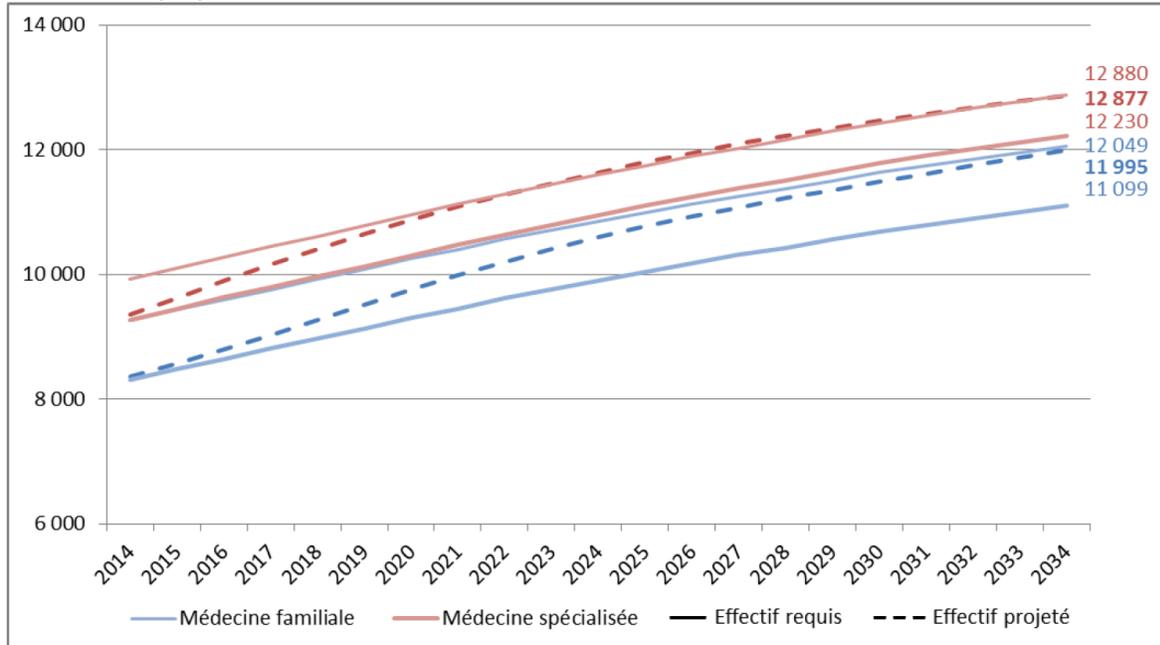


Figure 2: Projection des effectifs médicaux 2014-2034 : diminution des admissions à 780 [23]

## Comparatif canadien

Afin de mieux planifier l'effectif médical nécessaire pour combler les besoins de sa population, l'Ontario s'est dotée d'un système indépendant pour estimer l'évolution des besoins médicaux au fil du temps [28]. Ce système a été mis en place en 2007 par le Conference Board of Canada, suite à un appel d'offres indépendant. Le modèle prédictif est basé sur une étude démographique complète analysant la distribution des différentes maladies et de leurs facteurs de risque, les changements populationnels et les besoins associés dans chacune des spécialités médicales. À partir de ces données, il leur est possible d'extrapoler le nombre de médecins nécessaires pour remplir les besoins de la population, tout en tentant d'insérer dans l'équation l'apport grandissant du personnel médical autre que les médecins, particulièrement les infirmières cliniciennes. Un tel système a l'avantage de dépolitiser les décisions de l'effectif médical : en effet, le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario se base principalement sur ce modèle mathématique complètement indépendant plutôt que de faire fluctuer les admissions en médecine sur la base de positions partisans. Suivant ce modèle, l'Ontario a déjà commencé à stabiliser son nombre d'admissions en médecine depuis quelques années. Ce modèle analytique indépendant gagne d'ailleurs en popularité dans le reste du pays, notamment au travers de l'AFMC qui travaille actuellement sur un projet pilote de planification des effectifs médicaux pancanadien, en collaboration avec le Conference Board of Canada et Santé Canada (comité consultatif sur la planification des effectifs médicaux, CCPEM). De plus, force est d'admettre que la Table permanente de concertation sur l'effectif médical au Québec a décidé, de par ses recommandations actuelles, en

suivant le rapport qui leur a été présenté en 2015, de suivre les indications d'un tel système analytique indépendant.

En février 2017, les membres de la Table se sont rencontrés pour débiter les discussions sur leurs recommandations quant aux admissions en médecine pour la prochaine politique triennale. Suite aux discussions, les différents acteurs réunis à la Table ont décidé d'un commun accord de mettre en branle une diminution des admissions dans les programmes de médecine au Québec, se dirigeant ainsi vers la cible de 780 admissions en 2020. Pour ce faire, la Table recommande de diminuer le nombre d'entrées dans les programmes de médecine au Québec de 17 par année, permettant ainsi de combler l'ensemble des besoins du système de santé dans les prochaines années.

Selon l'historique des décisions ministérielles des dernières années, il devient légitime de se questionner à savoir si les recommandations de la Table seront respectées en suggérant une telle baisse. Si le MSSS ne se fie pas à l'avis consensuel du groupe très vaste que constitue la Table permanente de concertation sur l'effectif médical au Québec, celui-ci court le risque de se diriger vers un scénario tel qu'évoqué plus haut, où le Québec se retrouvera avec un surplus de main-d'œuvre médicale en comparaison à ses besoins. Bien qu'il puisse sembler enviable pour la société d'avoir un surplus de médecins, il faut comprendre qu'il est préférable d'ajuster le nombre de résidents finissants à la demande populationnelle, afin de s'assurer que tous les médecins formés au Québec puissent se trouver un emploi dans la province. Nous aborderons ces enjeux dans les sections suivantes.

## La résidence

---

La résidence, aussi connue sous le nom de formation postdoctorale, est ce qui suit le doctorat en médecine. D'une durée de 2 ans pour la médecine familiale, elle peut s'échelonner jusqu'à 7 ans dans le cadre de certaines spécialités. C'est cette formation qui permet à un médecin d'obtenir sa certification de la part du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada. Il est nécessaire pour les étudiants en médecine de suivre une formation additionnelle après la réussite du doctorat en médecine et d'obtenir leur certification d'un des deux Collèges canadiens avant de pratiquer la médecine de façon autonome.

Avant de débiter leur formation postdoctorale, les étudiants en médecine sont sélectionnés individuellement par les programmes de résidence au cours de leur dernière année du doctorat, dans un processus étalé sur près d'un an. Le mécanisme d'application en résidence est régi par un organisme pancanadien et indépendant, le Canadian Residency Matching Service (CaRMS), qui offre un service de candidature et de jumelage équitable, objectif et transparent pour l'enseignement médical à travers le Canada. En fait, il s'agit d'une plateforme informatique sur laquelle les étudiants postulent pour la spécialité de leur choix, dans l'université de leur choix. Les étudiants doivent soumettre leurs dossiers de candidature, puis sont invités à passer une entrevue.

Une fois le processus de sélection terminé, le CaRMS jumèle un candidat à un programme grâce à un algorithme qui combine la liste de priorités du candidat avec la liste de préférences de chaque programme. Le CaRMS agit ainsi comme intermédiaire entre les appliquants et les programmes de résidence, afin d'assurer la transparence et l'équité du processus. Cette façon de faire est obligatoire et représente, dans les faits, la seule avenue possible pour obtenir un poste de formation dans un programme de résidence au pays. Bien que le service de jumelage soit ouvert à tous les étudiants en médecine du Canada pour tous les programmes de résidence, le nombre de postes disponibles dans chaque spécialité n'est pas infini. En effet, chaque province canadienne limite l'entrée de nouveaux résidents dans les programmes de formation en fonction de ses besoins.

Au Québec, le nombre de postes en résidence dans chaque université et dans chaque programme est déterminé annuellement par la Table de concertation sur la planification des effectifs médicaux, en fonction des besoins populationnels dans les différentes spécialités et selon la capacité des centres de formation à offrir les ressources nécessaires à la formation de leurs résidents (plateaux techniques, milieux de pratique, médecins enseignant/cliniciens-formateurs). La méthode de détermination des besoins populationnels futurs suit la même logique que celle planifiant les admissions en médecine, présentée dans la section précédente. Ainsi, les membres de la Table tentent de prédire le nombre de médecins qui seront nécessaires dans chaque spécialité, en prenant en compte les besoins actuels, les départs prévus à la retraite, les changements au niveau de la pratique médicale et les changements démographiques. Il est aussi nécessaire de considérer le temps nécessaire pour former les résidents dans ces calculs de projection. En effet, comme mentionné précédemment, il peut prendre jusqu'à 7 ans après la fin du doctorat en médecine pour

former un spécialiste. Le défi de la projection des effectifs médicaux au niveau de la résidence est d'arriver à prédire de façon exacte les besoins populationnels 5 ans plus tard, et ce, pour des domaines précis comme la néphrologie ou la cardiologie pédiatrique. Pour ce faire, l'utilisation de modèles mathématiques, ainsi que de l'expérience de terrain des membres de la communauté médicale, est nécessaire, comme il est fait présentement lors des rencontres de la Table.

En plus de déterminer la répartition des postes dans chaque programme de résidence, la Table de concertation des effectifs médicaux décide de la distribution générale des médecins entre l'omnipratique et la pratique spécialisée, en filtrant l'entrée des résidents dès le début de leur formation postdoctorale. Depuis plusieurs années, la Table tente de combler le manque de médecins en première ligne en favorisant graduellement une proportion de 55% des postes de résidence en médecine familiale et de 45% en spécialité. Ce ratio optimal a été déterminé suite à l'analyse de plus de 600 projections envisagées au niveau des admissions en médecine, tel qu'il a été démontré dans la section précédente. Pour l'année 2017, 492 places étaient attribuées à la médecine familiale et 416 en spécialité, c'est-à-dire 54% et 46%, respectivement. Considérant les besoins populationnels croissants en médecine de première ligne et les projections fournies par la Table, ce ratio serait à privilégier.

Historiquement, le nombre total de postes en résidence a toujours été déterminé en fonction du nombre d'étudiants admis au programme 4 ans auparavant, en considérant les pertes inévitables d'étudiants en cours de formation et en ajoutant des postes pour les applicants potentiels de l'extérieur du Québec. Comme on surestimait souvent le nombre de postes nécessaires, environ 40 postes, surtout en médecine familiale, n'étaient pas comblés à chaque année. Pour le jumelage 2017, le nombre de postes a été calculé en fonction du nombre de finissants, avec un ajout pour les applicants potentiels de l'extérieur de la province, ce qui représente une façon plus juste d'ajuster le nombre de postes en résidence avec les applicants potentiels. Le nombre de postes au total est ainsi passé de 930 en 2016 à 908 en 2017.

On constate donc que le nombre de postes en résidence au Québec, ainsi que leur distribution, est dicté par le MSSS, tout comme le sont les admissions en médecine et les postes en pratique dont il sera question dans le prochain chapitre. Il apparaît alors illogique que certains finissants se retrouvent sans emploi à la fin de leur formation alors que chaque étape du processus est théoriquement régulée selon la projection des effectifs médicaux en fonction des besoins populationnels. Il est donc important d'avoir une vision à long terme, basée certes sur les besoins actuels, mais surtout sur les besoins futurs.

# La pratique

---

## Accéder à la pratique médicale dans le système québécois

### Système d'obtention d'un poste selon les plans d'effectifs du Québec

Au terme de leur formation postdoctoral, les résidents doivent, afin d'exercer leur profession dans un établissement de santé, obtenir un avis de conformité au plan régional d'effectifs médicaux (PREM) ou un poste en établissement selon le plan d'effectifs médicaux (PEM) [8,17]. Ce système d'attribution des postes dans les établissements de santé est unique au Québec et a été établi afin de répondre aux besoins populationnels en termes de soins et services de santé. Si un médecin de famille choisit de pratiquer dans une région sans PREM, il subira une réduction de 30% de sa rémunération. De plus, il ne pourra pas faire de demande de PREM dans cette région pendant les 5 années suivantes [19].

Les médecins de famille exerçant dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont soumis à *l'Entente particulière relative au respect des PREM* [19]. Cette entente requiert que le médecin obtienne un avis de conformité au PREM auprès du Département régional de médecine générale (DRMG) de la région de pratique visée.

Les recrutements autorisés au PREM, suite au processus d'obtention d'un avis de conformité au PREM entamé par le médecin finissant, ne sont pas liés au plan d'effectifs médicaux (PEM) d'un établissement [19]. Le PEM d'un établissement est composé de tous les médecins de famille y détenant des privilèges d'exercice. Les spécialistes doivent demander, par un processus similaire à celui des médecins de famille, un avis de conformité au PEM afin de pouvoir exercer leurs privilèges dans un établissement [8]. Le poste en établissement d'un PEM ne pourra être obtenu qu'après l'approbation du MSSS, qui évalue chaque année le PEM de chaque établissement et l'approuve ou le révisé à la baisse.

L'avis de conformité au PREM est différent d'un poste en établissement dans le cadre du PEM [19]. L'avis de conformité au PREM est délivré par le chef du DRMG d'une région et vise à assurer qu'une région particulière soit desservie par les services médicaux qu'elle requiert. Ces services médicaux sont les activités médicales particulières (AMP) que les médecins de famille peuvent exercer. En date d'aujourd'hui, sauf obtention d'une dérogation de la part du DRMG, les médecins de famille peuvent seulement exercer comme AMP la prise en charge et le suivi des patients [15]. Le médecin qui obtient un avis de conformité au PREM s'engage à maintenir la majorité de sa pratique, soit 55% ou plus du total de sa facturation, dans un sous-territoire de cette région [19].

La période initiale pour déposer une demande d'avis de conformité au PREM est du 15 octobre au 15 novembre [5]. Si des places sont disponibles, le médecin obtiendra d'emblée son avis de

conformité au PREM. Si plus de candidats que le nombre de postes disponibles font cette demande, une sélection est effectuée [13]. Or, cette sélection n'est pas basée sur les compétences des candidats, mais plutôt selon l'intérêt des candidats d'exercer dans les priorités du DRMG [20].

Au fil des années, l'obtention d'un poste pour les médecins résidents finissants est devenue un processus complexe, stressant et aux possibilités de plus en plus limitées [6, 12, 18, 25]. En médecine familiale, les changements apportés au modèle de pratique au cours des deux dernières années, notamment à travers la loi 20 modifiant les activités médicales particulières (AMP) ainsi qu'à travers l'instauration de sous-territoires de services, les réseaux locaux de services (RLS), rendent l'obtention d'un avis de conformité au plan régional d'effectifs médicaux (PREM) ou d'un privilège d'exercice en établissement selon le plan d'effectifs médicaux (PEM) de plus en plus inatteignable pour les jeunes médecins [6,16].

En spécialité, de moins en moins de postes sont disponibles pour les nouveaux finissants à raison d'un niveau de saturation inquiétant ou atteint [13]. De plus, il y a eu réduction des postes de formation complémentaire (fellowships), pour les finissants désirant faire carrière académique [13]. Or, dans certains milieux, particulièrement dans les hôpitaux universitaires, il est exigé de la part des finissants qu'ils complètent une formation complémentaire afin d'espérer d'accéder à un poste.

Pour ce qui est des postes accessibles aux nouveaux facturants, dans les 7 régions universitaires et périphériques pour l'année 2017, six des régions ont reçu plus de postulants que de postes disponibles [20]. Plusieurs postes étaient encore disponibles dans ces régions, mais seulement pour des médecins déjà en pratique. Parmi les 10 régions éloignées et intermédiaires, seulement 27 postes ouverts aux nouveaux facturants et médecins déjà en pratique étaient encore disponibles au PREM en date du 12 janvier 2017. Cette situation est loin de la pénurie de médecins qui avait justifié la hausse importante des admissions dans les facultés médicales. Il va sans dire qu'avec l'augmentation des admissions en médecine, qui a bondi de 406 à 847 au cours de 20 dernières années, tous les postes, autant en région universitaire qu'en région éloignée, ne tarderont pas à être comblés.

Régions universitaires et périphériques	Postes accessibles à des nouveaux facturants [1]	Postes accessibles à des médecins déjà en pratique
03 - Capitale-Nationale	*	16
05 - Estrie	*	5
06 - Montréal	*	21
12 - Chaudière-Appalaches	PREM complet	8
13 - Laval	*	7
14 - Lanaudière	3	5
15 - Laurentides	*	9
16 - Montérégie	*	14

Tableau 1: Les postes en région universitaire sont presque entièrement saturés en date du 15 février 2017. Source: MSSS [20]

Régions Intermédiaires et éloignées	Postes accessibles à tous les médecins
01 - Bas Saint-Laurent	2
02 - Saguenay / Lac Saint-Jean	*
04 - Mauricie / Centre-du-Québec	PREM complet **
07 - Outaouais	2
08 - Abitibi-Témiscamingue	4
09 - Côte-Nord	13
10 - Nord-du-Québec	PREM complet **
11 - Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	*
17 - Nunavik	PREM complet **
18 - Terres Cris de la Baie-James	PREM complet **

Tableau 2 : Quelques postes sont encore ouverts en régions intermédiaires et éloignées en date du 15 février, et ce autant pour les médecins déjà en pratique que pour les nouveaux facturants. Source: MSSS [20]

Considérant que les effectifs médicaux actuellement en place, ainsi que les cohortes futures, permettront de combler complètement et rapidement les besoins populationnels, il serait prudent de procéder au même processus critique qui a eu lieu lors de la pénurie de médecins dans les années 2000 et de prendre des actions concrètes qui permettront de répondre adéquatement aux besoins des Québécois à long terme, en évitant qu'on se retrouve avec des médecins au chômage.

### **Le chômage et la difficulté d'emploi chez les jeunes médecins : Étude du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada**

Les portraits statistiques de la saturation des milieux ainsi que de la difficulté des médecins de famille à obtenir un avis de conformité au PREM sont rares. Le nombre de résidents finissants en comparaison avec le nombre de postes offerts n'est pas publié par le MSSS. D'autres phénomènes, comme les postes virtuels, soit des postes qui sont affichés, mais que les établissements refusent de combler [12], ainsi que les postes comblés avant d'être offerts à tous les postulants complexifient les analyses statistiques. À cela, il faut rajouter le peu, voire l'absence, de projets de recherche et de collectes de données indépendantes à l'échelle québécoise et canadienne, qui permettent d'objectiver et de chiffrer les réalités de la difficulté d'obtention d'un poste pour les nouveaux médecins.

L'étude du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRC), organisme responsable de l'accréditation des programmes de résidence et de la certification des médecins spécialistes, publiée en 2013, dresse un portrait général du phénomène de chômage et du sous-emploi des nouveaux médecins canadiens [8]. Également, certaines réalités des exigences du milieu médical, bien connues des résidents, sont exposées à la lumière du jour.

Plusieurs organisations ou associations médicales canadiennes ont rapporté que plusieurs des médecins spécialistes canadiens ne parvenaient pas à se trouver un emploi ou obtenaient un poste en deçà de leurs compétences. C'est suite à plusieurs inquiétudes formulées par les finissants en spécialités que le CRC a réalisé la première étude du genre en 2013 et s'est intéressé aux perspectives d'avenir des nouveaux médecins. Le sondage répondu par les nouveaux spécialistes et sur-spécialistes a été enrichi par plus de 50 rencontres afin de récolter les témoignages de médecins touchés par le phénomène de chômage et de sous-emploi des spécialistes au Canada. Puisque le CRC est un organisme impliqué dans l'obtention du droit de pratique des spécialistes, il possède un accès privilégié à ses membres, et a donc pu sonder 1325 nouveaux spécialistes et sur-spécialistes, arrivés sur le marché du travail entre 2011 et 2013.

Le rapport « Quelle est la réalité sous-jacente au chômage des spécialistes au Canada : Trop de médecins ou pas assez? » révèle que 16% (208) des nouveaux médecins spécialistes et sur-spécialistes n'ont pas réussi à se trouver un poste. De plus, 31% des nouveaux médecins spécialistes canadiens entreprennent des formations complémentaires (*fellowships*) afin d'améliorer leur employabilité. L'enquête souligne une variabilité des résultats entre les provinces et l'absence d'un système adéquat d'analyse et planification des effectifs médicaux à l'échelle nationale.

En 2011-2012, les données recueillies auprès de 311 des 1043 nouveaux spécialistes québécois démontrent la nouvelle réalité qu'est la poursuite de formations complémentaires afin d'augmenter son employabilité. En effet, 59,2 % des nouveaux spécialistes québécois débutaient des formations complémentaires à cette fin. De plus, 7,7% (24) des répondants avaient de la difficulté à obtenir un poste et entreprenaient des études de sur-spécialisation sans placement.

### La situation actuelle au Québec

La situation aujourd'hui est d'autant plus grave: certaines spécialités sont maintenant presque ou entièrement saturées, c'est-à-dire que le nombre total de spécialistes pouvant l'exercer sont déjà présents dans les établissements [13]. Cette saturation peut s'expliquer par l'arrivée des cohortes toujours plus nombreuses de finissants, mais également par les modifications budgétaires et du système de santé qui influencent la disponibilité des plateformes techniques nécessaires à l'exercice des spécialités [13]. Il est important de souligner que le Québec possède, par l'entremise du MSSS, un système de gestion adaptable des effectifs médicaux. Il n'y a pas de doute : la mise à profit maximal de ce système, afin de permettre à tous les médecins finissants d'exercer leur expertise auprès de la population québécoise, serait un énorme bénéfice social.

De plus, considérant que le Québec est muni d'un système de planification des effectifs médicaux (les PREM-PEM), l'ajustement de celui-ci afin de permettre à tous les finissants d'exercer la médecine familiale ou une spécialité en tenant compte des besoins populationnels devrait être une priorité gouvernementale.

L'étude publiée en 2013 par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reflète une situation de chômage et sous-emplois pour certains médecins spécialistes canadiens qui pourra s'aggraver si aucune mesure n'est mise en place. À cet effet, il est nécessaire que le MSSS et le Conseil des Ministres appliquent les recommandations de la *Table de concertation sur la planification des effectifs médicaux* afin de garantir un poste au Québec à tous les médecins formés par le système. Une des solutions proposées consiste en la diminution du nombre d'admissions en médecine de 17 places par année pour les 4 prochaines années. Cette mesure permettrait de tamponner la saturation aujourd'hui observée dans certaines spécialités chirurgicales et la difficulté des nouveaux médecins de famille à obtenir un avis de conformité aux PREM, tout en assurant une offre de services suffisante pour répondre aux besoins populationnels selon les calculs actuels.

Compte tenu des exigences importantes afin de compléter une formation médicale, de l'investissement financier que la formation d'un médecin représente pour une société, des pertes de services engendrées par l'exode des cerveaux et de l'importance de répondre aux besoins des Québécois, notre province doit se munir d'une politique permettant d'assurer à chaque nouveau finissant qu'elle forme un poste afin que ses médecins puissent pratiquer dans leurs communautés.

## Des difficultés bien réelles

Les réformes et changements apportés dans une perspective de réorganisation du système de santé ont amené leur lot de confusion et de répercussions, qui se sont surtout fait sentir chez les médecins résidents finissants au fil des dernières années. Les changements dans l'attribution des PREM, en nombre de postes et au niveau des territoires [15], ont créé confusion et réticence pour les étudiants qui aspirent faire carrière en médecine familiale dans le régime public. Dans un contexte où l'obtention d'un avis de conformité au PREM ou d'un poste en établissement devient de plus en plus ardue, voire impossible, il devient difficile de justifier la formation surnuméraire de médecins.

En 2011, 50% des médecins résidents étaient sans PREM/PEM deux mois avant la fin de leur résidence [18]. Depuis, la situation est devenue bien plus critique. Les médecins résidents finissants de l'Université McGill en médecine familiale de la cohorte 2017 ont récemment mis à jour la difficulté d'obtention d'un avis de conformité au PREM [3,6,16,17]. En effet, en 2016, le nombre de postes disponibles par sous-région (RLS) a été publié officiellement deux semaines après la date d'ouverture de mises en candidature (15 octobre), alors que certains candidats avaient déjà soumis leurs candidatures, a révélé Nadine Chata, vice-présidente aux affaires pédagogiques en médecine familiale de l'Association des résidents en médecine familiale de McGill [3]. Le processus d'obtention d'un avis de conformité aux PREM aurait également été rendu plus flou puisque certains postes ont été promis et attribués avant d'être affichés. Néanmoins, il s'avère qu'en date de janvier 2017 seulement 55% des résidents en médecine familiale de McGill qui ont appliqué pour un avis de conformité au PREM en ont obtenu un [3].

En ce qui concerne les médecins spécialistes, les spécialités chirurgicales comme l'orthopédie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la radio-oncologie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, l'oto-rhino-laryngologie [18] sont présentement saturées, c'est-à-dire que moins d'opportunités de postes sont offertes aux médecins finissants ou en formation dans ces spécialités, car les postes sont déjà comblés. Les causes de cette saturation sont multiples: le nombre d'effectifs en place comble toutes les plateformes techniques disponibles dans ces spécialités, les admissions et le recrutement dans ces spécialités ont été mal évalués par rapport au besoin populationnel qui se trouve comblé et les restrictions budgétaires ne permettent pas de maintenir les opportunités de recrutement [13]. À l'avenir, les possibilités de recrutement dans ces spécialités au Québec ne seront pas à la hauteur du nombre de médecins formés par la province et plusieurs se tourneront vers une pratique ailleurs au Canada, aux États-Unis, en cabinet privé, ou vers un ou plusieurs *fellowship(s)* sans poste garanti par la suite - souvent appelés, dans le milieu, des «fellowships suicide».

Afin d'exemplifier les données du CRC, il existe plusieurs exemples de médecins spécialistes québécois qui ne réussissent pas à exercer leur profession au Québec. Bien que cela soit aberrant, des cas de chirurgiens cardiaques, possédant des fellowships dans leur domaine et incapables de se trouver un poste au Québec et pratiquant aujourd'hui aux États-Unis malgré eux, sont devenus une

réalité qui risque de se reproduire [29] si des ajustements au niveau de la planification des effectifs médicaux ne sont pas mis en place rapidement.

## **Un Investissement financier, personnel et social**

### **Coût de formation d'un médecin**

Le coût dispendieux de la formation d'un médecin au Québec est largement subventionné par la société. Chaque médecin doit compléter une formation universitaire d'au moins quatre ans pour ceux admis directement du Cégep. Après l'obtention du doctorat en médecine, un omnipraticien doit effectuer une formation en médecine familiale demandant deux ans de résidence. Les spécialistes (ex. la médecine interne, la dermatologie, la chirurgie générale, la pédiatrie, etc.) complètent quant à eux quatre à cinq ans de résidence. Quelques spécialités demandent jusqu'à sept ans de résidence, telles la chirurgie pédiatrique et la neuropathologie [22].

Le coût pour la formation d'un médecin au Québec inclut les éléments suivants: subventions de base pour l'éducation au niveau doctoral et postdoctoral, soutien pour l'enseignement médical, la rémunération des résidents, la rémunération pour l'enseignement clinique des étudiants en externat et des résidents, la formation médicale décentralisée au niveau doctoral et postdoctoral et l'accueil en milieu clinique. Le MSSS a estimé en 2016 que le coût total pour la formation d'un médecin de famille était de 373 050\$, alors que pour un spécialiste faisant 5 ans de résidence le coût s'élevait à 696 639\$ et même 936 448\$ pour un spécialiste ayant fait 7 ans de résidence [22]. La formation de ces personnes consomme un budget important de 250 millions de dollars à l'État québécois et mobilise un grand nombre d'acteurs, de professionnels et de ressources financières et matérielles [22,29].

Cet investissement que fait le gouvernement envers la formation des médecins est donc dirigé dans le but précis d'offrir des soins et services de qualité à la population. Considérant l'importance de l'investissement social et financier de cette formation, il est ahurissant de constater que des postes ne sont pas disponibles pour tous les médecins désirant œuvrer au Québec et contribuer activement à la société québécoise.

### **Un stress supplémentaire**

Il est également important de souligner l'impact de ces difficultés de placement, autant sur les médecins résidents que sur les étudiants en médecine. La pression des études médicales et le besoin de performer, accompagnés des heures de travail et d'étude importantes, ainsi que des responsabilités de la profession sont des sources de stress majeur pour tous les médecins et étudiants qui composent avec des taux élevés de dépression, de détresse psychologique et de suicide [13,18]. Le stress causé par l'obtention d'un poste est palpable tant chez les étudiants en médecine que chez les médecins résidents qui s'investissent pendant parfois plus de 10 ans afin de compléter leur formation médicale. En effet, selon un récent sondage de la FMRQ, 56% des

médecins résidents rapportent un stress supérieur à 8 sur 10 par rapport à l'obtention d'un poste [18].

### **Le *fellowship* “suicide” : une réponse à une situation anormale et une perte d'expertise importante**

L'étude du CRC permet de constater que plusieurs médecins spécialistes finissants vont poursuivre des formations complémentaires, ou *fellowships*, dans l'espoir d'augmenter leur employabilité dans un établissement de leur province [8]. C'est une pratique courante pour les médecins spécialistes du Québec qui complètent leur résidence dans un domaine saturé (notamment en spécialités chirurgicales) de poursuivre ce qui est communément appelé un *fellowship* “suicide”. Normalement, quand un résident s'engage dans cette formation qui fera de lui un sur-spécialiste capable d'assurer une expertise unique dans un établissement, il choisit cette formation en fonction des besoins de l'établissement dans lequel il s'engage à ramener son expertise et ses connaissances en y travaillant après avoir complété sa formation.

Quand les établissements ne peuvent pas offrir de postes selon les PEM aux médecins résidents finissants, certains résidents entreprennent un *fellowship* dans un domaine qu'ils estiment pertinent ou qui leur sera recommandé, espérant se trouver un poste après avoir complété cette formation supplémentaire. Ces résidents prennent le risque de devenir des sur-spécialistes alors qu'ils ne connaissent pas leurs perspectives d'employabilité une fois le *fellowship* complété. Dans certains cas, le fait de se sur-spécialiser pourrait même nuire aux perspectives de ces médecins, qui seront par après jugés surqualifiés ou avec une expertise trop pointue par les établissements.

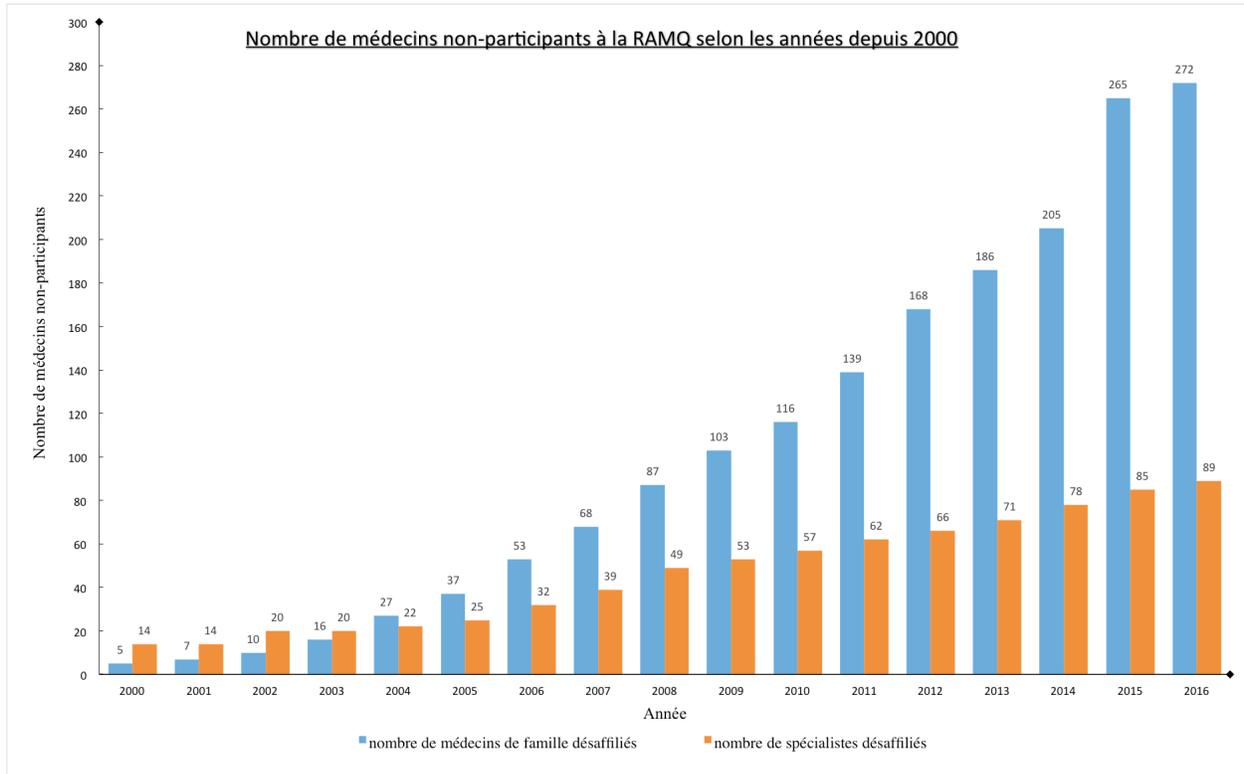
En effet, les *fellowships* “suicide” sont une réponse à une situation critique de l'état des effectifs médicaux en place. Contrairement à d'autres professions, la formation des médecins est directement financée par le gouvernement québécois et les médecins formés par la société québécoise devraient être en mesure d'orienter leur formation complémentaire de façon à répondre efficacement aux besoins de celle-ci, plutôt qu'être tributaires d'une planification des effectifs médicaux qui n'a pas été ajustée adéquatement aux besoins populationnels et restrictions budgétaires et suite à la hausse soutenue des admissions en médecine. La formation d'un médecin spécialiste et la sur-spécialisation de celui-ci représentent un investissement social et personnel majeur, mais aussi l'acquisition d'une expertise rare qui véhicule l'excellence dans la qualité et l'offre des soins et services de santé quand celle-ci est mise à profit.

Ainsi, afin d'assurer la meilleure offre et qualité de soins de santé aux Québécois(e)s, il est indispensable que les médecins québécois spécialistes et sur-spécialistes puissent travailler au Québec. De la même manière, il est primordial de former le nombre requis de médecins pour combler les besoins populationnels, et donc, d'établir une planification adéquate à court, moyen et surtout long terme, des effectifs médicaux.

## Une décision difficile : Se tourner vers le privé ou quitter le Québec

Pour les médecins qui ne réussissent pas à se trouver un poste, des décisions difficiles s'imposent : celle de s'orienter vers une pratique dans le domaine privé ou celle de partir dans d'autres provinces canadiennes ou aux États-Unis dans le but d'exercer leur expertise et d'obtenir un poste à la hauteur de leur formation. Il est anormal que des médecins désirant pratiquer dans le système public et formé par celui-ci, afin de répondre au besoin de la population, soient obligés de faire de tels choix, surtout face au manque d'accès aux services de santé.

L'instabilité et les changements constamment apportés à la pratique de la médecine familiale ont eu un impact notable sur l'obtention d'un avis de conformité au PREM. En 2016, suite aux remaniements importants dans la pratique de la médecine familiale, la plus grande augmentation de désistements ou désaffiliations du régime public (RAMQ) a été observée [2,4]. En juillet 2015, 53 médecins se sont désaffiliés du système public, ce qui représentait deux fois la moyenne annuelle des 10 années précédentes [24]. En 2016, ce sont 37 médecins de famille qui se sont tournés vers le système privé [24]. Si on considère qu'un médecin omnipraticien suit environ 1000 patients, ce sont 37 000 patients qui se retrouvent potentiellement sans médecin de famille. Ceci est tout à fait contradictoire avec les raisons qui ont justifié l'augmentation initiale des admissions en médecine.



**Figure 2 : Le nombre de médecins non-participants au régime public de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) augmente avec la difficulté d'obtenir d'un avis de conformité au PREM et la réorganisation du système de santé en cours. Source : RAMQ [24].**

Ces désaffiliations à la hausse sont des conséquences de l'instabilité de la pratique en médecine familiale, de la difficulté d'obtenir un poste et des nouveaux flous causés par la réorganisation du système de santé. Dans une société fière d'offrir un système public de santé à tous, il est impératif de se pencher sur cet exode des cerveaux vers la pratique privée. Tous les médecins formés au Québec et désirant exercer dans le régime public devraient être en mesure de le faire.

Les médecins de famille ou les spécialistes quittant le Québec en faveur du reste du Canada et des États-Unis représentent une perte d'expertise importante pour notre société. Si ces médecins ne peuvent mettre à profit leurs connaissances au Québec, il existe plusieurs régions voisines qui convoitent leur expertise et pourront leur assurer un poste afin que ceux-ci exercent. La décision de quitter le Québec est certainement difficile pour les médecins qui se sentent contraints de le faire, mais également compréhensible. Pour le médecin qui n'a aucune opportunité d'emploi au Québec après des études universitaires de plus de 10 ans et un investissement personnel sans pareil, quitter le Québec devient un sacrifice nécessaire.

## Conclusion

---

Au cours des 20 dernières années, les admissions dans les facultés de médecine ont plus que doublé afin de répondre à la pénurie de médecins engendrée par les politiques gouvernementales du début des années 1990. Cette augmentation fulgurante était certes nécessaire, mais il est temps de se demander si nous formons trop de médecins pour les besoins de la société québécoise. Bien qu'il semble illogique de se poser la question dans le contexte actuel où certains Québécois peinent à avoir accès à des soins de première ligne de manière adéquate, il importe d'avoir une vision à long terme de la chose, plutôt que de se fier simplement à des préoccupations simplistes et aucunement fondées. En effet, les travaux récents démontrent que les médecins actuels, auxquels viendront s'ajouter les médecins en cours de formation, seront en nombre suffisant pour subvenir aux attentes et aux besoins des citoyens de La Belle Province. Il est certain que des changements – la recherche desquels dépasse l'objet du présent mémoire – devront être apportés pour aider ces médecins à accomplir le travail, mais la poursuite de l'augmentation des admissions en médecine, ainsi que le statu quo, n'est pas une solution.

De plus, il s'avère aujourd'hui que de plus en plus de résidents et jeunes médecins se retrouvent sans opportunité d'emploi à la fin de leur formation postdoctorale. Lorsqu'on considère que le ministère régule – tel un pipeline – à la fois la porte d'entrée au niveau des admissions, la répartition des postes en résidence et l'attribution des postes de pratique, via les PREM et le PEM, ceci apparaît insensé. Il est indispensable que nos diplômés québécois, qui ont accompli pour certains jusqu'à quinze ans d'études post-secondaires au sein du système d'éducation provincial – avec tous les coûts qui s'y rapportent – puissent entreprendre une carrière au sein des communautés qui ont contribué à travers leurs taxes et leurs impôts à former leurs soignants de demain.

La formation de médecins de famille et de médecins spécialistes représente un investissement social et financier important, tant pour l'individu que pour la société. Un médecin qui ne peut exercer dans le régime public au Québec après plus de 10 ans à s'y consacrer corps et âme et qui se tourne vers d'autres provinces ou les États-Unis, c'est un gaspillage de ressources sociétales précieuses et, surtout, une perte d'une expertise rare qui véhicule l'excellence dans la qualité des soins de santé.

La FMEQ n'est pas seule à promouvoir ces idées. En effet, depuis plusieurs années, la *Table permanente de concertation sur la planification de l'effectif médical au Québec* – un comité qui relève directement du Ministère de la Santé et des Services Sociaux – propose une réduction prudente des admissions en médecine, en se basant sur des modèles actuariels indépendants des besoins populationnels en effectifs médicaux. En effet, afin d'éviter de se retrouver avec un surplus de médecins dans 20 ans, la *Table de concertation*, qui regroupe des représentants du MSSS, des facultés de médecine, des fédérations médicales et des groupes d'étudiants (dont la FMEQ), recommande de diminuer les admissions de 17 places par années pour les 4 prochaines années.

La FMEQ s'interroge fortement quant aux raisons qui poussent de gouvernement à refuser de considérer sérieusement le travail multipartite de la Table permanente de concertation sur l'effectif médical au Québec et d'appliquer les recommandations de celle-ci dans les décisions ministérielles sur le nombre d'admissions en médecine. Il nous apparaît absurde qu'un comité relevant directement du ministère de la Santé existe justement pour produire des recommandations sur ces enjeux de nature apolitique, mais que le gouvernement refuse catégoriquement de les appliquer année après année.

Il est certes difficile de prévoir la quantité de médecins dont aura besoin le Québec dans 20 ans afin de desservir sa population. Plusieurs facteurs entrent en jeu dans les calculs de la *Table de concertation* : la taille de la population, le vieillissement, la féminisation de la profession, etc. Cependant, le modèle utilisé n'est point parfait et il existe plusieurs facteurs qui ne peuvent être pris en compte dans les modèles de projection, notamment, les modifications des modèles de travail des nouvelles générations de médecins, le partage des rôles des professions médicales, ainsi que les modifications au mode de rémunération qui pourraient être instaurées. On ne peut donc pas parfaitement prévoir précisément le nombre de médecins dont on aura besoin dans deux décennies. Toutefois, c'est pour cette raison qu'existent des modèles prédictifs fiables tels que celui présenté à la Table de concertation des effectifs médicaux au Québec en 2015 ou celui utilisé par le gouvernement ontarien depuis quelques années déjà. La *Table* demeure notre outil le plus efficace et le plus neutre afin de répondre à cette question, du moins pour l'instant. Une révision de cet outil pour y intégrer des éléments de la planification ontarienne pourrait certainement être faite, mais ce travail nécessite une réflexion plus étendue. Le gouvernement devra être plus transparent quant aux décisions de la Table de concertation et devra présenter une vision à long terme de cet enjeu dans le futur. Les décisions de la Table devraient tenir à long terme malgré les changements de gouvernement.

L'avenir au sein du système actuel nous fait craindre. Nous courrons présentement le risque que de plus en plus de médecins, bien que ceux-ci désirent redonner à la communauté qui a participé à les former pendant tant d'années en travaillant dans le système public, se retrouvent sans opportunité d'emploi au Québec. Il serait extrêmement désolant que des résidents finissants, à qui on avait promis un emploi en les acceptant en médecine, puis dans leur programme de résidence par la suite, se voient contraints de migrer vers d'autres provinces ou vers le privé.

**Ainsi, afin d'éviter un gaspillage des ressources sociétales, et d'empêcher un surplus potentiel de médecins à long terme, la Fédération médicale étudiante du Québec demande au gouvernement et au MSSS de certifier un poste à la résidence et un emploi au Québec à tous les étudiants en médecine une fois gradués.**

À cette fin, nous recommandons au MSSS et au Conseil des ministres de :

1. *Suivre les recommandations de la Table de concertation sur la planification des effectifs médicaux dès l'année 2017-2018 et pour toutes les années à venir.*

2. *Respecter le ratio 55 : 45, pour les postes en médecine familiale et en spécialités respectivement, au long terme.*
3. *Garantir des postes en résidence pour tous les étudiants potentiels (actuels et antérieurs) appliquant au CaRMS.*
4. *S'assurer que, pour tout poste en résidence, un PREM soit garanti à la fin de ladite formation postdoctorale.*

## Bibliographie

1. Association des Facultés de Médecine du Canada. *2016 Canadian medical Education statistics*. AFMC. <https://afmc.ca/sites/default/files/CMES2016-Section2-Enrolment.pdf> 2016.
2. Archambault H. *Le nombre d'omnipraticiens qui choisissent le privé continue d'augmenter*. Journal de Montréal. Publié le 9 avril 2016.
3. Association des résidents de McGill (ARM). *De futurs médecins de famille sans emploi*. Le Soleil. <http://www.lapresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/201701/24/01-5062702-de-futurs-medecins-de-famille-sans-emploi.php>. Published January 24, 2017.
4. Bellerose P. *Le nombre de médecins qui pratiquent au privé a doublé*. Huffington Post. [http://quebec.huffingtonpost.ca/2016/12/07/le-nombre-de-medecins-qui-pratiquent-au-prive-a-double-depuis-2010\\_n\\_13498410.html](http://quebec.huffingtonpost.ca/2016/12/07/le-nombre-de-medecins-qui-pratiquent-au-prive-a-double-depuis-2010_n_13498410.html). Published December 7, 2016.
5. BORGES DA SILVA, R (2010), *La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique*, 326 pages.
6. Cardwell Mark. *McGill residents speak out against Quebec's regional license restrictions*. Canadian HealthcareNetwork.ca. <http://www.canadianhealthcarenetwork.ca/search/1/feed/rss2/www.CanadianHealthcareNetwork.ca>. Published February 3, 2017.
7. CHAN B TB (2002). *Du surplus à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990*, Institut canadien d'information sur la santé, 14 pages.
8. Collège royal canadien des médecins et chirurgiens. *Quelle Est La Réalité Sous-Jacente Au Chômage Des Spécialistes Au Canada ? Trop de Médecins Ou Pas Assez?* Ottawa; 2013.
9. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Michel Clair, président) (2001), *Les solutions émergentes*, 410 pages.
10. CONTANDRIOPOULOS A-P *et al* (2007a). *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'œuvre médicale au Québec*, Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé (GRIS), 58 pages.
11. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/employment-report-2013-f.pdf>.
12. Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). *Obtenir un poste au PEM*. <http://www.fmrq.qc.ca/medecine-specialise/pem>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
13. Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). *Guide du finissant 2016-2017*. Le Bulletin. November 2017:64. <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/31/63/le-bulletin-v-du-17-nov.pdf> Publié le 17 novembre 2016. Consulté le 8 février 2017.
14. FOURNIER M-A (2001). *Les politiques de main-d'œuvre médicale au Québec : bilan 1970-2000*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7 :2, pages 79-98.
15. Gouvernement du Québec. *Activités médicales particulières (AMP): Guide pour l'adhésion aux activités médicales particulières*. Extranet: Affaires médicales et professionnelles. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/affaires-medicales-professionnelles/medecine-generale-drmg/amp.fr.html>. Publié en 2017. Consulté le 10 février 2017.
16. Gravel, Pauline Amélie Daoust-Boisvert. *Des jeunes médecins de famille exaspérés par la quête d'un poste*. *Le Devoir*. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/490010/sante-des-medecins-jugent-difficile-la-quete-d-un-poste>. Published January 25, 2017.

17. Girard M. *Le coût d'un médecin déserteur*. Le Soleil.  
<http://www.journaldemontreal.com/2015/05/07/le-cout-dun-medecin-deserteur>. Published May 7, 2015.
18. Lemieux Christopher. *Le stress du PREM*. Santéinc. <http://santeinc.com/2016/02/le-stresse-du-prem/>. Publié le 15 février 2016. Consulté le 8 février 2017.
19. Ministère de la Santé et services sociaux Québec. *Guide de gestion des plans d'effectifs médicaux (PEM) en médecine de famille à l'intention des directions de services professionnels*.  
<https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/organisation-de-la-pratique/PREM/guide-gestion-des-PEM-MAJ-2016-01-29.pdf>. Publié le 29 janvier 2016. Consulté le 5 février 2017.
20. Ministère de la Santé et services sociaux Québec. *Postes disponibles par région PREM 2017*.  
msss.gouv.qc.ca.  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/index.php?postes\\_disponibles\\_omnipratique](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/index.php?postes_disponibles_omnipratique). Published 2016. Accessed February 5, 2017.
21. Ministère de la Santé et services sociaux Québec. *Entente particulière PREM 2017*.  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/index.php?entente\\_particuliere](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/index.php?entente_particuliere). Published 2016. Accessed February 15, 2017.
22. Ministère de la Santé et services sociaux Québec. *Réponses aux questions particulières - opposition officielle*, Volume 1. [http://msss.gouv.qc.ca/ministere/acces\\_info/documents/seance-publique/etude-credits-2015-2016/2015-2016-Reponses-aux-questions-particulieres-Opposition-officielle-Volume-1.pdf](http://msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2015-2016/2015-2016-Reponses-aux-questions-particulieres-Opposition-officielle-Volume-1.pdf). Published 2015. Accessed February 15, 2017
23. Ministère de la Santé et services sociaux Québec. *Projection des effectifs médicaux au Québec*. Direction de la main d'œuvre médical. 2015.
24. PARENT, CLAUDINE (2013), *Évaluation de la politique de répartition géographique des effectifs médicaux spécialisés au Québec*, 100 pages.
25. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Professionnels participants, non participants et désengagés de la RAMQ*.  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/optometristes/facturation/Pages/professionnels-desengages-non-participants.aspx>. Published 2017. Accessed February 10, 2017.
26. Seidman Karen. *Job shortage adding to pressure for medical residents*. Montreal Gazette.  
<http://montrealgazette.com/news/local-news/job-shortage-adding-to-pressure-for-medical-residents>. Published December 15, 2014.
27. Santé Canada. *Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé*.  
[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2009/sc-hc/H29-1-2009F.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H29-1-2009F.pdf). Publié Janvier 2008. Consulté le 15 février 2017.
28. Sing D. et al. *Modèle de simulation fondé sur les besoins en personnel médical dans la population en Ontario*. Gouvernement de l'Ontario. Octobre 2015.
29. Soucy Rioux, Louise-Maude. *Chirurgiens diplômés cherchent emploi*. Le Devoir.  
<http://www.ledevoir.com/index.php/societe/sante/285203/chirurgiens-diplomes-cherchent-emploi>. Published March 18, 2010.