

COMBINER QUANTITÉ ET QUALITÉ

# LA FORMATION MÉDICALE DÉLOCALISÉE

COMME RÉPONSE À LA HAUSSE DES  
ADMISSIONS ET LA PÉNURIE DE MÉDECINS

MÉMOIRE RÉDIGÉ DANS LE CADRE DE LA  
JOURNÉE D'ACTION POLITIQUE 2024



# COMITÉ DE RÉDACTION

## Direction et révision

### MAXENCE PELLETIER-LEBRUN

Étudiant de deuxième année en médecine, Université de Sherbrooke (Campus Sherbrooke)  
Délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

### MAXIME BELL

Étudiant de quatrième année en médecine, Université de Sherbrooke (Campus Sherbrooke)  
Président, Fédération médicale étudiante du Québec

### MATHILDE LAVOIE

Étudiante de quatrième année en médecine, Université Laval (Campus Québec et Lévis)  
Secrétaire générale, Fédération médicale étudiante du Québec

## Mise en page

### CHRISTINA FAYAD

Étudiante de deuxième année en médecine, Université de Montréal (Campus Mauricie)  
Déléguée aux communications, Fédération médicale étudiante du Québec

---

Publié le 16 avril 2024

Fédération médicale étudiante du Québec

630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510 Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : [politique@fmeq.ca](mailto:politique@fmeq.ca)

# COMITÉ DE RÉDACTION

## Rédaction

### ALEXIA ABBOUD

Étudiante de deuxième année en médecine, Université de Montréal (Campus Montréal)  
Responsable aux affaires externes de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal (Campus Montréal)

### MAXENCE BROUILLETTE

Étudiant de cinquième année en médecine, Université Laval (Campus Québec)

### BÉATRICE CARRIER

Étudiante de deuxième année en médecine, Université de Montréal (Campus Mauricie)  
Présidente de l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal (Campus Mauricie)

### MARJORIE COULOMBE

Étudiante de deuxième année en médecine, Université Laval (Campus Lévis)  
Présidente du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (Campus Lévis)

### SIMON DORÉ

Étudiant de troisième année en médecine, Université Laval (Campus Québec)  
Vice-président aux affaires externes du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (Campus Québec)

### CHLOÉ GAUDET

Étudiante de troisième année en médecine, Université de Sherbrooke (Campus Sherbrooke)

### MYRIAM GOSSELIN

Étudiante de troisième année en médecine, Université Laval (Campus Québec)  
Présidente du Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (Campus Québec)

### JULIE LANGLOIS

Étudiante de deuxième année en médecine, Université Laval (Campus Québec)

### HONGDA LI

Étudiant de troisième année en médecine, Université McGill (Campus Outaouais)  
Président du Medical Students' Society of McGill University (Campus Outaouais)

### THANINA TAHRI

Étudiante de deuxième année en médecine, Université de Sherbrooke (Campus Montérégie)

### KYLAN TAZI

Étudiant de troisième année en médecine, Université Laval (Campus Québec)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Comité de rédaction</b>	<b>2</b>
<b>Table des matières</b>	<b>4</b>
<b>À propos de la FMEQ</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>La hausse des admissions en médecine et ses implications</b>	<b>7</b>
Le Québec en transition démographique : quels impacts prévoir pour la relève médicale?	7
La pénurie de médecins : mythe ou réalité ?	8
Le choix de candidats : un levier à ne pas négliger	9
L'impact de la hausse sur les autres programmes universitaires	11
Impact de la hausse sur la qualité de l'enseignement	11
Impact de la hausse sur l'exposition clinique	12
La pénurie d'effectifs médicaux : des solutions à l'international?	13
<b>La formation médicale délocalisée comme voie d'avenir</b>	<b>15</b>
Historique et coûts de construction des campus délocalisés	15
L'utilisation de l'externat longitudinal intégré (ELI) comme modèle d'enseignement	16
Quelles spécialités les étudiants des campus délocalisés choisissent-ils?	17
Les campus délocalisés et la relève régionale	18
Sondage des étudiants par rapport à la formation dans les campus délocalisés et à l'externat	18
Opportunités propres aux campus délocalisés	21
<b>Conclusions et recommandations</b>	<b>22</b>
<b>Références</b>	<b>23</b>
<b>Annexe: Méthodologie du sondage sur la hausse des admissions en médecine et les campus délocalisés</b>	<b>26</b>

# À PROPOS DE LA FMEQ

La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) a été fondée par les quatre associations médicales étudiantes du Québec, soit l'Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke (AGÉMUS), le Medical Students' Society (MSS) de l'Université McGill, le Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (RÉMUL) et l'Association des Étudiantes et Étudiants en Médecine de l'Université de Montréal (AÉÉMUM) en 1974.

Sa principale mission est de représenter les quatre associations médicales du Québec, regroupant plus de 4400 membres, en une seule voix unie et puissante. La FMEQ a aussi pour rôle de défendre et de promouvoir les intérêts collectifs des étudiants en médecine du Québec en matière pédagogique, politique et sociale.

Le présent mémoire est publié dans le cadre de la Journée d'action politique de la FMEQ, qui fête cette année sa dixième édition. Il s'agit d'une journée de discussions et de rencontres à l'Assemblée nationale ayant comme but de sensibiliser les décideurs publics aux enjeux de santé touchant la population québécoise, le système de santé et les étudiants en médecine.

Ces dernières années, la FMEQ s'est entre autres penchée sur la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la planification des effectifs médicaux et la privatisation des services de santé.



# INTRODUCTION

Au sociologue français Auguste Comte, l'on attribue la maxime suivante : « La démographie, c'est le destin ». C'est certainement vrai dans le domaine des soins de santé. Plusieurs des enjeux actuels du réseau de santé québécois trouvent en effet leurs sources dans des considérations d'ordre démographique.

On réalise aujourd'hui que le baby-boom, qui conféra au Québec les travailleurs nécessaires à son essor économique et social, constituait une bombe à retardement dont l'échéance se rapproche. Les Québécois vieillissent et consomment parallèlement plus de soins chaque année. Le Québec constitue la région en Amérique du Nord avec la meilleure espérance de vie; cette position enviable s'accompagne néanmoins d'exigences supplémentaires en matière de soins prodigués à la population. Le personnel soignant n'échappant pas au vieillissement, les prochaines années seront ponctuées de départs à la retraite massifs, ce qui fragilisera l'accès déjà précaire au réseau. Notons finalement qu'entre des soins aux coûts exponentiels et une population active en attrition, mince est le chemin qui permettra à l'État québécois de maintenir le niveau actuel de soins sans pour autant déséquilibrer ses finances. Devant ce concours de circonstances, il ne nous paraît pas exagéré de parler de « tempête parfaite ».

Voilà quelques-unes des justifications qui ont porté le ministère de la Santé et des Services sociaux à augmenter le nombre d'admissions annuelles autorisées en médecine. La hausse de 37 % des cohortes en seulement quatre années est sans précédent. Même si le contexte la justifie, certaines inquiétudes doivent être soulevées devant un changement aussi important et rapide. Les besoins en enseignement

augmentent proportionnellement au nombre d'étudiants en médecine, et il est incertain que ceux-ci pourront être remplis alors qu'il manque de médecins à travers plusieurs spécialités et régions. Sans ajustement conséquent, les opportunités d'exposition clinique seront diluées dans un bassin plus grand d'étudiants, ce qui diminuera la qualité de l'enseignement et son corollaire, l'excellence clinique de nos futurs médecins. Ces écueils nous paraissent toutefois évitables. Si ce mémoire esquisse les dangers que les étudiants en médecine perçoivent dans la hausse des admissions, il trace aussi des avenues alternatives qui permettront de l'absorber harmonieusement.

Une de ces avenues réside dans la formation médicale délocalisée, qui présente plusieurs avantages en matière de planification des effectifs médicaux. Les campus délocalisés sont souvent situés dans des milieux cliniques moins saturés, ce qui les rend propices à la création des nouvelles places de stages qu'exige la hausse des admissions. Parallèlement, les étudiants diplômés des campus délocalisés orientent en plus grande proportion leur pratique vers la médecine de famille et la médecine régionale, deux milieux où les besoins sont marqués. Ces points considérés, le financement et le support adéquat de ces campus nous apparaissent absolument nécessaires pour assurer une éducation médicale de qualité au nombre croissant d'étudiants. Dans la mesure où les étudiants des campus délocalisés deviendront plus nombreux dans les prochaines années, il est d'autant plus important d'assurer l'équité entre ces derniers et leurs homologues des campus principaux. Plusieurs enjeux demeurent en la matière et devront être détaillés.





# LA HAUSSE DES ADMISSIONS EN MÉDECINE ET SES IMPLICATIONS

## LE QUÉBEC EN TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE : QUELS IMPACTS PRÉVOIR POUR LA RELÈVE MÉDICALE?

Les besoins futurs d'effectifs médicaux au Québec sont étroitement liés à la situation démographique de la province. L'édition de 2023 du Bilan démographique du Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en brosse un portrait exhaustif, duquel ressortent trois idées [1] :

1. **La population québécoise est vieillissante;**
2. **La population québécoise augmente et continuera d'augmenter pour les décennies à venir, mais son rythme de croissance ralentira jusqu'à se stabiliser autour de 2050;**
3. **L'immigration, qui tend à se régionaliser, supporte majoritairement la croissance de la population québécoise, puis en sera la source exclusive d'ici 10 ans.**

Pour la première fois en 2022, l'on note davantage de Québécois de plus de 64 ans que de Québécois de moins de 20 ans. La pyramide des âges au Québec est en effet marquée par un pic majeur représentant la génération baby-boom, maintenant âgée de 56 à 76 ans. Cette structure démographique combinée à un allongement de l'espérance de vie et à une baisse de la fécondité explique le vieillissement démographique au Québec. La proportion actuelle de 65 ans et plus devrait ainsi passer à 27 % en 2066, avec une croissance particulièrement importante d'ici 2031. Parallèlement, d'ici 2066, la proportion des 20-64 ans passera pour sa part de 59 % à 53 %. Le principal bassin démographique de main-d'œuvre est donc en décroissance, alors que les plus de 65 ans, qui sont les plus grands utilisateurs des services de santé, continuent d'augmenter en nombre, particulièrement en dehors des

centres urbains [2]. Le Québec se démarque des autres provinces et territoires canadiens, où à l'exception des Maritimes, il tient le record de la population la plus âgée. Les 65 ans et plus représentent ainsi 20,8 % de la population québécoise contre 18,4 % de la population ontarienne. À l'international, le taux de personnes âgées de plus de 65 ans du Québec est comparable à celui de la Belgique et de la Suède, inférieur à celui de la France et supérieur à celui des États-Unis [3].

**LA POPULATION VIEILLIT PLUS RAPIDEMENT EN MILIEU RURAL, OÙ LA PÉNURIE D'EFFECTIFS MÉDICAUX EST LA PLUS MARQUÉE.**

Lors de l'année 2022, la population québécoise a augmenté de 149 900 personnes, ce qui correspond à un taux d'accroissement démographique de 17,2 pour 1000, le plus élevé depuis 1972 [1]. Cette croissance démographique devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2066, mais ralentira à partir de 2050 devant la hausse des décès chez la génération des baby-boomers. La population québécoise devrait ainsi passer à plus de 10 millions d'individus en 2066. L'immigration internationale explique presque à elle seule cette croissance démographique, celle-ci s'élevant à 149 500 personnes en 2022. Le bilan interprovincial présentait pour sa part un déficit de 3100 personnes. L'accroissement naturel — soit le nombre de naissances moins le nombre de décès dans une population — ne représente qu'une hausse de 2300 personnes, la plus faible jamais enregistrée. L'accroissement naturel devrait

demeurer positif dans la province jusqu'en 2031, après quoi l'on estime que le nombre de décès surpassera le nombre de naissances. La migration deviendra alors la seule source de croissance démographique. Bien que les immigrants s'établissent principalement dans la région de Montréal, il existe une tendance à la hausse de la régionalisation de l'immigration. Alors que 30 % des personnes immigrantes résidaient en dehors de l'île de Montréal en 2001, ils sont passés à 44 % en 2021.

Les tendances démographiques observées au Québec entraînent une pression supplémentaire sur un réseau de santé déjà fragile. Le vieillissement de la population est nécessairement accompagné d'une plus grande utilisation des services de santé, ce qui augmente la charge fiscale de l'État dans ce qui demeure son premier poste budgétaire. Le creux démographique observé chez les plus jeunes fait aussi en sorte qu'il est plus difficile de pourvoir les postes en santé, un nombre moins important de professionnels devant se séparer un travail plus important. Finalement, notons que les différences démographiques interrégionales risquent d'empirer les inégalités de santé qui existent déjà à ce niveau. La population vieillit plus rapidement en milieu rural, où la pénurie d'effectifs médicaux est la plus marquée. La faible immigration en région limite d'ailleurs l'afflux potentiel de jeunes professionnels de santé. En conséquence, des efforts supplémentaires pour améliorer la rétention des professionnels et régionaliser l'immigration apparaissent nécessaires pour pallier les besoins de santé des régions québécoises.

## LA PÉNURIE DE MÉDECINS : MYTHE OU RÉALITÉ ?

La pénurie de médecins à laquelle est présentement confronté le Canada peut paraître paradoxale; le nombre total de médecins ayant augmenté plus rapidement dans les dernières décennies que la population générale. Le recrutement de médecins formés à l'étranger et l'augmentation des inscriptions nationales en médecine ont ainsi conduit le Canada à atteindre un ratio médecins-population sans précédent. Cela est d'autant plus vrai pour le Québec, qui comptait 261 médecins pour 100 000 habitants en 2021, soit plus que la moyenne canadienne de 246 médecins pour 100 000 habitants [4].

Pour comprendre la pénurie, il faut s'intéresser à d'autres facteurs qui modulent l'utilisation des soins de santé tel le vieillissement de la population. Des changements sont aussi notés dans le nombre d'heures travaillées par les

médecins; chez les médecins de famille par exemple, on relève un « creux important dans les tranches d'âge les plus productives, entre 40 et 55 ans » [5]. Autrement dit, les médecins de famille sont plus âgés qu'auparavant et prennent généralement moins de patients en charge. Une étude menée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui prend en compte ces facteurs montre que l'offre de médecins au Canada a atteint son maximum en 1993 et a ensuite diminué de 5 %, revenant aux niveaux observés en 1987 [6].

**D'ICI 2032, ON ESTIME  
QU'ENTRE 6000 À  
6600 OMNIPRATICIENS  
PRENDRONT LEURS  
RETRAITES.**

**3000 NOUVEAUX MÉDECINS  
SERONT NÉCESSAIRES D'ICI  
2032 POUR COMPENSER  
LA CROISSANCE ET LE  
VIEILLISSEMENT DE LA  
POPULATION.**

Cette analyse reflète mieux la réalité. L'accès à un médecin demeure difficile, comme peuvent en témoigner les 800 000 Québécois qui n'ont toujours pas de médecin de famille. Cela s'ajoute aux médecins de famille supplémentaires qui seraient nécessaires pour combler les besoins actuels, estimés au nombre de 1000 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) [7]. Sur cet enjeu, le Québec accuse du retard par rapport au reste du Canada. Le nombre de médecins pratiquant en groupe de médecine de famille (GMF) et en clinique médicale s'élève à 78 par 100 000 habitants au Québec, contre 88 par 100 000 habitants en Ontario et 95 par 100 000 habitants dans le reste du Canada [8]. Les récentes tendances soulèvent aussi des inquiétudes; pour la première fois dans la période 2022-2023, le Québec a connu un bilan négatif en termes de renouvellement des effectifs médicaux, le nombre total de médecins de famille diminuant de 49 [9]. Ces statistiques s'expliquent en partie par le vieillissement des omnipraticiens, dont 25 % ont plus de 60 ans [10].



D'ici 2032, on estime qu'entre 6000 à 6600 omnipraticiens prendront leurs retraites, alors que 3000 nouveaux médecins seront nécessaires d'ici là pour compenser la croissance et le vieillissement de la population [11]. C'est dans ce contexte qu'ont émergé les discussions sur l'augmentation du nombre de places d'admission dans les facultés de médecine.

Le 23 mai 2020, en plein cœur de la pandémie de la COVID-19, Mme Danielle McCann, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a annoncé la création de plus de 100 nouvelles places par cycle de candidature afin de répondre à la pénurie de médecins et au vieillissement de la population. Le 10 juin 2022, alors ministre de l'Enseignement supérieur, elle a présenté en compagnie du ministre de la Santé, M. Christian Dubé, la *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif* pour les années 2022-2023 à 2024-2025. Cette politique vise à assurer que le nombre de médecins à moyen et à long terme soit suffisant pour répondre à la demande de services médicaux au Québec. Pour l'année 2019-2020, le nombre total d'inscriptions en médecine dans l'ensemble des facultés québécoises était de 869 [11]. La Politique triennale prévoyait des augmentations des admissions atteignant 949 inscriptions pour l'année 2020-2021, 969 pour 2021-2022 et 2022-2023 et 1003 inscriptions pour 2023-2024 [12].

La dernière mise à jour de la Politique prévoit d'augmenter le nombre total d'inscriptions à 1203 pour les années 2024-2027. Au total, on prévoit donc que le nombre d'admissions en médecine aura augmenté de 37 % entre 2020 et 2024 [13]. Le nombre maximal d'étudiants hors Québec est fixé à 55 pour les programmes de doctorat au premier cycle, dont 10 dans le contingent régulier en provenance d'autres

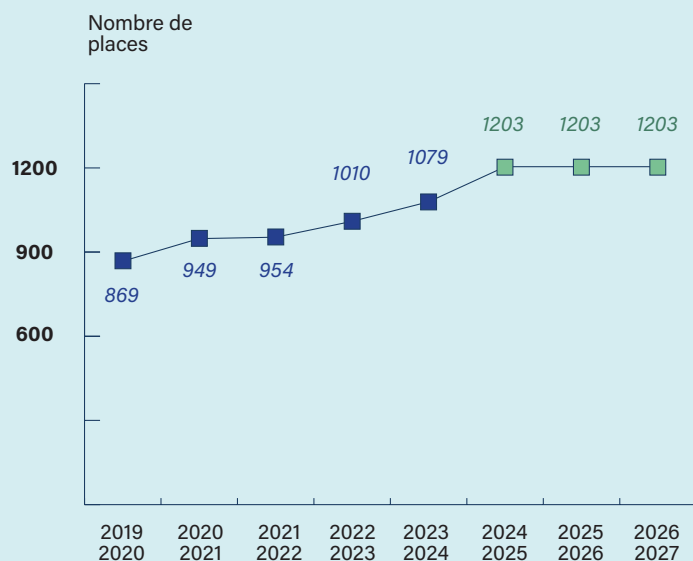
provinces ou territoires canadiens, un maximum de 21 dans les contingents particuliers ainsi que 24 étudiants du Nouveau-Brunswick, qui sont hors contingent [12].

## LE CHOIX DE CANDIDATS : UN LEVIER À NE PAS NÉGLIGER

Plusieurs variables sont prises en considération dans le choix de candidats par les facultés de médecine. La cote de rendement collégial (CRC ou CRC), les tests d'aptitude, la performance à l'entrevue et d'autres critères permettent théoriquement de choisir les meilleurs candidats pour remplir les exigences sociétales associées aux médecins. Même si ces critères de sélection permettent une meilleure adéquation entre les candidats choisis et les besoins sur le terrain, celle-ci demeure imparfaite, comme le démontre la difficulté à recruter des étudiants intéressés par la médecine en région.

Afin de favoriser les candidatures issues des régions, il existe présentement une bonification de la cote de rendement collégial CRC pour les étudiants ayant effectué leurs études secondaires dans une région éloignée. Au vu de la pénurie de médecins en milieux ruraux, on peut se demander si cette bonification est une mesure suffisante pour augmenter la part de candidats provenant de régions dans les contingents de médecine. La bonification de la CRC a après tout ses limites. Un étudiant provenant de région a de 2 à 4 fois plus tendance à aller pratiquer en région [14]. Cette association, quoique non-négligeable, n'est toutefois pas parfaite, puisqu'une partie significative des étudiants provenant de la région pratiquera en milieu urbain. Relevons aussi que les étudiants provenant de régions suivent présentement le même processus d'admission que les candidats provenant de milieux

## NOMBRE TOTAL D'ADMISSIONS PAR ANNÉE EN MÉDECINE AU QUÉBEC



urbains, ce qui ne permet pas d'évaluer adéquatement leur intérêt pour la pratique en région.

Une politique plus efficace serait de sélectionner dès l'admission des étudiants qui savent vouloir pratiquer la médecine en région. Des programmes ayant cette visée ont été implémentés dans plusieurs autres juridictions avec un grand succès. Un exemple souvent relevé dans la littérature est le *Physician Area Shortage Program (PASP)* du *Jefferson Medical College*, en Pennsylvanie. Alors que les étudiants de ce programme ne représentent que 1 % des étudiants inscrits en médecine en Pennsylvanie, ils représentent 27 % des médecins de famille pratiquant en région rurale dans l'État [15]. 84 % des diplômés de ce programme pratiquent en milieu rural et le taux de rétention de la pratique rurale entre 5 et 10 ans est de 87 %, ce qui est excellent. Le programme appuie son processus de sélection sur trois facteurs, qui prédisent à 80 % quels étudiants choisiraient la pratique rurale : la provenance d'un milieu rural, la volonté de pratiquer en milieu rural et la volonté de devenir médecin de famille [16]. Dans leur processus d'application, les étudiants doivent aussi soumettre trois lettres d'appui

## **TROIS FACTEURS PRÉDISENT À 80 % QUELS ÉTUDIANTS CHOISIRAIENT LA PRATIQUE RURALE :**

- LA PROVENANCE D'UN MILIEU RURAL**
- LA VOLONTÉ DE PRATIQUER EN MILIEU RURAL**
- LA VOLONTÉ DE DEVENIR MÉDECIN DE FAMILLE**

d'individus de leur communauté locale, ce qui permet de mieux évaluer leur sentiment d'appartenance à leur milieu. Finalement, le programme de formation comprend plusieurs mesures visant à encourager la pratique en région, tels un programme de mentorat rapproché et des stages d'externat obligatoire en région.

Avec son système de bonification de la CRC, le modèle québécois n'évalue qu'un seul des trois facteurs étudiés dans la littérature, soit la provenance des étudiants. Autrement dit, l'intérêt pour la pratique rurale et la médecine familiale est évacué du système actuel, ce qui est selon nous une erreur. La pénurie actuelle d'effectifs médicaux régionaux force le gouvernement à financer des programmes de dépannage coûteux [17]. Ces programmes n'assurent pas la rétention de personnel à long terme, qui est pourtant essentielle pour assurer la continuité et la qualité des soins. Un programme d'admission mieux ciblé permettrait donc à la fois de réduire la pénurie actuelle d'effectifs en région, mais aussi d'alléger son poids sur les finances publiques.

Il pourrait être envisagé dans le contexte universitaire québécois de créer un nouveau contingent particulier réservé aux étudiants se prédestinant à une pratique régionale. Les universités québécoises comptent déjà plusieurs contingents particuliers, notamment le contingent des Premières Nations et des Inuit au Québec (CPNIQ) [18] et le contingent du programme militaire d'études en médecine [19]. Le contingentement présente plusieurs avantages par rapport à la bonification de la CRC. D'abord, il permet d'utiliser un processus d'évaluation différent pour les candidats dudit contingent que pour ceux du contingent régulier; par exemple, dans le cas du CPNIQ, une entrevue individuelle est demandée en plus des mini-entrevues multiples communes à tous les candidats postulant en médecine, ce qui permet de mieux évaluer le profil du candidat. Un contingent propre à la médecine en région permettrait à ce titre de mieux évaluer la provenance, l'intérêt pour la pratique en région et la médecine familiale dans le choix des candidats. Si l'on s'appuie sur la littérature, les candidats choisis auraient ainsi plus de chance de pratiquer en région à la fin de leur formation. Il faut également souligner que la pénurie de médecins en régions éloignées ou isolées s'étend aux spécialistes autres que les médecins de famille, ce qui pourrait moduler les critères d'admission à un tel contingent. Un contingent permet d'autre part d'assurer qu'un minimum d'étudiants intéressés par la pratique en région soit formé chaque année, ce qui n'est pas garanti avec le système actuel. Afin de ne pas pénaliser les étudiants de provenance rurale, le mieux serait de leur permettre de postuler à la fois dans le cadre du contingent régulier et du contingent particulier : c'est déjà ce qui est fait entre autres dans le cadre du CPNIQ. Il nous apparaît que bien implémenté, ce type de contingentement permettrait de pallier en partie la pénurie d'effectifs médicaux en région et d'assurer une meilleure rétention à long terme des professionnels qui choisissent cette pratique.

## L'IMPACT DE LA HAUSSE SUR LES AUTRES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES

Les admissions universitaires ne se font pas en vase clos, et il est concevable qu'augmenter le nombre d'inscriptions annuelles en médecine ait une incidence sur les autres programmes universitaires, ceux du domaine de la santé en premier.

Les étudiants en médecine partagent des professeurs, des locaux, des équipements et des places de stage avec les étudiants des autres programmes de santé. Une hausse des admissions entraînera nécessairement une concurrence plus grande pour ces ressources, qui sont aujourd'hui largement insuffisantes. L'enjeu de la diminution de la qualité de la formation ne touche donc pas que les étudiants en médecine, mais aussi ceux des autres programmes.

L'admission au programme de médecine étant très compétitive, un nombre important des candidats postulent aussi dans d'autres programmes du domaine de la santé. L'augmentation des places dans le programme de médecine aura donc comme effet de diminuer le nombre d'étudiants qui devront retenir leur « plan B ». Ainsi, l'on peut supposer que le bassin d'étudiants se dirigeant vers des programmes connexes — les soins infirmiers, la pharmacie, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie pour en nommer quelques-uns — s'en verrait réduit. Il deviendrait alors plus difficile pour ces programmes d'attirer de nouveaux étudiants et d'assurer une bonne rétention, ce qui est déjà un enjeu pour ceux-ci. De plus, l'augmentation des admissions d'étudiants universitaires en provenance du marché du travail pourrait exercer une pression négative sur les effectifs de certaines professions.

Malheureusement, il n'existe pas à notre connaissance de données permettant d'évaluer quantitativement l'impact de la hausse des admissions en médecine sur les autres programmes. Ce qui est toutefois certain, c'est que la hausse des places en médecine doit être considérée dans une perspective holistique. Ses impacts ne se limitent pas seulement à la profession médicale, mais à tout l'écosystème des programmes de santé, cela en modifiant les choix de carrière des étudiants, en complexifiant la répartition des ressources matérielles et en influençant la dynamique de la main-d'œuvre dans les divers domaines de la santé.

**L'INTÉRÊT POUR LA PRATIQUE RURALE ET L'INTÉRÊT POUR LA MÉDECINE SONT ÉVACUÉS DU SYSTÈME ACTUEL D'ADMISSION, CE QUI EST SELON NOUS UNE ERREUR.**

## IMPACT DE LA HAUSSE SUR LA QUALITÉ DE L'ENSEIGNEMENT

La hausse importante des admissions affecte forcément le parcours académique des étudiants en médecine. Au préclinique, ces impacts se reflètent principalement au niveau de l'enseignement, des installations et des services offerts.

Sans une hausse parallèle du nombre de professeurs, la hausse des admissions en médecine nuira à la qualité de la formation reçue par les étudiants. La diminution du ratio professeurs:étudiants réduit le temps disponible pour répondre aux questions des étudiants, en plus de freiner le développement d'une relation de mentorat significative entre les professeurs et leurs étudiants [20]. Les apprentissages théoriques s'en voient affectés négativement. Les effets délétères de la hausse sont toutefois les plus perceptibles dans l'apprentissage d'habiletés cliniques. Les étudiants en médecine doivent apprendre de nombreux examens physiques complexes qui nécessitent une rétroaction individuelle et répétée pour être maîtrisés. Ces cours prennent normalement la forme d'ateliers en petits groupes avec des médecins enseignants. La hausse des admissions obligera les facultés à augmenter le nombre d'étudiants assistant à chacune de ces activités ou à diminuer le nombre d'activités tenues. Les deux cas se soldent en une acquisition sous-optimale des habiletés cliniques. La seule voie qui permette de maintenir la qualité de la formation préclinique est d'augmenter le nombre de médecins enseignants pour minimalement maintenir les ratios actuels.

Dans le même ordre d'idée, des ressources humaines supplémentaires doivent être prévues pour réaliser d'autres types d'activités de formation, par exemple l'apprentissage avec des patients standardisés. Lors de ces activités, les étudiants effectuent des entrevues avec des « patients acteurs », un exercice essentiel pour

développer leurs compétences cliniques et relationnelles. Celles-ci demandent toutefois les services d'un grand nombre d'acteurs, et la hausse des admissions menace la tenue de ce type d'activité, ou du moins leur nombre. Notons finalement les effets de la hausse sur la capacité de fournir des services aux étudiants. Les facultés ont déjà de la difficulté à répondre à la demande croissante pour les services d'aide psychologique, pédagogique et financière, ce qui pourrait entraîner des retombées négatives chez les étudiants plus vulnérables.

Comme les ressources humaines, les ressources matérielles s'avèrent insuffisantes pour accommoder la hausse. Les facultés de médecine sont souvent séparées géographiquement des infrastructures universitaires, la plupart du temps pour assurer une proximité avec un ou des centres hospitaliers. La planification des ressources matérielles y est donc naturellement moins flexible. Une problématique concrète qu'entraîne cette réalité est le manque de locaux. Isolés de leur université d'attache, les programmes de médecine sont confinés dans des installations parfois exiguës et vétustes et doivent dans certains cas augmenter le nombre d'étudiants par cours. L'utilisation des locaux à d'autres fins que l'enseignement, par exemple pour étudier ou effectuer des travaux d'équipes [21], se voit du même coup restreinte. Outre les locaux d'enseignement, le nombre de tables d'anatomie, de lits d'exams et d'outils médicaux ne suit pas la demande croissante, dans un contexte où la construction de nouvelles infrastructures est de plus en plus coûteuse [20].

## IMPACT DE LA HAUSSE SUR L'EXPOSITION CLINIQUE

Selon le Comité sur l'éducation prédoctorale du Collège des médecins de famille du Canada (CFMC), « les expériences cliniques forment la composante la plus importante de l'éducation médicale : ce sont ces expériences qui transforment les étudiants en médecins » [22]. La hausse des admissions en médecine menace toutefois cette partie essentielle du cursus médical. Sans une augmentation significative du nombre de milieux cliniques ouverts aux étudiants, les programmes de formation devront entasser un nombre plus élevé d'étudiants en médecine pour un même stage en réponse à la hausse des cohortes.

La conséquence logique d'une telle mesure est que chaque étudiant effectuera dans une journée moins d'actes cliniques. Cela affecte d'un côté la variété de cas auxquels seront confrontés les étudiants — particulièrement les

pathologies plus rares — et aussi le volume de chaque type d'acte. La mathématique est claire : s'il y a 37 % plus d'étudiants en médecine sans augmentation parallèle des milieux de stage, alors chaque étudiant en médecine verra son exposition clinique diminuer de 27 %. Sur un externat de deux ans, cela équivaut à 6 mois d'actes cliniques en moins par rapport à ce que voient présentement les externes. Tous seront d'accord pour dire qu'il serait dommageable de réduire la durée de l'externat de deux ans à un an et demi; il n'est pas plus sensé de réduire du quart l'exposition clinique des externes. Cette diminution de l'exposition clinique est d'autant plus inquiétante lorsqu'on considère la situation actuelle des milieux cliniques, où l'exposition clinique est déjà précaire; selon notre sondage (détaillé dans la suite du mémoire), 82 % des externes des campus « principaux » qualifient leurs milieux de stage comme étant déjà saturés.

La même logique tient pour le nombre de médecins superviseurs que pour le nombre de milieux de stage. Toutes choses égales par ailleurs, un nombre plus élevé d'étudiants en médecine devra être jumelé à chaque patron (médecin avec permis de pratique) ou médecin résident (médecin en formation postdoctorale dans une spécialité). Dans un tel cas, chaque apprenant ne bénéficiera pas d'une aussi grande supervision et rétroaction personnalisée de la part de son supérieur hiérarchique que par le passé. À l'inverse, la charge de travail des superviseurs augmente, ce qui peut entraîner un stress supplémentaire et diminuer la qualité de l'enseignement, voire décourager certains d'assumer des charges d'enseignement. En plus de la hausse prévisible à court terme d'externes, et à moyen terme de résidents dans

**LA SEULE FAÇON DE  
MAINTENIR LA QUALITÉ  
DE LA FORMATION  
PRÉCLINIQUE EST  
D'AUGMENTER LE  
NOMBRE DE MÉDECINS  
ENSEIGNANTS POUR  
MINIMALEMENT  
MAINTENIR LES RATIOS  
ACTUELS.**

les milieux de stage, le gouvernement du Québec mise sur la formation d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) pour alléger la charge des médecins alors que ces dernières doivent également compléter leur parcours dans les mêmes milieux de stage [11].

La FMEQ considère que la création d'activités médicales particulières (AMP) pour l'enseignement permettrait d'augmenter de façon structurante le nombre de médecins enseignants et de pallier ces enjeux. Les AMP sont des activités que doivent obligatoirement compléter les médecins de famille dans les 15 premières années de leur pratique. Des AMP en enseignement permettraient à ces mêmes médecins de famille de réserver une plus grande partie de leur horaire à la formation clinique. Cela aurait le double avantage d'augmenter le nombre de jeunes patrons en médecine de famille, ce qui pourrait inspirer un plus grand nombre d'étudiants à se diriger vers cette pratique, ceux-ci se reconnaissant dans le profil de leurs mentors.

Il ne faut pas croire que les risques mentionnés plus haut affectent seulement les étudiants en médecine. Concrètement, une diminution de l'exposition clinique implique que les étudiants seront moins prêts à la résidence et que les résidents seront eux-mêmes moins prêts pour la pratique. En corollaire, c'est la population québécoise qui écope, la qualité et l'efficacité des soins lui étant prodigués découlant de la formation adéquate de la relève médicale.

## LA PÉNURIE D'EFFECTIFS MÉDICAUX : DES SOLUTIONS À L'INTERNATIONAL?

Le problème de pénurie de main-d'œuvre en santé n'est pas exclusif au Québec; d'autres juridictions comparables, telles la Finlande, la Suède, l'Australie et les autres provinces canadiennes sont elles aussi confrontées à une diminution des effectifs médicaux sur leurs territoires [23].

Voilà plusieurs années que les pays scandinaves sont reconnus à l'international pour leur système de santé [24]. Comme le Québec, ces pays s'étendent sur un vaste territoire et bénéficient d'un système de santé public fortement financé; l'on y observe aussi un manque de médecins dans plusieurs régions [23], ce qui rappelle la réalité québécoise [25]. Là où les pays scandinaves se démarquent, c'est par leur avance technologique, qui s'exprime par des solutions axées sur la numérisation et les soins à distance [26]. La Suède est considérée comme un modèle dans ce domaine par l'Organisation mondiale de la santé (OMS),

## DES AMP EN ENSEIGNEMENT PERMETTRAIENT À DES MÉDECINS DE FAMILLE DE RÉSERVER UNE PLUS GRANDE PARTIE DE LEUR HORAIRE À LA FORMATION CLINIQUE.

qui y orchestre des ateliers de démonstration [27] pour les directeurs de santé d'autres pays. Le traitement à distance permet aux résidents des zones éloignées d'accéder à des soins de santé tout en évitant des déplacements longs et coûteux vers des centres médicaux urbains. Par exemple, la création de salles virtuelles en région offre la possibilité aux patients de se rendre dans un lieu désigné à proximité de leur domicile pour des consultations avec un médecin via télémedecine. Ces salles sont équipées de matériel médical qui permettent aux patients d'effectuer certains tests par eux-mêmes, qu'ils peuvent ensuite transmettre à leur médecin par voie informatique. L'on retrouve même dans certaines salles du personnel d'assistance disponible sur place pour effectuer différentes mesures.

L'utilisation de la télémedecine s'est démocratisée en Suède, et plusieurs suivis médicaux, consultations en psychiatrie et traitements y sont effectués suivant cette méthode. Bien que cette technologie ait connu un essor au Québec lors de la pandémie de la COVID-19, elle demeure à ce jour surtout utilisée dans le secteur privé et des comporte des enjeux d'accessibilité. Le gouvernement souhaite restreindre le nombre de téléconsultations permises au secteur public, tandis que la FMOQ demande plus de flexibilité quant à l'utilisation de cette méthode [28]. Une dernière particularité du système suédois est sa plus grande utilisation des soins à domicile, qui utilisent moins de ressources humaines, matérielles et financières que les services hospitaliers. Un exemple concret est la dialyse, un traitement destiné aux personnes souffrant de maladies rénales avancées, qui peut désormais être effectué à la maison, augmentant ainsi l'autonomie et la qualité de vie des patients.

L'Australie présente des défis structurels similaires au Québec, entre autres en ce qui a trait à la pénurie d'effectifs médicaux en régions éloignées. Malgré l'augmentation d'étudiants admis en médecine dans les dernières années,



la couverture médicale en région demeure largement insuffisante. À ce titre, l'Association australienne d'étudiants médicaux a soulevé que la hausse des admissions ne pouvait agir comme remède unique à la pénurie d'effectifs médicaux. Le système d'éducation australien n'a pas prévu d'augmenter le nombre de places en stage de façon proportionnelle à la hausse des admissions.

Le tout crée une pression supplémentaire sur les milieux cliniques, un défi auquel le Québec est et sera davantage confronté [29]. Pour améliorer la rétention de personnel en milieu rural, l'Australie tente d'augmenter la représentation de personnes issues de régions éloignées ou de descendance autochtone dans le domaine de la santé [30]. Par exemple, de nombreuses écoles cliniques rurales ont été créées, où 25 % des étudiants admis doivent provenir de zones rurales. Ces institutions se spécialisent dans l'enseignement adapté aux contextes ruraux, mettent l'accent sur les soins primaires et sont implantées sous la forme de campus délocalisés ou d'universités décentralisées. Elles s'engagent à fournir au minimum un an d'enseignement axé sur la pratique en milieu rural qui prend la forme de stages dans les hôpitaux locaux et d'un externat longitudinal dans un même milieu hospitalier.

De plus, certains étudiants peuvent postuler pour des places en médecine entièrement subventionnées par l'État, moyennant un engagement obligatoire de pratiquer dans des régions éloignées [29]. Il existe finalement un programme d'incitation à la main-d'œuvre en santé rurale pour recruter des professionnels médicaux en milieu rural. Ce programme inclut un ensemble d'incitatifs, tels des programmes de développement personnel et d'aide au logement, la prise en charge des coûts de déménagement, des congés personnels supplémentaires, l'assistance pour le voyage des familles et des allocations ou des primes pour les zones rurales [31]. Au Québec, ces solutions sont partiellement appliquées, par exemple avec la création de campus délocalisés, l'augmentation de places en externat longitudinal intégré et les incitatifs financiers à la pratique médicale en région [32].

Les systèmes de santé des autres provinces canadiennes se rapprochent du Québec, tant dans leurs problèmes que leurs pistes de solutions. Comme au Québec, des compensations financières existent en Saskatchewan pour les travailleurs de la santé pratiquant en région [33]. Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador offre pour sa part des incitatifs de 200 000 \$ aux médecins qui travaillent en milieu rural. L'impact de ces incitatifs financiers sur la pratique en région s'est toutefois avéré décevant [34]. Une solution alternative que certains proposent est de faire

appel à plus de médecins formés à l'étranger. Cependant, une fois le permis de pratique obtenu, la majorité de ceux-ci déménagent en ville, augmentant ainsi le taux de rotation dans les régions éloignées, sans compter les problèmes administratifs et éthiques qu'entraîne ce type de recrutement [35]. Dans la plupart des provinces, d'énormes investissements sont faits pour augmenter le nombre de places dans les programmes de soins de santé [34], dans une logique similaire à celle du gouvernement québécois.

**LE SYSTÈME D'ÉDUCATION AUSTRALIEN N'A PAS PRÉVU D'AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACES EN STAGE DE FAÇON PROPORTIONNELLE À LA HAUSSE DES ADMISSIONS. LE TOUT CRÉE UNE PRESSION SUPPLÉMENTAIRE SUR LES MILIEUX CLINIQUES, UN DÉFI AUQUEL LE QUÉBEC EST ET SERA DAVANTAGE CONFRONTÉ.**



# LA FORMATION MÉDICALE DÉLOCALISÉE COMME VOIE D'AVENIR

## HISTORIQUE ET COÛTS DE CONSTRUCTION DES CAMPUS DÉLOCALISÉS

Quatre universités assurent l'éducation médicale au Québec : l'Université McGill, l'Université Laval, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke. En 1829, la première faculté de médecine québécoise est créée lorsque la *Montreal Medical Institution*, une école de médecine jusqu'à ce moment privée, s'intègre au *McGill College*, ce qui donnera naissance à la Faculté de médecine de l'Université McGill [36]. Celle de l'Université Laval est pour sa part fondée en 1854, devenant ainsi la première faculté de médecine francophone au Canada [37]. En 1877, la Faculté de médecine de l'Université Laval ouvre une succursale à Montréal. Celle-ci gagne son indépendance en 1920 et prend le nom de Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Dernière créée, l'Université de Sherbrooke accueille ses premiers étudiants en médecine en septembre 1966 [38].

Au début des années 2000, les facultés de médecine québécoises sont confrontées à une hausse importante des admissions en médecine. Pour absorber une partie des nouveaux étudiants, l'Université de Montréal fonde en 2004 un campus délocalisé à Trois-Rivières, où les futurs médecins pourront réaliser l'entièreté de leur formation médicale prédoctorale. L'emplacement du campus est dû au fait qu'à l'époque, la Mauricie était l'une des régions au Québec avec le moins de médecins par personne. L'Université de Montréal fait le pari qu'en formant des médecins directement en Mauricie, un nombre significatif d'étudiants y étant formés s'établiront dans la région pour y pratiquer [39]. Il accueillera 24 étudiants, pour une facture totale d'environ 2 millions de dollars [40]. En 2006, l'Université de Sherbrooke imite l'Université de Montréal en instaurant le Programme de formation médicale à

Saguenay (PFMS), situé à Chicoutimi, et le Centre de formation médicale au Nouveau-Brunswick (CFMNB), situé à Moncton, où des réseaux de formation médicale en région étaient déjà implantés. Les étudiants peuvent maintenant y compléter leur doctorat en entier [41]. Il faut sauter en 2020 pour voir l'inauguration d'un nouveau campus délocalisé, soit celui de l'université McGill en Outaouais [42]. Constitué de deux étages au-dessus de l'Hôpital de Gatineau et occupant une superficie de 4600 mètres carrés, son coût de construction s'élève à 32,4 millions de dollars [43] pour 96 étudiants. Le coût du campus par étudiant est 4 fois plus élevé que le campus de Mauricie, construit exactement 20 ans plus tôt. Des factures salées semblent devenues la norme en ce qui a trait à la construction de nouvelles infrastructures d'enseignement.

En 2021, l'Université de Sherbrooke ouvre un nouveau campus délocalisé, son troisième, en Montérégie. Situé sur le territoire du centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, le pavillon Jean-Marc Lepage accueille des cohortes de 24 étudiants au préclinique [44]. L'achat du bâtiment s'élève à quelques dizaines de millions de dollars, dont 5 millions qui proviennent du CISSS Montérégie-Centre. Le coût des installations est pour sa part d'environ 6 à 7 millions de dollars, dont 2 millions sont issus d'un don de Louise Gaudet-Arcand et Denis S. Arcand à la Fondation de l'Hôpital Charles-Le Moyne [45]. En 2023, l'Université Laval emboîte le pas aux autres facultés et construit ses deux premiers campus délocalisés, situés à Lévis et Rimouski. Ce projet permet à 36 étudiants divisés équitablement entre les campus de Lévis et Rimouski de débiter leurs études doctorales [46]. Le pavillon de Lévis, d'une superficie de 4000 mètres carrés, est annexé à l'Hôtel-Dieu de Lévis [47], et celui de Rimouski, d'une superficie de 3265 mètres carrés, est adjacent à l'Hôpital régional de Rimouski [48]. Chacun de ces pavillons aura coûté 27 millions de dollars [49].

L'essor des coûts de construction ces deux dernières décennies suscite des interrogations légitimes. Bien que

l'inflation soit pointée du doigt, d'autres facteurs pourraient contribuer à cette augmentation marquée. Parmi eux, l'intégration de technologies éducatives de pointe destinées à la formation des futurs médecins joue un rôle significatif. Les équipements médicaux, les simulateurs de haute technologie et les salles de classe interactives exigent des investissements considérables qui contribuent ainsi à l'escalade des coûts [50]. De plus, l'augmentation des coûts de construction découle aussi de divers éléments tels que l'intensification de la concurrence, l'augmentation des tarifs des matières premières, la pénurie de main-d'œuvre, et du manque de souplesse dans les contrats [51].

Les coûts s'additionnent, tout comme les délais de construction. Certains campus sont donc incapables d'accueillir des cours aux dates initialement planifiées, ce qui force la tenue de cours dans des lieux non prévus à cet effet. C'est à cette réalité que sont confrontés les 36 étudiants du campus de Lévis et de Rimouski de l'Université Laval, qui ont dû entamer leur première session dans les locaux temporaires de l'Hôtel-Dieu de Lévis, de l'Hôpital régional de Rimouski et de l'Université du Québec à Rimouski. Les 24 premiers étudiants du campus Montérégie ont vécu une situation similaire; ils commencent leur parcours au campus de Longueuil, à quelques kilomètres du pavillon Jean-Marc Lepage initialement prévu. L'ouverture de ces pavillons ne marque pas la fin des travaux, et les bruits de construction font encore partie du paysage sonore de plusieurs campus.

La hausse récente des admissions soulève des questions sur la capacité d'accueil des campus de médecine actuels, et ce, malgré la construction récente de trois campus délocalisés. Certaines facultés de médecine prévoient à ce titre ouvrir de nouveaux sites d'enseignement dans les prochaines années. C'est le cas de la Faculté de médecine et de sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, qui planifie à long terme de lancer un nouveau programme de médecine à Drummondville [52]. De plus, l'Université du Québec à Montréal (UQAM) a manifesté son intention d'elle aussi se doter d'une faculté de médecine. Toutefois, ce projet demeure embryonnaire et le ministère de l'Éducation supérieure compte pour l'instant seulement sur les facultés de médecine existantes pour absorber la hausse d'admissions en médecine planifiée [53].

## L'UTILISATION DE L'EXTERNAT

## LONGITUDINAL INTÉGRÉ (ELI) COMME MODÈLE D'ENSEIGNEMENT

Le parcours d'un étudiant en médecine se divise grossièrement en deux, soit le préclinique — la portion théorique de la formation — et l'externat — la portion pratique. L'externat se compose de blocs de 2 et 7 semaines de stages dans différentes spécialités médicales. Classiquement, la majorité de ces stages sont effectués dans les hôpitaux de la ville où se situe le campus d'attache. Une fois un bloc de stage terminé, l'étudiant change de spécialité et parfois d'hôpital pour continuer sa formation. Une autre mode d'enseignement est toutefois disponible pour les étudiants des universités Laval, de Montréal et de Sherbrooke : l'externat longitudinal intégré (ELI). Un ELI est un type d'externat qui maintient l'exposition à différentes spécialités de façon continue, en opposition aux blocs de stages qui composent l'externat classique. Typiquement, les ELI sont effectués dans un seul hôpital régional, mais la formule peut être adaptée aux hôpitaux urbains, comme cela est fait à Sherbrooke. Ce modèle comporte plusieurs avantages. Le fait de rester dans le même hôpital tout au long de leur formation permet aux étudiants de mieux s'intégrer à l'équipe de soin et de maintenir un contact plus étroit avec leurs superviseurs. La rotation hebdomadaire de spécialités permet aussi une intégration plus longitudinale des connaissances. Le modèle d'externat classique permet pour sa part une plus grande exposition à des cas complexes — le propre des centres hospitaliers tertiaires — et une exposition à un plus

**LES EXTERNATS  
LONGITUDINAUX  
INTÉGRÉS SONT DÉJÀ  
UTILISÉS PAR LES  
FACULTÉS POUR PALLIER  
À LA SATURATION DES  
MILIEUX DE STAGES EN  
MILIEUX URBAINS.**

## **LES ÉTUDIANTS DES CAMPUS DÉLOCALISÉS SONT-ILS DE BASE PLUS OUVERTS À LA MÉDECINE FAMILIALE, OU EST-CE LE FAIT D'ÉTUДИER DANS UN CAMPUS DÉLOCALISÉ QUI LES INCLINE VERS CETTE SPÉCIALITÉ?**

large spectre de pratiques cliniques. Qu'ils choisissent le modèle classique ou le modèle ELI, la très grande majorité des étudiants en médecine sera exposée à la médecine en région au minimum une fois dans son cursus.

Le premier externat longitudinal intégré au Canada a été créé en 2005 à l'École de médecine du Nord de l'Ontario (NOSM) et s'inspirait des modèles créés par les universités de Harvard et de Californie. Les visées de ce cursus étaient de répondre aux besoins de santé en région éloignée et d'améliorer l'accès aux soins. Ces objectifs s'appuyaient sur l'expérience américaine en la matière, qui montre que les étudiants ayant participé à un ELI dans des zones rurales s'orientent en plus grande proportion vers les soins primaires et une carrière en milieu rural [54]. Depuis, le modèle s'est exporté dans les autres provinces canadiennes et s'est peaufiné. Il n'y a pas d'études comparatives entre les étudiants en ELI et en externat conventionnel au Québec; toutefois, des études canadiennes et américaines soulignent que la performance théorique est similaire entre les deux groupes, quoique la performance clinique pourrait être améliorée pour les étudiants en ELI [55]. Les données internes de l'Université Laval corroborent ces statistiques, la performance théorique des cinq dernières années aux examens finaux étant similaire entre les modes d'externat.

Les différents programmes de médecine doivent actuellement revoir leur cursus pour répondre à la croissance des cohortes exigée par décret ministériel. Les externats longitudinaux intégrés sont déjà utilisés par les facultés comme manière de pallier la saturation des milieux de stages en milieu urbain. À l'Université Laval, par exemple, la taille actuelle des cohortes nécessite qu'une

certaine proportion des étudiants choisissent l'ELI. La capacité restreinte des hôpitaux du CHU de Québec fait en sorte qu'il est impossible d'accueillir tous les étudiants dans la ville de Québec. La faculté de médecine a d'ailleurs déjà songé à obliger certains étudiants, pigés au hasard, à déménager en région pour y effectuer leur externat pour un an, quoiqu'ils n'aient finalement pas eu besoin de recourir à cette solution [32].

## **QUELLES SPÉCIALITÉS LES ÉTUDIANTS DES CAMPUS DÉLOCALISÉS CHOISISSENT-ILS?**

Considérant que les campus délocalisés sont une des solutions retenues pour faire face à la hausse des admissions en médecine, il est essentiel d'évaluer la volonté des apprenants d'aller y poursuivre leur formation. Un des éléments qui impacte l'attractivité de ces campus est la compétitivité de leurs étudiants dans le choix de leur résidence à la fin de leur formation prédoctorale.

L'accès au programme de résidence de leur choix entraîne un stress chez la plupart des étudiants en médecine; ce processus étant relativement obscur, plusieurs mythes existent quant aux éléments qui influencent une candidature donnée. Un de ceux-ci est le fait de provenir d'un campus délocalisé. Certains étudiants considèrent qu'étudier dans un campus délocalisé les désavantage lors du processus de jumelage en raison de préjugés négatifs à l'égard des campus délocalisés. D'autres croient au contraire qu'ils sont avantagés grâce à certains aspects propres aux campus délocalisés, telle la proximité avec les patrons.

Historiquement, les étudiants de campus délocalisés sont plus nombreux à être jumelés en médecine de famille que ceux des campus principaux. Les données internes de l'Université de Sherbrooke montrent par exemple qu'en moyenne, le taux de jumelage en médecine de famille dans le campus délocalisé de Saguenay est supérieur de 12 % à celui du campus principal. Deux raisons peuvent expliquer cette disparité : ou bien les étudiants des campus délocalisés sont plus intéressés à devenir médecins de famille que leurs pairs, ou alors, les étudiants des campus délocalisés sont défavorisés dans le processus de jumelage s'ils s'intéressent à une autre spécialité que la médecine familiale. Les données du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) corroborent heureusement la première hypothèse. Entre 2013 et 2023, 77 % des étudiants du campus de Mauricie, 79 % des étudiants du campus de Moncton et 73 % des étudiants du campus de Saguenay

ont obtenu leur discipline de premier choix. Ces données sont très proches de celles des campus principaux de l'Université de Montréal (78 %), de l'Université McGill (82 %) et de l'Université de Sherbrooke (79 %). Autrement dit, les étudiants des campus délocalisés obtiennent dans la même proportion que les campus principaux leur premier choix de résidence : seulement, celui-ci est plus souvent la médecine de famille. En effet, seuls 30 % des étudiants des campus principaux comptaient devenir médecins de famille, contre 40 % dans les campus délocalisés. Ces résultats soulèvent toutefois une autre question : les étudiants des campus délocalisés sont-ils de base plus ouverts à la médecine familiale, ou est-ce le fait d'étudier dans un campus délocalisé qui les incline à cette spécialité? La vérité se situe probablement quelque part entre les deux. Cette question mériterait toutefois une investigation plus approfondie, car elle permettrait de savoir dans quelle mesure les campus délocalisés sont une solution à la pénurie de médecins de famille.

## LES CAMPUS DÉLOCALISÉS ET LA RELÈVE RÉGIONALE

Une des motivations derrière le développement de campus délocalisés était d'augmenter le nombre de médecins intéressés à pratiquer en région [56]. Cet objectif est-il atteint?

Les données que nous avons recueillies vont en ce sens. Selon notre sondage, 52 % des étudiants du campus Saguenay souhaitent pratiquer en région, contre 30 % pour les étudiants du campus de Sherbrooke, qui ont un cursus identique si ce n'est l'exposition à la médecine régionale. Notons cependant qu'une grande proportion des étudiants du campus de Saguenay proviennent de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, ce qui est un confondant (les étudiants provenant de région ayant plus de chance de pratiquer dans leur région d'origine). La même interrogation que nous avons posée plus tôt pour la médecine familiale se pose : « [...] est-ce que c'est le fait d'étudier dans un campus délocalisé qui augmente la probabilité de travailler en région ou bien les étudiants ayant déjà plus d'affinités avec la pratique en région choisissent-ils davantage les campus délocalisés? » [57].

Une étude faite sur le modèle des campus délocalisés en Colombie-Britannique évalue cette question [58]. Celle-ci compare les choix de pratique des étudiants provenant des campus délocalisés à ceux des étudiants des campus principaux, en contrôlant diverses variables (sexe, âge, provenance ou non d'un milieu rural). Selon cette étude, les étudiants provenant d'une région rurale (quel que soit leur

campus d'attache) auraient environ 2,6 fois plus de chance de pratiquer en région que leurs collègues provenant de milieux plus urbains. Il s'agit donc sûrement d'un confondant. Toutefois, cette variable n'est pas suffisante pour expliquer en totalité le choix de pratiquer en région. En effet, les étudiants du campus délocalisé *Island Medical Program Regional Medical Campus* ont 3,24 fois plus de chances de s'orienter vers une pratique rurale que leurs collègues étudiant dans un campus principal. Une autre étude réalisée en Australie avance des résultats similaires. Dans celle-ci, le milieu de pratique des étudiants était évalué huit ans après leur diplomation : les étudiants provenant d'un milieu urbain et ayant effectué plus de stages en milieu régional (*Extended Rural Clinical School Placement*) étaient 2,7 fois (IC à 95 %, 1,8-4,2) plus susceptibles que les diplômés d'origine urbaine sans expérience équivalente de pratiquer en milieu rural. La provenance rurale et l'exposition importante à la médecine de région semblent donc agir de façon synergique [59]. Ces études démontrent en fin de compte que la formation médicale en région, qui passe au Québec par le modèle de campus délocalisé, est une mesure efficace pour augmenter la rétention médicale en milieu rural.

## SONDAGE DES ÉTUDIANTS PAR RAPPORT À LA FORMATION DANS LES CAMPUS DÉLOCALISÉS ET À L'EXTERNAT

La hausse des admissions en médecine et la construction des campus délocalisés touchent directement les étudiants en médecine, et ce, à tous les niveaux d'études. Un sondage a été ouvert aux étudiants des quatre facultés de médecine québécoises pour sonder l'impact réel de la hausse des admissions en médecine. Au total, 307 étudiants ont participé au sondage. De ce nombre, 94 (30,6 %) proviennent de campus délocalisés, 77 (25,1 %) sont présentement à l'externat et 15 (4,9 %) effectuent un externat longitudinal intégré (ELI).

La population médicale étudiante, toutes choses considérées, est satisfaite de la qualité de la formation qu'elle reçoit. Les étudiants à l'externat sont quasi unanimes sur la qualité de la formation pratique, la qualifiant de bonne ou de très bonne à 93 %. Une majorité d'étudiants (85 %) déclarent toutefois que les milieux de stages sont saturés, c'est-à-dire qu'il y a un trop grand nombre d'étudiants par rapport au nombre de situations cliniques en milieu de stage. Les externes considèrent que les spécialités les plus

## **NOUS NOUS TENONS AU POINT DE DÉBORDEMENT EN CE QUI A TRAIT À LA CAPACITÉ DES MILIEUX DE STAGE À RECEVOIR DES EXTERNES.**

problématiques sont la chirurgie générale, l'obstétrique-gynécologie et la pédiatrie. Ces résultats sont logiques. Un nombre d'étudiants plus important en chirurgie pour un même stage implique une diminution du nombre d'actes opératoires effectués par stagiaire. La population ciblée par la pédiatrie et l'obstétrique-gynécologie est par nature très restreinte, ce qui rend l'atteinte d'une exposition clinique suffisante plus difficile.

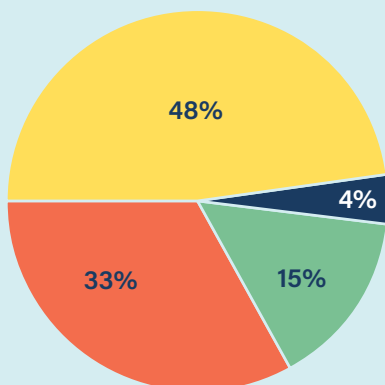
Nous nous tenons au point de débordement en ce qui a trait à la capacité des milieux de stage à recevoir des externes. La hausse de 37 % des admissions entre 2020 et 2024 a en effet des conséquences à retardement sur l'externat. Celui-ci est précédé de la formation préclinique, qui dure généralement 2 ans. Cela signifie que les premiers étudiants issus de la hausse sont rentrés à l'externat cette année; la deuxième année d'externat n'est donc pas encore touchée par la hausse. Les étudiants présentement en première année d'externat ne représentent pas par ailleurs la hausse des admissions dans sa pleine amplitude; rappelons-nous que 949 étudiants ont été admis en

2020, alors qu'ils seront 1203 en 2024. L'équilibre déjà précaire entre le nombre de milieux de stages et le nombre d'étudiants voit son centre de masse bouger en faveur du nombre d'étudiants. Plusieurs commentaires ont été reçus à cet effet, provenant d'étudiants qui déplorent le manque de places dans les hôpitaux en ville :

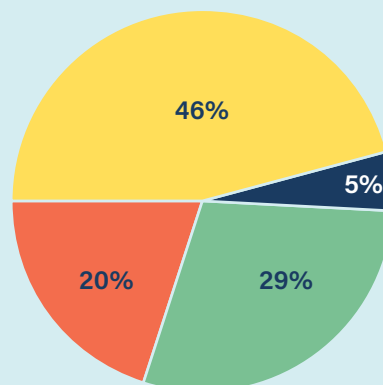
**« Les stages dans les milieux urbains sont limités par le nombre de places pour les externes. Nous avons donc souvent la surprise de faire des stages en région éloignée. L'exposition clinique est bonne, mais nous pouvons difficilement nous faire connaître par notre programme de résidence de choix (qui se trouve en centre universitaire). En effet, les programmes auront tendance à choisir des candidats qu'ils ont rencontrés pendant des stages, plutôt que d'autres qu'ils ne connaissent pas ».**

Pour absorber un nombre d'étudiants plus important, les facultés de médecine québécoises placent leur confiance dans les campus délocalisés et les centres hospitaliers régionaux. Du même coup, les facultés espèrent pallier la pénurie de médecins dans certaines régions du Québec. Les étudiants sont eux aussi sensibles à ces enjeux : 75 % d'entre eux se disent inquiets de l'impact du manque de médecins sur leur future pratique et 80 % considèrent que les campus délocalisés sont une bonne manière de pallier le manque de médecins.

## **AVEZ-VOUS L'INTENTION DE TRAVAILLER COMME MÉDECIN EN RÉGION? N=213**



**Campus principaux**



**Campus délocalisés**





Certaines facultés de médecine sont aux prises avec un manque de volontaires pour participer aux externats longitudinaux intégrés (ELI), ce qui complexifie la tâche de répartition des externes dans les hôpitaux urbains et contribue à la saturation de ces milieux. Dans le passé, certaines facultés de médecine envoyaient des offres en médecine conditionnelles au lieu de pratiquer à l'externat. Elles ont cependant cessé ce mode de fonctionnement puisqu'elles jugeaient que ce choix arrivait trop tôt dans la vie des étudiants, alors que ceux-ci ne sont pas encore familiers avec ce que représente l'externat. Selon notre sondage, 51 % des répondants seraient en accord avec le retour d'une telle mesure, 33 % seraient contre et 15 % sont indécis. Cette pratique comporte des désavantages. Cependant, nous croyons qu'elle est préférable au fait de contraindre des étudiants à effectuer leur externat dans une région donnée sans entente préalable au moment de l'admission, comme ont envisagé de le faire certaines facultés dans les dernières années. De plus, cette mesure pourrait être associée à la création du contingent pour les étudiants intéressés par la pratique régionale, qui sont d'emblée plus favorables au modèle ELI. Cela pourrait aussi simplifier et optimiser le continuum de l'admission en médecine, du choix du lieu de formation et de la sélection du milieu de pratique.

Seulement 18 % des répondants pensent avec certitude pratiquer la médecine en région. Ce pourcentage augmente à 29 % chez les étudiants qui proviennent d'un campus délocalisé et diminue à 15 % chez les étudiants des centres urbains. L'association entre les campus délocalisés

et le souhait de pratiquer en région est statistiquement significative ( $p = 0,007$ ). À noter que les étudiants ayant fait leurs études secondaires en région, tous campus confondus, pensent pratiquer en région à 43 % et que tous les étudiants en ELI sondés considéraient travailler en région. La sélection de candidats provenant de milieux ruraux et l'extension du programme ELI paraissent être deux solutions intéressantes pour pourvoir les postes en région, où les besoins sont importants.

Un autre pan de la médecine où les professionnels manquent de façon criante est la médecine familiale. Les externes ayant participé au sondage ont à ce titre été questionnés sur leur premier choix de résidence. Seulement 30 % des externes sondés considèrent pratiquer la médecine familiale, contre 55 % qui songent à une des 52 autres spécialités médicales et chirurgicales. Après répartition proportionnelle des indécis, 57 % des externes des campus délocalisés s'orientent vers la médecine familiale et 43 % vers une autre spécialité. Dans les campus principaux, encore après répartition, 32 % des externes s'orientent vers la médecine de famille contre 67 % vers une autre spécialité. Notons que ces données ne sont pas statistiquement représentatives en raison du faible échantillon d'externes ( $p=0,23$ ) : elles méritent néanmoins d'être considérées avec sérieux. Le Québec vise un ratio 55:45 entre ses médecins de famille et ses autres spécialistes, ce qui ne reflète pas les préférences actuelles des étudiants. Conscient de cet enjeu, le MSSS a lancé dans la dernière année plusieurs initiatives visant à valoriser la médecine familiale, dont le lancement de la

## QUEL EST VOTRE PREMIER CHOIX AU MATCH R1? N=65

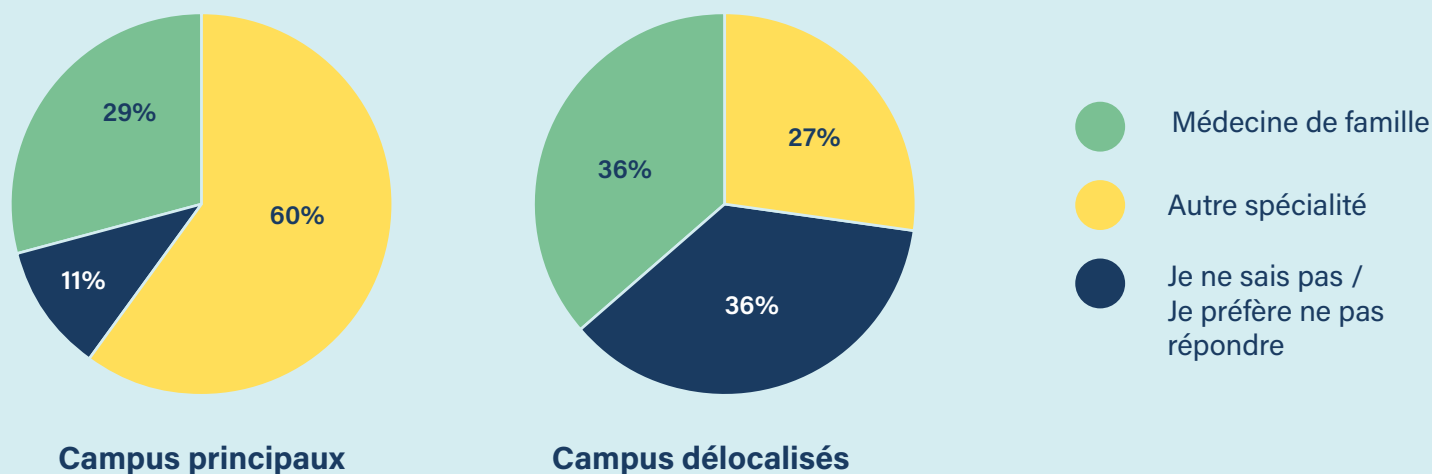




Table nationale sur la valorisation de la médecine familiale. Des efforts redoublés nous apparaissent nécessaires dans ce dossier. Une réflexion plus large doit d'ailleurs être faite sur le choix des candidats en médecine; le processus d'admission pourrait-il prioriser des étudiants dont les inclinaisons penchent déjà vers la médecine familiale? C'est une piste qui pourrait s'avérer prometteuse.

## OPPORTUNITÉS PROPRES AUX CAMPUS DÉLOCALISÉS

Plusieurs bénéfices des campus délocalisés, telle l'augmentation de l'intérêt pour la médecine familiale et la médecine en région, ont jusqu'ici été énoncés. Ce sont toutefois là des avantages plus larges que l'horizon individuel des étudiants. L'enseignement personnalisé, le sentiment d'appartenance et la qualité de l'exposition clinique sont des avantages associés aux campus délocalisés qui orientent pour leur part le choix d'étudier dans un de ces campus, ce que les facultés devraient capitaliser dans leur promotion.

La proximité avec les médecins est un avantage indéniable des campus délocalisés. Les plus petits groupes d'apprentissage, autant au préclinique qu'à l'externat, permettent aux étudiants de poser un nombre plus important de questions et de créer des relations de mentorat plus fortes. En 2018, la journaliste Claudine Hébert a rencontré plusieurs médecins qui enseignent dans des campus délocalisés. Dre Marie-Hélène Girouard, vice-doyenne associée du campus Mauricie de l'Université de Montréal depuis 2016, y mentionne que « la qualité de la formation offerte est la même qu'à Montréal et nous sommes en mesure d'offrir une expérience plus personnalisée en raison de la petite taille de la cohorte » [60].

La disponibilité des journées d'observation est un autre avantage pour les étudiants du préclinique, qui peuvent se familiariser avec la réalité clinique en préparation à l'externat. Les campus délocalisés permettent également une meilleure exposition à la médecine de région et aux enjeux qui lui sont propres. Dre Sharon Hatcher, anciennement doyenne associée et directrice du Programme de formation médicale à Saguenay, mentionne à ce titre qu'avoir un patron qui pratique en région offre un modèle aux étudiants quant à ce que représente ce type de pratique [60]. Dans le sondage sur la hausse des admissions en médecine et les campus délocalisés effectué dans le cadre de ce mémoire, les étudiants des campus délocalisés ont répondu à 34 % souhaiter travailler

en région contre 20 % étudiants des campus principaux, ce qui soutient l'hypothèse de Dr Hatcher.

Encore dans notre sondage, les étudiants des campus délocalisés ont répondu favorablement à une question concernant l'exposition lors de l'externat en région. En effet, 67 % des répondants provenant des campus délocalisés ont répondu que l'exposition clinique dans leur milieu d'externat était très bonne, contre 60 % dans les campus principaux. Dans le même ordre d'idées, 92 % des étudiants des campus délocalisés ont répondu avoir une exposition clinique suffisante à l'atteinte des objectifs de leur faculté contre 83 % parmi les répondants des campus principaux. Cela renforce l'idée que l'exposition clinique est de meilleure qualité et plus variée dans les campus délocalisés que les campus principaux. En ce qui a trait à la saturation du milieu, 67 % des campus délocalisés ont répondu que leurs milieux étaient saturés contre 82 % des étudiants de campus principaux. Cette statistique est importante dans le contexte de la hausse des admissions, et justifie l'idée selon laquelle des milieux de stages supplémentaires devraient être créés dans les campus délocalisés, les milieux urbains dépassant pour plusieurs déjà leur capacité d'accueil.

Les grands centres hospitaliers présentent une structure plus hiérarchique, dans laquelle il n'est pas rare que les externes soient évalués par les résidents et non les patrons eux-mêmes. À ce titre, notre sondage relève que 70 % des étudiants des campus délocalisés ont trouvé facile d'obtenir une lettre de recommandation de patrons dans leur milieu contre 54 % des étudiants des campus principaux. Ces lettres représentent un élément essentiel des candidatures des étudiants dans le processus de choix de la résidence. L'on peut supposer que le lien plus direct formé entre les étudiants des campus délocalisés et leurs patrons facilite la demande de lettres de recommandations, ce qui soutient l'hypothèse précédemment émise selon laquelle les étudiants des campus délocalisés ne sont pas désavantagés dans leur choix de résidence.

# CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Devant le vieillissement de la population et la pénurie d'effectifs médicaux, particulièrement en région et en médecine familiale, procéder à une hausse importante des admissions en médecine paraît une solution évidente. Bien que la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) salue la volonté du gouvernement du Québec de s'attaquer à ces enjeux, elle croit aussi que ladite hausse doit s'accompagner de mesures structurantes pour maintenir, voire renforcer la qualité de la formation médicale.

En s'appuyant sur les données probantes relatives à la formation médicale, la FMEQ invite le gouvernement à miser sur la formation médicale délocalisée afin de faire atterrir en douceur le projet de hausse des admissions en médecine. Cette approche doit se déployer de plusieurs manières, notamment par un appui renouvelé au modèle des campus délocalisés, par la création de nouveaux milieux de stage en région, par l'expansion du programme d'externat longitudinal intégré et par une plus grande valorisation du rôle de médecin enseignant.

C'est ainsi que la FMEQ formule les recommandations suivantes aux **facultés de médecine du Québec** :

1. Accélérer la création des milieux de stage en région éloignée et isolée;
2. Augmenter le nombre de places disponibles en externat longitudinal intégré (ELI) et envisager leur attribution dès l'admission en médecine;
3. Accroître l'attractivité de l'externat longitudinal intégré (ELI).

La FMEQ formule les recommandations suivantes au **ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)** :

1. Bonifier davantage la cote de rendement collégial (CRC) et/ou cote académique globale (CAG) pour les candidats et candidates issues d'une région éloignée et isolée et élaborer un devis de recherche pour évaluer l'impact de la mesure;
2. Créer un contingent d'admission particulier ciblant les candidats manifestant un intérêt marqué pour la médecine en région;
3. Accroître l'offre de stage d'été du programme Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes (SARROS);
4. Bonifier le montant des bourses d'études en médecine pour les étudiants intéressés par la pratique en territoire désigné (éloigné ou isolé);
5. Élargir le programme de bourses d'études en médecine pour les étudiants intéressés par la pratique en territoire désigné (éloigné ou isolé) à toutes les spécialités médicales;
6. Bonifier les montants octroyés dans le cadre du programme de formation médicale décentralisée (PFMD);
7. Bonifier le Programme d'accueil en milieu clinique (PAMC);
8. Poursuivre le déploiement de campus délocalisés dans chaque région administrative du Québec;
9. Créer une catégorie d'activité médicale particulière (AMP) pour l'enseignement;
10. Poursuivre le déploiement de la télémédecine et des technologies de l'information en santé afin de diminuer la charge de travail des médecins.

# RÉFÉRENCES

- [1] Institut de la statistique du Québec, « Le bilan démographique du Québec. Édition 2023 ». Institut de la statistique du Québec, mai 2023. Consulté le : 1 janvier 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>
- [2] Direction des statistiques sociodémographiques, « Mise à jour 2022 des perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 2021-2066 », Bulletin sociodémographique, vol. 26, no 4, p. 1, juillet 2022.
- [3] Institut de la statistique du Québec, « Le bilan démographique du Québec. Édition 2023 ». ISQ, mai 2023. Consulté le : 1 janvier 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>
- [4] Institut canadien d'information sur la santé, « Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2021 — tableaux de données ». ICIS, 2022.
- [5] R. Islam, B. Kralj, et A. Sweetman, « Planification des effectifs médicaux au Canada : l'importance de tenir compte du vieillissement de la population et des modifications apportées aux heures de travail des médecins », CMAJ Can. Med. Assoc. J., vol. 195, no 21, p. E764-E770, mai 2023, doi : 10.1503/cmaj.221239-f.
- [6] S. Wharry, « What physician shortage? », CMAJ Can. Med. Assoc. J., vol. 167, no 1, p. 64, juill. 2002.
- [7] M.-A. Amyot, « Mémoire de la FMOQ présenté au Comité permanent de la santé à la Chambre des communes : L'état des effectifs en médecine de famille au Québec », Québec, 25 avril 2022. Consulté le : 2 janvier 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR11724969/br-external/FederationDesMedecinsOmnipraticiensDuQuebec-f.pdf>
- [8] M.-A. Amyot, « Il manque incontestablement de médecins de famille au Québec », 9 septembre 2022. Consulté le : 2 janvier 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.fmoq.org/affaires-syndicales/communications/lettres-ouvertes/il-manque-de-medecins-de-famille-au-qc/>
- [9] M.-E. Cousineau, « Le Québec perd plus de médecins de famille qu'il en gagne », Le Devoir. Consulté le : 26 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/798377/sante-quebec-perd-plus-medecins-famille-il-gagne>
- [10] S. Dion, « Causes et solutions à la pénurie de médecins de famille », 18 octobre 2021. Consulté le : 27 décembre 2023. [T.V.A. Nouvelles]. Disponible à : <https://www.journaldemontreal.com/2021/10/18/causes-et-solutions-a-la-penurie-de-medecins-de-famille>
- [11] C. Dubé et P. Déry, « Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026 et détermination du nombre de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour des étudiants de l'extérieur du Québec pour 2023-2024 », Québec, Mémoire au conseil des ministres, juin 2023. [En ligne]. Disponible à : [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-1875\\_memoire.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-1875_memoire.pdf)
- [12] Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, « Planification des admissions au doctorat en médecine — 969 admissions aux programmes de formation doctorale en médecine pour la prochaine année », Canadian News Wire, Québec, 10 juin 2022. Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/planification-des-admissions-au-doctorat-en-medecine-969-admissions-aux-programmes-de-formation-doctorale-en-medecine-pour-la-prochaine-annee-41227>
- [13] « Les effectifs médicaux au Québec : Un médecin pour chacun et une place pour chaque médecin ». [En ligne]. Disponible à : <https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire-effectifs-medicaux.pdf>
- [14] R. K. Kapadia et B. M. McGrath, « Medical school strategies to increase recruitment of rural-oriented physicians: the Canadian experience », Can. J. Rural Med., vol. 16 (1), 2011, [En ligne]. Disponible à : <https://srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol16n1/pg13.pdf>
- [15] H. K. Rabinowitz, J. J. Diamond, F. W. Markham, et C. E. Hazelwood, « A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years », JAMA, vol. 281, no 3, p. 255, janv. 1999, doi: 10.1001/jama.281.3.255.
- [16] H. K. Rabinowitz, R. J. Motley, F. W. Markham, et G. A. Love, « Lessons Learned as Thomas Jefferson University's Rural Physician Shortage Area Program (PSAP) Approaches the Half-Century Mark », Acad. Med., vol. 97, no 9, p. 1264-1267, sept. 2022, doi: 10.1097/ACM.0000000000004710.
- [17] S. G. Fortin, « Bas-Saint-Laurent : de plus en plus de frais encourus pour les médecins dépanneurs », Le Journal de Québec. Consulté le : 1 avril 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.journaldequebec.com/2021/09/28/bas-saint-laurent-de-plus-en-plus-de-frais-encourus-pour-les-medecins-depanneurs-1>
- [18] « Contingent des Premières Nations et des Inuit au Québec — Programmes d'études en médecine - Université de Sherbrooke ». Consulté le : 1 avril 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.usherbrooke.ca/etudes-medecine/programmes-detudes/doctorat-en-medecine/admission/contingent-des-premieres-nations-et-des-inuit-au-quebec#acc-11136-3667>
- [19] « Contingent du programme militaire d'études en médecine — Programmes d'études en médecine — Université de Sherbrooke ». Consulté le : 1 avril 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.usherbrooke.ca/etudes-medecine/programmes-detudes/doctorat-en-medecine/admission/contingent-du-programme-militaire-etudes-en-medecine>
- [20] G. A. Bonaminio, S. B. Leapman, J. J. Norcini, R. M. Patel, et D. M. Elnicki, « The Educational Realities of Increasing Medical School Class Size\* », Acad. Med., vol. 83, no Supplement, p. S101-S104, oct. 2008, doi: 10.1097/ACM.0b013e318183cc6a.
- [21] S. A. Bunton et W. T. Mallon, « Challenges and Strategies of Medical School Expansion », Association of American Medical Colleges, Washington, DC, février 2008.

- [22] Comité d'éducation prédoctorale du Collège des médecins de famille du Canada, « Repenser l'éducation médicale prédoctorale – Perspective de la médecine familiale ». Consulté le : 26 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%C3%89ducation/RethinkingundergradFR.pdf>
- [23] M. Ladan, « The doctor exodus – with focus on the Scandinavian context. », BMJ Global Health blog. Consulté le : 26 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2023/04/13/the-doctor-exodus-with-focus-on-the-scandinavian-context/>
- [24] « How Sweden achieved world-class medical and social care », Symbiocare. Consulté le : 26 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <http://www.symbiocare.org/how-sweden-achieved-world-class-medical-and-social-care/>
- [25] M. Devaux, « Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries - PubMed ». Consulté le : 26 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24337894/>
- [26] K. Straume et D. M. Shaw, « Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county », Bull. World Health Organ., vol. 88, no 5, p. 390-394, mai 2010, doi: 10.2471/BLT.09.072686.
- [27] « Maria's first-hand experience: how telemedicine brings health care closer to remote Swedish villages ». Consulté le : 30 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.who.int/europe/news/item/23-05-2023-maria-s-first-hand-experience--how-telemedicine-brings-health-care-closer-to-remote-swedish-villages>
- [28] The Canadian Press, « Quebec doctors demand more flexibility when it comes to telemedicine », Montreal. Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://montreal.ctvnews.ca/quebec-doctors-demand-more-flexibility-when-it-comes-to-telemedicine-1.5658015>
- [29] B. Abelsen, A. Fosse, M. Gaski, et H. Grimstad, « Educational interventions to ensure provision of doctors in rural areas – a systematic review », Tidsskr. Den Nor. Legeforening, janv. 2022, doi : 10.4045/tidsskr.21.0253.
- [30] R. Stewart et F. McMillan AM, « Australia's Rural Health Multidisciplinary Training program: Preparing for the rural health workforce that Australia needs », Aust. J. Rural Health, vol. 29, no 5, p. 617-619, 2021, doi: 10.1111/ajr.12808.
- [31] « Rural Health Workforce Incentive Scheme - Imagine Rural ». Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.health.nsw.gov.au/443/careers/imagine-rural/Pages/rhwis.aspx>
- [32] V. Cantin, « Une annonce surprise de stages en région sème l'anxiété chez des étudiants en médecine », Le Devoir. Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.ledevoir.com/societe/778883/universite-laval-des-etudiants-en-medecine-pourraient-etre-forces-de-demenager-en-region>
- [33] « Saskatchewan Rural and Remote Recruitment Incentive | Incentives for Health Care Professionals », Government of Saskatchewan. Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.saskatchewan.ca/residents/health/health-human-resources/incentives-for-healthcare-professionals/saskatchewan-rural-and-remote-recruitment-incentive>
- [34] L. McKendrick Calder, E. Laios, L. Nowell, et W. Lucas Molitor, « Patient engagement vital in training health professionals | Queen's Gazette ». Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <http://www.queensu.ca/443/gazette/stories/solving-canada-s-shortage-health-professionals-means-training-more-them-and-patients-have>
- [35] « Portrait des médecins en zone rurale au Canada », Emploisante.ca. Consulté le : 27 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.emploisante.ca/outils-et-ressources/emplois-medecins-en-zone-rurale/>
- [36] J. Hanaway et R. Cruess, McGill Medicine: The First Half Century, 1829-1885. McGill-Queen's Press - MQUP, 1996.
- [37] D. Goulet, Histoire de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Québec (Québec) : Les éditions du Septentrion, 2018.
- [38] A. Goupil, « La faculté de médecine accueillait ses premiers étudiants il y a 50 ans », La Tribune, Sherbrooke, 2 septembre 2016. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.latribune.ca/2016/09/02/la-faculte-de-medecine-accueillait-ses-premiers-etudiants-il-y-a-50-ans-fc7863f55926b3fb38ff5d9e51085f2b/>
- [39] M.-È. Trudel et Radio-Canada, « Le quart des médecins formés à Trois-Rivières pratiquent dans la région », ICI Radio-Canada Mauricie-Centre-du-Québec, Radio-Canada.ca, Trois-Rivières, 2 septembre 2021. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1821321/penurie-medecin-mauricie-formation-universite>
- [40] « Rimouski gagne moins que d'autres villes avec la Faculté de médecine | Radio-Canada ». Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1100051/rimouski-gagne-moins-que-dautres-villes-avec-la-faculte-de-medecine>
- [41] Université de Sherbrooke, « 10 ans de délocalisation en médecine : Un programme, trois sites », Nouvelles UdeS, Sherbrooke, 13 septembre 2016. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.usherbrooke.ca/medecine/actualites/nouvelles/details/32492>
- [42] Université McGill, « Bienvenue au Campus Outaouais », Études médicales de premier cycle. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.mcgill.ca/ugme/fr/programme-mdcm/nos-deux-campus/campus-outaouais/bienvenue-au-campus-outaouais>
- [43] P. Constructo, « McGill inaugure son campus médical en Outaouais ». Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : [https://www.portailconstructo.com/actualites/mcgill\\_inaugure\\_son\\_campus\\_medical\\_outaouais](https://www.portailconstructo.com/actualites/mcgill_inaugure_son_campus_medical_outaouais)
- [44] « Le programme de formation médicale de l'UdeS encore plus accessible », Université de Sherbrooke. Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.usherbrooke.ca/longueuil/actualites/nouvelles/details/46533>
- [45] « Des médecins formés à Longueuil grâce au site délocalisé de l'UdeS », Le Reflet. Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.lereflet.qc.ca/des-medecins-formes-a-longueuil-grace-au-site-delocalise-de-ludes/>
- [46] « Coup d'envoi pour Aventure médecine », ULaval Nouvelles. Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://nouvelles.ulaval.ca/2022/09/02/coup-denvoi-pour-aventure-medecine-a:6c32daf1-4bae-458b-ab31-88b7eb03acc8>
- [47] « Inauguration officielle du pavillon de médecine de Lévis ». Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.fmed.ulaval.ca/nouvelles/detail-dune-nouvelle/inauguration-officielle-du-pavillon-de-medecine-de-levis>
- [48] « Un nouveau pavillon d'enseignement de la médecine inauguré », ULaval Nouvelles. Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne].

Disponible à : <https://nouvelles.ulaval.ca/2023/05/08/un-nouveau-pavillon-denseignement-de-la-medecine-inaugure-a:debf80f3-ddb4-429d-931c-0e77a06ae4a8>

[49] J.— F. Bouchard, « C'est le grand départ pour l'Aventure médecine à Lévis et Rimouski ». Consulté le : 23 décembre 2023. [En ligne]. Disponible à : <https://www.uqar.ca/nouvelles/uqar-info/4122-c-est-le-grand-depart-pour-l-aventure-medecine-a-levis-et-rimouski>

[50] Z. S.- ICI.Radio-Canada.ca, « Le projet de campus de médecine à Rimouski coûtera plus cher que prévu », Radio-Canada. Consulté le : 21 janvier 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1390787/campus-medecine-universite-laval-hopital-rimouski>

[51] A. Surprenant, « Coûts de la construction : une hausse qui fait mal aux villes », Le Devoir. Consulté le : 21 janvier 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.ledevoir.com/economie/789962/couts-de-la-construction-une-hausse-qui-fait-mal-aux-villes>

[52] A. Ouellet, « L'UdeS a Drummondville dans sa mire pour un nouveau campus de médecine », La Tribune, Sherbrooke, 24 octobre 2023. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : [https://www.latribune.ca/actualites/sante/2023/10/24/ludes-a-drummondville-dans-sa-mire-pour-un-nouveau-campus-de-medecine-2YFSBRIA3FCZHNBK7KNRLKXNJY/?fbclid=IwAR3dUhHQluJvXbGl4nlkO1cldejlvzCtRhu6GLLBaUZn\\_jMjZ2gOMfr5Xuo](https://www.latribune.ca/actualites/sante/2023/10/24/ludes-a-drummondville-dans-sa-mire-pour-un-nouveau-campus-de-medecine-2YFSBRIA3FCZHNBK7KNRLKXNJY/?fbclid=IwAR3dUhHQluJvXbGl4nlkO1cldejlvzCtRhu6GLLBaUZn_jMjZ2gOMfr5Xuo)

[53] L. Leduc, « L'UQAM cherche des alliés pour former des médecins », La Presse, Montréal, 12 septembre 2023. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-09-12/l-uqam-cherche-des-allies-pour-former-des-medecins.php>

[54] L. Walters et al., « Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society: Outcomes of longitudinal integrated clinical placements », *Med. Educ.*, vol. 46, no 11, p. 1028-1041, nov. 2012, doi : 10.1111/j.1365-2923.2012.04331.x.

[55] D. L. Myhre, W. Woloschuk, W. Jackson, et K. McLaughlin, « Academic Performance of Longitudinal Integrated Clerkship Versus Rotation-Based Clerkship Students: A Matched-Cohort Study », *Acad. Med.*, vol. 89, no 2, p. 292-295, févr. 2014, doi: 10.1097/ACM.000000000000110.

[56] Université Laval, « Feu vert pour la délocalisation du programme de doctorat en médecine », ULaval Nouvelles, Québec, 6 mai 2019. Consulté le : 22 mars 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://nouvelles.ulaval.ca/2019/05/06/feu-vert-pour-la-delocalisation-du-programme-de-doctorat-en-medecine-a:fed8981e-40e2-4410-978d-0bf39b467513>

[57] « Mémoire JAP Relève médicale région ». [En ligne]. Disponible à : [https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire\\_regions.pdf](https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire_regions.pdf)

[58] C. Y. Lovato, H. C. H. Hsu, J. Bates, O. Casiro, A. Towle, et D. Snadden, « The regional medical campus model and rural family medicine practice in British Columbia: a retrospective longitudinal cohort study », *CMAJ Open*, vol. 7, no 2, p. E415-E420, juin 2019, doi : 10.9778/cmajo.20180205.

[59] A. N. Seal et al., « Influence of rural clinical school experience and rural origin on practising in rural communities five and eight years after graduation », *Med. J. Aust.*, vol. 216, no 11, p. 572-577, juin 2022, doi : 10.5694/mja2.51476.

[60] C. Hébert, « La délocalisation de la formation en médecine profite aux étudiants, aux résidents\_ et à la population », *Les Médecins du Québec*. [En ligne]. Disponible à : <https://lemedecinquebec.org/archives/2018/4/formation-universitaire-la-delocalisation-de-la-formation-en-medecine-profite-aux-etudiants-aux-residents-et-a-la-population/>

# ANNEXE

## MÉTHODOLOGIE DU SONDAGE SUR LA HAUSSE DES ADMISSIONS EN MÉDECINE ET LES CAMPUS DÉLOCALISÉS

Le sondage a été conçu dans l'optique d'obtenir des données brutes en lien avec la perception des étudiants en médecine du Québec sur la hausse des admissions en médecine, de leur exposition clinique et de la réalité des études médicales dans les campus délocalisés. L'élaboration des questions est tirée d'un consensus entre les deux auteurs du sondage, Maxence Brouillette et Maxence Pelletier-Lebrun, puis une révision par la vice-présidence de la FMEQ. La formulation des questions et le format des réponses ont été choisis selon la précision requise à l'analyse, et ce, de manière à uniformiser les réponses reçues.

Les aspects abordés par chaque question ont permis d'obtenir une vision globale de la situation des apprenants, tout en permettant de se concentrer sur des points essentiels pour soutenir l'argumentaire de ce mémoire. Le sondage a été réalisé via le site Google Forms et a été envoyé le samedi 23 décembre 2023 aux étudiants des quatre facultés de médecine au Québec par l'entremise de leurs associations respectives.

307 réponses ont été reçues au total. Les résultats du sondage ont été évalués et discutés par les deux auteurs ainsi qu'avec l'exécutif de la FMEQ. Ces derniers ont jugé l'échantillon sondé représentatif par sa variété et par la qualité des réponses obtenues.