



# Maximiser le talent médical :

*Comment le Canada peut  
accroître de 50 % le  
nombre de médecins de  
famille de façon rapide et  
efficace par rapport aux  
coûts*

*L'honorable Stan Kutcher*

*L'honorable Mohamed-Iqbal Ravalia*

*L'honorable Ratna Omidvar*

*Kareem El-Assal*

Octobre 2024

## Table des matières

Résumé.....	2
Aperçu.....	4
Diagnostiquer la pénurie de médecins de famille au Canada .....	5
Une occasion manquée : Des milliers de DIM incapables d’obtenir un poste de résident.....	8
Ce que le gouvernement fédéral peut faire pour accroître l’accès aux places en résidence pour les DIM .....	10
L’augmentation du nombre de stagiaires détenteurs d’un visa au Canada donne à penser qu’un financement accru pourrait accroître rapidement le nombre de places en résidence .....	11
Combien d’argent faut-il pour accroître le nombre de places en résidence des DIM? .....	12
Ne pouvons-nous pas accroître la capacité en créant plus d’écoles de médecine? .....	14
Affecter plus de fonds fédéraux aux évaluations de la capacité à exercer et à l’élaboration d’un programme national d’évaluation de la capacité à exercer .....	15
Il faut plus de solutions pour améliorer les soins de santé au Canada .....	17
Conclusion.....	19
Références .....	20
Page de remerciements .....	28

## Résumé

Le Canada fait face à une crise des soins primaires. À l'heure actuelle, 6,5 millions de personnes n'ont pas accès à un médecin de famille, et ce nombre devrait atteindre 10 millions au cours de la prochaine décennie. Nous accusons un retard par rapport à d'autres pays et nous nous classons au dernier rang parmi 10 pays à revenu élevé pour ce qui est de l'accès aux soins primaires.

La pénurie de médecins de famille au Canada est considérable et elle s'aggrave. En raison d'une combinaison de facteurs, notamment des défis administratifs, une population en croissance rapide, mais vieillissante, des places en résidence sous-financées et un moins grand nombre de diplômés en médecine qui choisissent les soins primaires, le Canada fera face à une pénurie de plus de 50 000 médecins de famille d'ici 2031. À défaut de réagir, cette pénurie se traduira par une pression accrue sur les services d'urgence, des temps d'attente prolongés et une détérioration des résultats pour la santé, en particulier dans les collectivités rurales et mal desservies.

### *Diplômés internationaux en médecine (DIM)*

Nous utilisons le terme « diplômé international en médecine » (DIM) de façon générale pour désigner les citoyens canadiens et les résidents permanents qui

ont effectué leur formation médicale à l'extérieur du Canada et des États-Unis, ainsi que ceux qui étaient déjà autorisés à exercer la médecine et qui pratiquaient la médecine avant de s'établir au Canada (communément appelé « médecins formés à l'étranger » ou MFE).

Le Canada compte déjà des milliers de médecins qui possèdent la formation nécessaire pour atténuer la pénurie, mais qui sont incapables d'exercer en raison du nombre limité de places en résidence et de la capacité limitée d'effectuer des évaluations de la capacité à exercer (ECE). À l'heure actuelle, seulement 39 % des DIM sont jumelés à des places en résidence, et seulement 18 % le sont au deuxième tour. Cet écart représente une perte importante pour le système de santé, d'autant plus que de nombreux DIM ont acquis une vaste expérience clinique à l'étranger.

Les budgets de 2023 et de 2024 décrivent le plan du gouvernement fédéral d'investir 200 milliards de dollars pour améliorer la planification de la santé et de la main-d'œuvre. Le présent rapport recommande deux initiatives fédérales supplémentaires et immédiates qui contribueraient à atténuer cette crise en intégrant efficacement les DIM dans le système tout en maintenant les normes médicales élevées du Canada :

## 1. Renforcer la formation en résidence des DIM

Le gouvernement fédéral devrait financer directement 750 places en résidence supplémentaires par année pour les DIM. Ces DIM ont déjà presque toutes les qualifications requises pour exercer au Canada, mais ils n'ont pas accès aux places en résidence ou à une évaluation de la capacité à exercer (ECE). Il faudrait deux ans pour que la première cohorte de 750 médecins de famille devienne prête à exercer. À ce rythme, cette initiative ajouterait 6 000 nouveaux médecins de famille prêts à exercer d'ici une décennie. Ces nouveaux médecins de famille serviraient environ 1 500 patients chacun, ce qui représente plus de 1,1 million de Canadiens de plus par année pour chaque cohorte de DIM qui achève la résidence, et 9 millions de Canadiens d'ici une décennie.

## 2. Élargir les programmes d'ECE

Le gouvernement fédéral devrait également financer 500 ECE supplémentaires par année, ce qui permettrait aux DIM qualifiés d'exercer plus rapidement au Canada. L'ECE est une solution de rechange rapide et économique à la résidence, qui ne prend que 12 semaines. Cette initiative ajouterait 1 000 médecins de famille par année, à un coût moindre que la formation en résidence.

Les initiatives proposées n'exigeraient que 0,2 % des 52 milliards de dollars affectés aux transferts en matière de santé en 2024-

2025. Le rendement du capital investi est considérable, car cet investissement procure notamment un meilleur accès à des soins pour des millions de Canadiens, une réduction de la pression sur les salles d'urgence, un meilleur maintien en poste des médecins dans les régions rurales et des gains économiques à mesure que les DIM contribuent à la population active.

En investissant dans la formation en résidence des DIM et en élargissant le programme d'ECE, le gouvernement fédéral peut prendre des mesures immédiates pour remédier à la pénurie de médecins de famille tout en veillant à ce que des millions de Canadiens reçoivent les soins de santé de grande qualité dont ils ont besoin. Ces initiatives offrent une solution économique et évolutive à l'un des problèmes de santé les plus pressants du pays, et aideraient le Canada à bâtir un système de santé plus résilient et plus équitable pour les générations actuelles et futures.

## Aperçu

Le Canada est confronté à une crise de la médecine familiale<sup>1</sup>. Une étude réalisée en 2023 par le Fonds du Commonwealth a révélé que le Canada se classe au dernier rang parmi 10 pays à revenu élevé pour ce qui est de l'accès aux soins primaires<sup>2</sup>. À l'heure actuelle, 6,5 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille, un chiffre qui devrait atteindre 10 millions de Canadiens au cours de la prochaine décennie<sup>3,4</sup>. Cette pénurie porte de graves conséquences : les patients ont de moins bons résultats en matière de santé, les médecins de famille s'exposent à l'épuisement professionnel en raison d'une charge de travail écrasante, et le système de santé souffre d'inefficacité lorsque les patients demandent des soins par l'entremise des services d'urgence, lorsque les coûts sont trois fois plus élevés que les soins primaires<sup>5,6</sup>. Dans l'état actuel des choses, les Canadiens se sentent pessimistes quant à l'avenir des soins de santé au pays<sup>7</sup>.

Le gouvernement fédéral, avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, s'est efforcé de régler ces problèmes, mais il

n'existe pas de solutions pratiques produisant des effets en temps voulu.

Les budgets de 2023 et de 2024 décrivent le plan du gouvernement fédéral qui consiste à investir 200 milliards de dollars pour améliorer les soins de santé offerts aux Canadiens et à appuyer le recrutement, le maintien en poste et la planification des effectifs de la santé<sup>8</sup>. Toutefois, deux autres initiatives fédérales qui ne sont actuellement pas abordées adéquatement pourraient, à elles seules, accroître le nombre de médecins de famille au Canada de façon rapide et efficace par rapport aux coûts. Elles consistent à augmenter le nombre de postes de résidence pour les DIM et à élargir le cadre actuel d'ECE pour en faire un programme national solide.

**Premièrement**, le gouvernement du Canada lui-même peut créer de nouvelles places en résidence en médecine familiale en finançant directement les facultés de médecine afin qu'un plus grand nombre de DIM – qui ont déjà franchi la plupart des étapes réglementaires pour démontrer qu'ils sont qualifiés pour exercer au Canada – puisse contribuer à atténuer la crise des soins primaires au pays. Le seul obstacle

<sup>1</sup> Philpott, *Health for All*.

<sup>2</sup> The Commonwealth Fund, *Finger on the Pulse*.

<sup>3</sup> NosSoins, *Principales conclusions de l'enquête*; et Santé Canada, *Appuyer les travailleuses et les travailleurs de la santé*.

<sup>4</sup> Zhang, *Canada has tons of doctors*; Glazier, *Overview of the primary care crisis*.

<sup>5</sup> Collège des médecins de famille du Canada, *Crise en médecine de famille*.

<sup>6</sup> Zhang, *The Doctor Dilemma*.

<sup>7</sup> Institut Angus Reid, *After a 'decade of decline' in health care*.

<sup>8</sup> Santé Canada, *Appuyer les travailleuses et les travailleurs de la santé*.

que ces DIM doivent surmonter pour exercer la médecine familiale au Canada est l'accès à un poste de résident ou à l'ECE.

**Deuxièmement**, le gouvernement fédéral peut financer directement la création d'un système national d'ECE et établir un nombre approprié de postes d'évaluation des compétences en utilisant le modèle déjà existant de l'ECE. L'ECE ne prend que 12 semaines et permet une évaluation accélérée des compétences des DIM qui ont exercé la médecine à l'étranger et qui satisfont à toutes les autres exigences réglementaires pour exercer la médecine familiale au Canada en toute sécurité.

Le présent rapport vise à souligner les avantages des deux initiatives proposées. Le rapport commence par aborder l'état et l'ampleur des pénuries de médecins de famille au Canada, en examinant de plus près la façon dont les DIM qualifiés passent entre les mailles du filet, en grande partie en raison des obstacles existants qui limitent leur capacité d'accéder à des postes de résidence ou de faire l'objet de l'ECE nécessaire pour qu'ils puissent exercer la médecine au Canada. Il explique ensuite comment un investissement modeste du gouvernement fédéral peut aider à accroître de 50 % par année le nombre de médecins de famille au Canada simplement

en augmentant le nombre de places en résidence en médecine familiale dans les facultés de médecine existantes. Nous signalons ensuite comment un investissement direct encore plus modeste de la part du gouvernement fédéral peut rapidement promouvoir l'exercice autonome de la médecine chez les médecins immigrants qualifiés (principalement des MFE) grâce à un programme national d'ECE qui fonctionne correctement.

## Diagnostiquer la pénurie de médecins de famille au Canada

La pénurie de médecins de famille au Canada est attribuable à plusieurs graves erreurs de calcul politiques et administratives et aux réalités démographiques, qui ont évolué au fil du temps. L'exercice de la médecine familiale est également considéré comme de plus en plus difficile, de sorte que certains médecins cessent leurs activités<sup>9</sup> et que les places en résidence en médecine familiale deviennent moins attrayantes pour les diplômés des facultés de médecine<sup>10</sup>. La proportion de diplômés dont le premier choix pour leur résidence est la médecine familiale est passée de 41 % en 2014 à 33 %

<sup>9</sup> Mulligan, *Paperwork burden driving Ontario family doctor to quit*.

<sup>10</sup> McKeen, « Amid shortages of family doctors »; CBC, « Fewer medical school graduates »; Payne,

*Medical students saying 'no thanks'; Jones, Physicians sound alarm; Zhang, The Doctor Dilemma; Service canadien de jumelage des résidents, Quota et candidatures selon la discipline.*

en 2023<sup>11</sup>. Ce manque d'attrait s'explique par « les attentes excessives des médecins de famille, le soutien et les ressources limités, la rémunération désuète des médecins et les coûts d'exploitation élevés des cliniques<sup>12</sup> » [TRADUCTION].

Sur le plan démographique, la population canadienne croît rapidement, et le taux de croissance de la population de 3,2 % enregistré en 2023 était le plus élevé depuis 1957<sup>13</sup>. En même temps, la population du Canada vieillit rapidement, ce qui entraîne une demande accrue de soins primaires. De plus, les médecins de famille eux-mêmes vieillissent et approchent l'âge de la retraite<sup>14</sup>. Le gouvernement fédéral estime que plus de 18 000 médecins de famille prendront leur retraite d'ici 2031<sup>15</sup>. Il y a aussi une pénurie de places en médecine et en résidence en médecine familiale, et le nombre de places n'a pas suivi le rythme de la croissance démographique du Canada<sup>16</sup>.

Le Canada se classe au 29<sup>e</sup> rang sur 36 pays à revenu élevé pour ce qui est du ratio nombre de médecins/habitant<sup>17</sup>.

Compte tenu du nombre actuel de cas (environ 1 500 patients par médecin de famille), plus de 4 000 médecins de famille supplémentaires sont nécessaires immédiatement pour servir les 6,5 millions de Canadiens qui n'ont actuellement pas accès aux soins primaires<sup>18</sup>. Le gouvernement fédéral estime que le Canada manquera de 78 000 médecins d'ici 2031<sup>19</sup>, et que 72 % de cette pénurie sera en médecine familiale<sup>20</sup>.

Les quelque 1 500 personnes qui terminent leur résidence en médecine familiale chaque année<sup>21</sup> sont loin d'être assez nombreuses pour combler les pénuries<sup>22</sup>. En outre, l'ajout de cinq nouvelles écoles de médecine au Canada (portant le total de 17 à 22) ne suffira pas<sup>23</sup>. Bien qu'elle puisse

<sup>11</sup> Service canadien de jumelage des résidents, *Quota et candidatures selon la discipline*.

<sup>12</sup> Li et coll., *Biopsy of Canada's family physician shortage*; Jones, *Physicians sound alarm*; Glazier, *Overview of the primary care crisis*.

<sup>13</sup> Statistique Canada, *Estimations de la population*.

<sup>14</sup> Santé Canada, *Appuyer les travailleuses et les travailleurs de la santé*; Howlett et Sun, *One in six family doctors are near retirement age*.

<sup>15</sup> Emploi et Développement social Canada, *Système de projection des professions au Canada (SPPC) : Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale (3112)*.

<sup>16</sup> Li et coll., *Biopsy of Canada's family physician shortage*; Tasker, *Meet some of the 6 million Canadians*.

<sup>17</sup> Association médicale canadienne, *Données au sujet des médecins*.

<sup>18</sup> Sanfilippo et Philpott, *Addressing the family doctor shortage*.

<sup>19</sup> Santé Canada, *Appuyer les travailleuses et les travailleurs de la santé*.

<sup>20</sup> Richardson et Hussain, *Le Canada a besoin de plus de médecins – de toute urgence*.

<sup>21</sup> Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D., recensement annuel 2022-2023 sur la formation postdoctorale.

<sup>22</sup> Zhang, *The Doctor Dilemma*.

<sup>23</sup> Sanfilippo, *This is why you don't have a family doctor*.



être utile à long terme, la construction de nouvelles écoles de médecine coûte cher et ne permettra pas de remédier à la pénurie assez rapidement. Il faudra attendre jusqu'au début des années 2030 avant que les premières cohortes de ces nouvelles facultés de médecine puissent commencer à exercer la médecine familiale. De plus, l'augmentation du nombre de diplômés des facultés de médecine n'aura pas pour effet d'intégrer un nombre supplémentaire de médecins de famille qui exercent, à moins que des postes de résidence supplémentaires ne soient créés.

Les données montrent que 3 618 diplômés de facultés de médecine ont obtenu des postes de résidence en 2024<sup>24</sup>. Par comparaison à 2014, cela représente une augmentation de 12 % des diplômés qui se sont inscrits à un programme de résidence. Toutefois, la pénurie de médecins de famille s'est accrue à mesure que la population canadienne a augmenté de 15 % au cours de la même période. Par ailleurs, le nombre accru de Canadiens vieillissants qui cherchent à obtenir des soins primaires et le plus grand nombre de médecins de famille vieillissants qui approchent de l'âge de la retraite ont exercé des pressions concurrentes<sup>25</sup>. De plus, de 75 à 100 places

en résidence en médecine familiale sont demeurées vacantes au cours de chacune des quatre dernières années<sup>26</sup>. Des places disponibles sont demeurées vacantes pour diverses raisons, notamment : les exigences en matière de langue et de permis d'exercice de la médecine du Québec, qui sont différentes de celles du Canada; le décalage entre l'exercice de la médecine et les préférences géographiques des candidats et les postes de résidence disponibles; et les préoccupations au sujet du fardeau administratif que doivent actuellement supporter les médecins de famille.

Le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), l'organisme national qui offre des services de jumelage pour la formation en médecine au Canada, offre deux jumelages, appelés « tours », pour les plus de 4 800 diplômés de facultés de médecine qui présentent une demande de résidence dans les 17 facultés de médecine du Canada chaque année<sup>27</sup>. La résidence est une étape cruciale que tous les diplômés en médecine du Canada doivent franchir pour pouvoir exercer la médecine au Canada. Le premier tour comprend les diplômés de facultés de médecine canadiennes, américaines et internationales qui n'ont pas

<sup>24</sup> CaRMS, *2024 R-1 Match Data Snapshot*.

<sup>25</sup> Tasker, *Meet some of the 6 million Canadians*; Statistique Canada, *Estimations de la population, trimestrielles*; Sanfilippo, *This is why you don't have a family doctor*.

<sup>26</sup> CaRMS, *2024 R-1 Match Data Snapshot; 2023 R-1 Match Data Snapshot; 2021 R-1 Match Data Snapshot*; Pauls, *Canada could be training 100 more family doctors this year*.

<sup>27</sup> CaRMS, *Jumelage principal R-1*.



reçu de formation médicale postdoctorale au Canada ou aux États-Unis. Le deuxième tour comprend les demandeurs ayant déjà suivi une formation postdoctorale au Canada ou aux États-Unis, et les demandeurs qui n'ont pas participé au premier tour.

## Une occasion manquée : Des milliers de DIM incapables d'obtenir un poste de résident

Les DIM qui souhaitent exercer la médecine au Canada font face à des obstacles supplémentaires<sup>28</sup>. Ces citoyens et résidents permanents du Canada qui terminent leurs études en médecine dans des universités à l'extérieur du Canada et des États-Unis composent avec une série de défis, comme le resserrement des exigences relatives à l'octroi de permis et la préférence des universités canadiennes pour les diplômés d'une école de médecine canadienne au moment du jumelage à un programme de résidence. Cela se traduit par des taux de jumelage de résidence beaucoup plus faibles entre les diplômés canadiens en médecine (DCM) et les DIM.

Par exemple, au premier tour de 2024, 92 % des DCM ont obtenu une place en résidence<sup>29</sup>. Par contre, seulement 39 % des DIM qui ont présenté une demande au premier tour ont été jumelés<sup>30</sup>. Au deuxième tour du jumelage de 2024, le nombre de DIM jumelé à un programme de résidence a chuté à 18 %. Au total, 786 DIM n'avaient pas été jumelés au terme du deuxième tour en 2024. Selon les estimations, au moins 13 000 DIM sont actuellement incapables d'exercer la médecine au Canada<sup>31</sup>. Il semble que le faible taux de jumelage se traduise par une diminution du nombre de DIM qui présentent une demande d'inscription à un programme de résidence, ce qui n'est pas surprenant étant donné qu'environ 90 % des candidats à la résidence qui n'ont pas été jumelés sont des DIM<sup>32</sup>.

Il convient également de souligner l'écart entre les taux de jumelage des DIM selon la région où ils ont obtenu leur diplôme<sup>33</sup>. Les DIM qui ont fréquenté une école de médecine en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et dans les Caraïbes, au Moyen-Orient et en Afrique du Sud continuent d'être confrontés de façon

<sup>28</sup> Li et coll., *Biopsy of Canada's family physician shortage*; Santé Canada, *Le Canada répond à la demande de main-d'œuvre actuelle*; gouvernement du Canada, *Budget de 2024*.

<sup>29</sup> CaRMS, *2024 R-1 Match Data Snapshot*.

<sup>30</sup> CaRMS, *2024 R-1 Match Data Snapshot*.

<sup>31</sup> World Education Services, *Internationally Educated Health Professionals*; The Suburban,

*13,000 foreign-trained doctors*; Khan, *Foreign doctors ready to help are 'sidelined' by regulation*.

<sup>32</sup> Tasker, *Canada is short of doctors*; Richardson et Hussain, *Le Canada a besoin de plus de médecins – de toute urgence*; CaRMS, *Jumelage principal R-1 de 2023 – deuxième tour, tableau 65*.

<sup>33</sup> CaRMS, *Forum de CaRMS 2024*.

disproportionnée à des obstacles pour avoir accès à des programmes de résidence. En 2024, 66 % des DIM qui ont obtenu leur diplôme d'une faculté de médecine européenne ont été jumelés, et ce pourcentage a augmenté au cours de chacune des cinq dernières années, par rapport à 52 % en 2020. Les taux de jumelage étaient également plus élevés chez les DIM qui ont fréquenté une école de médecine en Océanie, probablement en raison des similitudes entre l'Australie et le Canada. Bon nombre de ces étudiants issus de facultés de médecine en Europe et en Océanie sont aussi des Canadiens qui ont décidé d'aller suivre une formation à l'étranger. Par ailleurs, chez les DIM qui ont obtenu leur diplôme d'une école de médecine en Afrique (35 %), en Asie (30 %), en Amérique centrale et dans les Caraïbes (35 %), au Moyen-Orient (32 %) ou en Amérique du Sud (45 %), les taux de jumelage étaient beaucoup plus faibles en 2024, une situation qui persiste depuis cinq ans. Ces chiffres témoignent des obstacles auxquels de nombreux DIM continuent d'être confrontés pour faire évaluer leurs études, leur expérience médicale et leurs compétences par les facultés de médecine du Canada.

Le fait de refuser des places en résidence aux DIM entraîne une perte importante de temps, d'argent et de ressources pour les

DIM eux-mêmes et pour l'ensemble du système médical<sup>34</sup>. Parmi ces personnes, on compte des médecins d'expérience qui ont obtenu un permis d'exercice et exercé à l'étranger (le groupe des médecins formés à l'étranger) et qui n'ont pas d'autre voie d'accès au système médical canadien, comme l'accès à des évaluations de la capacité à exercer, et qui doivent donc obtenir une place en résidence. Un sondage récent mené en Ontario a révélé que plus de 60 % des médecins formés à l'étranger cumulaient plus de trois années d'expérience clinique<sup>35</sup>. Ces professionnels formés à l'étranger sont des citoyens canadiens et des résidents permanents du Canada, et même si certains d'entre eux peuvent avoir besoin d'une mise à niveau supplémentaire pour exercer la médecine au Canada (comme l'achèvement d'un programme de formation en résidence), d'autres ont démontré qu'ils peuvent réussir tous les examens canadiens et commencer à exercer après avoir terminé une ECE de 12 semaines.

Pour dire les choses sans détour, le Canada compte déjà des milliers de MFE ayant une expérience clinique qui pourraient exercer la médecine au Canada s'ils pouvaient simplement avoir accès à une ECE de 12 semaines et l'achever. La non-disponibilité de cette voie d'accès rentable à l'exercice est à la fois injuste pour les MFE

<sup>34</sup> Conseil médical du Canada, *Parcours à l'intention des diplômés internationaux en médecine*.

<sup>35</sup> Internationally Trained Physicians of Ontario, *ITPs: A Diverse, Underutilised*.

(bon nombre de ceux qui ont immigré au Canada en s'attendant à avoir une chance équitable d'exercer la médecine) et injuste pour les millions de Canadiens qui auraient déjà accès à un médecin de soins primaires si cette voie d'entrée était fonctionnelle.

Même le processus de présentation d'une demande au CaRMs est déjà long et complexe pour les DIM. Un DIM peut être tenu de passer un test de langue pour démontrer sa maîtrise de l'anglais ou du français. Une fois qu'ils ont réussi cet examen, ils doivent vérifier que leurs titres de compétence étrangers satisfont aux normes canadiennes. Ils doivent ensuite passer deux examens plus normalisés qui évaluent leurs connaissances médicales et leur état de préparation pour suivre une formation supervisée au Canada. Ces examens sont équivalents à ceux qu'ont passés les diplômés canadiens. Ce n'est qu'au terme de ce processus qu'ils peuvent présenter une demande de jumelage. Cette exigence supplémentaire à satisfaire avant d'obtenir l'une des rares places en résidence est inefficace et contre-productive.

Ces candidats ont démontré qu'ils satisfont à la norme préalable à l'intégration d'un programme de résidence au Canada. Cependant, le temps et les coûts élevés engagés pour satisfaire à ces exigences sont

gaspillés si le processus n'aboutit pas au jumelage du DIM. Ce processus fait perdre au Canada une occasion de profiter des talents de ces personnes, en plus d'exacerber le besoin de médecins de soins primaires partout au Canada.

## Ce que le gouvernement fédéral peut faire pour accroître l'accès aux places en résidence pour les DIM

Étant donné que les postes de résidence du Canada ne répondent pas à la demande et que peu de postes de résidence sont offerts aux DIM, le gouvernement fédéral peut intervenir pour accroître considérablement le nombre de nouveaux médecins de famille qui intègrent le système de santé du pays. Le gouvernement fédéral peut fournir des fonds directement aux facultés de médecine qui les utiliseraient spécifiquement pour attribuer des places en résidence aux DIM. Bien que la solution proposée soit relativement nouvelle, elle a un parallèle historique. Le gouvernement fédéral procède déjà ainsi dans le cas des militaires.

Le Programme d'instruction des médecins militaires (PIMM) est offert aux militaires qui s'engagent à s'enrôler dans les Forces armées canadiennes (FAC)<sup>36</sup>. En échange de

---

<sup>36</sup> Forces armées canadiennes, *Programmes d'études subventionnés : Programmes spécialisés*.

leur service militaire, les FAC paient les frais de scolarité, les livres, les instruments, le salaire, les soins médicaux et dentaires et les vacances. Un parallèle encore plus solide est l'Augmentation rapide des effectifs (ARE) du PIMM, une initiative de collaboration entre les FAC et les facultés de médecine participantes. L'ARE du PIMM est offert aux étudiants en médecine qui ne sont toujours pas jumelés après le premier tour du jumelage du CaRMS pour qu'ils présentent leur candidature à un poste de résidence en médecine familiale subventionné par les FAC en échange d'un engagement à s'enrôler dans l'Armée<sup>37</sup>. Bien que l'ARE du PIMM n'ait pas été offerte depuis la pandémie en raison de difficultés opérationnelles<sup>38</sup>, elle constitue un exemple de la façon dont le gouvernement fédéral peut agir pour accroître directement le nombre de places en résidence au Canada, car les facultés de médecine du pays peuvent ajouter des places en résidence si elles sont bien financées. L'approche adoptée par le Canada pour accueillir les stagiaires détenteurs d'un visa souligne également l'importance du financement.

<sup>37</sup> CaRMS, *Qui est admissible à l'ARE PIMM?*

<sup>38</sup> Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada, *Programme d'instruction des médecins militaires – Forces armées canadiennes*.

## L'augmentation du nombre de stagiaires détenteurs d'un visa au Canada donne à penser qu'un financement accru pourrait accroître rapidement le nombre de places en résidence

Les stagiaires détenteurs d'un visa sont des diplômés en médecine subventionnés par un pays étranger qui ne sont pas citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada et dont les frais de scolarité et le salaire sont payés par leur pays d'attache. Ils sont envoyés au Canada parce que le système de recherche et d'éducation du Canada jouit d'une réputation enviable à l'échelle mondiale. À la fin de leur formation, ils retournent dans leur pays d'origine. Leur pays d'origine paie directement les écoles de médecine pour leur « période de résidence », en plus du salaire et des avantages sociaux pendant la période de résidence.

En 2022, le Canada a accueilli 148 nouveaux stagiaires détenteurs d'un visa dans un programme de résidence, par comparaison à 117 en 2015<sup>39</sup>. Tous comptes faits, le Canada a accueilli 2 972 stagiaires en 2022, dont 76 % étaient des boursiers. Les boursiers sont inscrits dans des universités

<sup>39</sup> CAPER, *Rapport de la Base de données sur les DIM de 2023*; CAPER, *Rapport de la Base de données sur les DIM de 2017*.

canadiennes pour suivre une formation clinique ou en recherche qui ne sera pas évaluée par le corps professoral qui les supervise aux fins d'octroi d'un permis ou d'un certificat canadien.

Ils sont profitables pour les facultés de médecine du Canada en raison de la quantité importante de revenus à court terme qu'ils génèrent, en plus de fournir une capacité supplémentaire pour le système médical canadien, y compris dans les domaines spécialisés de la médecine, où ils achèvent en grande majorité leur résidence<sup>40</sup>. Ils mettent à contribution leur propre expertise et partagent des connaissances avec la communauté médicale canadienne.

En même temps, leur accueil s'accompagne de certains inconvénients. Ils ont en général l'obligation de retourner dans leur pays d'origine après leur résidence au Canada, de sorte que leur apport pour le système médical canadien est limité dans le temps, par opposition aux citoyens canadiens et aux résidents permanents du Canada qui sont en mesure de servir le système de santé du pays pendant des décennies.

De plus, l'accueil de stagiaires détenteurs d'un visa soulève des questions d'ordre

financier, à savoir s'il est dans l'intérêt supérieur des contribuables canadiens d'offrir une formation en résidence à des ressortissants étrangers aux dépens des DIM qui ne peuvent obtenir de postes en résidence en raison d'un prétendu manque de capacité. Quoi qu'il en soit, au lieu de débattre des avantages rattachés à l'accueil de stagiaires détenteurs d'un visa, leur présence même dans les programmes de résidence au Canada à un moment où des DIM sont laissés sans occasion équivalente d'obtenir une place en résidence souligne l'importance pour le gouvernement fédéral de réserver des fonds pour des postes en résidence en soins primaires afin d'accroître la capacité de répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé.

## Combien d'argent faut-il pour accroître le nombre de places en résidence des DIM?

Le salaire moyen versé dans le cadre d'une résidence de deux ans varie selon la province, mais il varie de 60 000 \$ à 70 000 \$ par année<sup>41</sup>. On estime que les pays parrains paient environ 100 000 \$ par année par stagiaire qui reçoit un visa au Canada<sup>42</sup>. Ces chiffres nous donnent un montant approximatif d'environ 170 000 \$

<sup>40</sup> CAPER, *Rapport de la Base de données sur les DIM de 2023*.

<sup>41</sup> CaRMS, *Consultez l'information sur les salaires et les prestations pour la formation postdoctorale, par province*.

<sup>42</sup> *Journal de l'Association médicale canadienne*, « Saudi medical trainees may keep posts in Canada ».

par nouvelle place en résidence occupée par un DIM que le gouvernement fédéral pourrait financer. Cela signifie qu'il en coûterait environ 127,5 millions de dollars par année pour financer 750 nouvelles places en résidence en médecine familiale pour des DIM, ce qui représenterait une augmentation de 50 % pour quelque 1 500 médecins qui quittent chaque année un poste de résidence en médecine familiale. Ces 750 nouveaux médecins de famille pourraient servir environ 1 500 patients chacun, ce qui équivaut à plus de 1,1 million de Canadiens par année.

Ces dépenses ne représenteraient que 0,2 % des plus de 52 milliards de dollars que le gouvernement fédéral alloue aux provinces et aux territoires au cours de l'exercice 2024-2025 par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé<sup>43</sup>. Le rendement de cet investissement est la constitution d'un effectif de 6 000 nouveaux médecins de famille sur une décennie, qui pourraient servir l'équivalent de 9 millions de Canadiens.

Un meilleur accès aux soins primaires améliorerait la qualité de vie des Canadiens. L'augmentation de l'effectif de médecins atténuerait aussi les pressions exercées sur les médecins de famille existants, ce qui réduirait la probabilité qu'ils s'épuisent ou abandonnent complètement la médecine

familiale. Cette initiative pourrait contribuer à accroître la répartition des médecins de famille dans les plus petites collectivités du Canada. Quelque 87 % des médecins formés à l'étranger qui ont répondu à l'enquête ont indiqué qu'ils étaient disposés à exercer la médecine dans des régions rurales et éloignées du Canada<sup>44</sup>. Cela montre que la création de voies d'accès à l'exercice de la médecine au Canada pour les DIM peut contribuer à atténuer la pression sur les effectifs de la santé dans les plus petites administrations du pays.

Une capacité accrue peut également contribuer à diversifier le profil des DIM qui obtiennent des postes de résident, de sorte qu'un plus grand nombre de DIM provenant de régions de partout dans le monde puissent servir les communautés ethniques partout au Canada dans leur langue maternelle et d'une manière adaptée à leur culture.

Du point de vue économique et financier, un accès amélioré à des soins primaires contribuerait à réduire l'absentéisme au travail des Canadiens attribuable à des maladies évitables ou le temps perdu dans les salles d'attente ou d'urgence. En outre, la médecine préventive aide à réduire les coûts pour le système de santé en aval, comme les dépenses publiques pour des actes médicaux plus spécialisés qui auraient

<sup>43</sup> Finances Canada, *Principaux transferts fédéraux*.

<sup>44</sup> Internationally Trained Physicians of Ontario, *ITPs: A Diverse, Underutilised*.

pu être évitées si le patient avait eu un accès plus facile à des soins primaires.

Il y aurait aussi d'importants avantages économiques à ce que ces DIM consomment des biens et des services au Canada et paient des impôts sur un salaire moyen d'environ 300 000 \$ par année<sup>45</sup>. Les avantages économiques et financiers pour le Canada que représente un DIM qui gagne ce salaire au cours d'une carrière qui s'échelonne sur plusieurs décennies seraient supérieurs aux dépenses estimées à 170 000 \$ par place de résidence financée par le gouvernement fédéral.

## Ne pouvons-nous pas accroître la capacité en créant plus d'écoles de médecine?

Notre proposition soulèvera probablement des questions légitimes au sujet de la capacité. L'ajout prochain de cinq nouvelles facultés de médecine canadiennes est bienvenu, mais il faudra beaucoup de temps avant que les premières cohortes d'étudiants en médecine achèvent leurs études et leur résidence et deviennent prêts à exercer. Un étudiant qui intègre un programme à l'automne 2025 ne pourra pas entrer sur le marché du travail en tant que médecin de famille avant le début des années 2030, et seulement s'il y a

suffisamment de nouvelles places en résidence en médecine familiale créées pour appuyer cette augmentation d'étudiants formés. Par conséquent, l'augmentation immédiate du nombre de places en résidence grâce à un financement fédéral supplémentaire offrira une solution beaucoup plus rapide et beaucoup moins coûteuse.

On peut aussi faire valoir que le système médical n'a actuellement pas une capacité suffisante pour ajouter 750 places en résidence supplémentaires en médecine familiale par année. Les professeurs des facultés de médecine se sentent déjà stressés, dépassés et sous-payés. Cela souligne l'importance pour le gouvernement fédéral de collaborer étroitement avec les facultés de médecine afin d'assurer un soutien suffisant pour garantir la faisabilité de notre proposition. Par exemple, le gouvernement fédéral peut travailler avec les facultés de médecine pour augmenter graduellement la capacité d'accueil sur un nombre convenu d'années jusqu'à ce que les 750 places en résidence supplémentaires soient créées. Par ailleurs, les cinq nouvelles facultés de médecine qui seront créées contribueront à augmenter graduellement le nombre de places en résidence.

---

<sup>45</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Profil des médecins au Canada*.



De plus, il est possible de promouvoir d'autres initiatives, dont certaines sont déjà en cours. Par exemple, il est possible de créer des places en résidence supplémentaires dans des cabinets de médecine situés dans des collectivités rurales et des petites villes. Il est aussi possible d'offrir plus de formation médicale en utilisant la technologie. En outre, nous pouvons envisager d'accueillir davantage de DIM qui exercent maintenant la médecine au Canada en tant que précepteurs – leur expérience, en particulier, peut être inestimable lorsqu'ils partagent leurs apprentissages avec des DIM qui envisagent également d'exercer la médecine familiale au Canada.

### Affecter plus de fonds fédéraux aux évaluations de la capacité à exercer et à l'élaboration d'un programme national d'évaluation de la capacité à exercer

Une autre occasion importante – notre deuxième initiative proposée – consiste à accroître l'accès aux ECE pour les médecins formés à l'étranger qui ont de l'expérience clinique. Après avoir satisfait aux exigences relatives à la vérification des titres de compétence, et après avoir passé les tests linguistiques, l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada et à l'examen clinique objectif structuré de la

Collaboration nationale en matière d'évaluation, il existe deux dernières étapes possibles dans le cheminement vers l'obtention d'une autorisation d'exercer pour ce groupe de DIM. La formation postdoctorale en résidence, comme on l'a déjà dit, est la première et même la seule voie pour les DIM qui n'ont pas suivi de formation en résidence à l'étranger et qui ont une expérience clinique limitée. Pour les DIM qui ont une formation postdoctorale et qui possèdent également un certain niveau d'expérience professionnelle, il y a une deuxième voie possible pour obtenir le permis d'exercice, qui est encore plus courte et économique que la résidence, connue sous le nom d'ECE.

L'ECE permet à un DIM de se soumettre à une évaluation clinique en milieu de travail de ses compétences sur une période d'environ 12 semaines. Pendant cette période, le DIM candidat travaille sous la supervision d'un évaluateur du programme d'ECE. Ses habiletés et ses compétences sont évaluées afin de s'assurer qu'il est en mesure d'exercer la médecine correctement, en toute sécurité et en satisfaisant les mêmes normes de soins élevées que les autres médecins doivent respecter dans un milieu de soins de santé au Canada. À l'heure actuelle, seuls quelques programmes d'ECE sont offerts à l'échelle nationale, dans neuf provinces. Tous ces programmes d'ECE adhèrent à un cadre pancanadien d'ECE et utilisent les lignes directrices, les outils et les

documents communs élaborés par la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) du Conseil médical du Canada<sup>46</sup>.

Même si l'on suit des principes communs, l'admission aux neuf programmes existants, qui sont tous administrés par l'ordre ou l'organisme de réglementation provincial, exige un processus de demande distinct sans point d'admission commun, sans jumelage des candidats en fonction des besoins géographiques et sans capacité d'admission annuelle définie. Pour un DIM qui désire obtenir un permis d'exercice n'importe où au Canada, les nombreuses demandes et procédures rendent ce processus extrêmement fastidieux, déroutant et inefficace. L'accès à l'ECE devient souvent une danse complexe orchestrée par un employeur (hôpital, clinique communautaire ou autorité sanitaire), la faculté de médecine de l'université (divers départements) et l'organisme de réglementation provincial. Le temps qu'il faut pour organiser une ECE est une source de contrariété pour toutes les parties et l'exécution de l'ECE peut être paralysée en raison des exigences relatives au caractère actuel de l'exercice.

Pour que l'ECE offre une voie accélérée d'obtention du permis d'exercice aux

médecins immigrants d'expérience, l'accès doit et peut être amélioré et le nombre de postes d'évaluateur du programme d'ECE doit augmenter considérablement. Depuis 2018, seulement 1 000 DIM ont obtenu leur diplôme d'un programme d'ECE pour exercer en médecine familiale au Canada<sup>47</sup>, principalement en raison d'un manque de postes.

Par conséquent, nous recommandons que des fonds fédéraux soient alloués au développement, à la mise en œuvre et à l'exploitation d'un système centralisé d'accès à l'ECE, comme le portail inscriptionmed.ca<sup>48</sup> et le jumelage du CaRMS. Cela permettrait à un DIM dûment qualifié de présenter une demande d'ECE et d'être jumelé à une autorité régionale ou sanitaire en temps opportun. De même, une région ou une autorité sanitaire qui recherche des médecins dans un domaine particulier, et qui s'est préparée à offrir rapidement une ECE bénéficierait du même système. Il serait possible de surveiller et d'accroître l'activité d'ECE, de suivre le succès, de mettre en évidence les pratiques exemplaires et d'encourager les provinces dont la participation est faible à augmenter leurs chiffres.

Un système centralisé offrant accès au portail de l'ECE et l'ouverture d'un nombre

<sup>46</sup> Conseil médical du Canada, *Évaluation de la capacité à exercer*.

<sup>47</sup> Conseil médical du Canada, *Rapport annuel 2022-2023; Rapport annuel 2023-2024*.

<sup>48</sup> Conseil médical du Canada, *Votre portail de services : inscriptionmed.ca*.

suffisant de postes aux fins de l’ECE répartis à l’échelle du pays pourraient contribuer grandement à la mise en place de cette dernière pièce du casse-tête, et le financement fédéral pourrait y contribuer. Si un programme national d’ECE est mis en œuvre et que seulement 500 postes sont réservés chaque année à des DIM, selon un taux d’octroi de diplôme de deux médecins par poste par année, 1 000 médecins de soins primaires prêts à exercer peuvent intégrer chaque année le bassin de médecins de famille du Canada.

Pour ce qui est des dépenses, l’ECE fonctionne selon un modèle de recouvrement des coûts qui tient compte du financement public et des frais payés par les candidats<sup>49</sup>. En Alberta, par exemple, le coût maximal par candidat est d’environ 35 000 \$, alors qu’il est d’environ 30 000 \$ au Manitoba<sup>50</sup>. Il va sans dire qu’une ECE qui ne dure que 12 semaines est moins coûteuse à financer pour le gouvernement fédéral qu’un poste de résident financé pendant deux ans. De plus, les coûts associés à une ECE ne comprennent pas les coûts supplémentaires liés aux études et à l’administration associés à la formation en résidence. Par conséquent, la voie de l’ECE, à laquelle les DIM qualifiés peuvent facilement avoir accès, pourrait être un

moyen rapide et économique de mettre à disposition des médecins diplômés qui ont démontré le niveau élevé de compétences nécessaires pour exercer la médecine au Canada.

## Il faut plus de solutions pour améliorer les soins de santé au Canada

Nos propositions visant à accroître le financement fédéral pour les places en résidence et l’ECE ne sont pas une panacée, et nous reconnaissons qu’il faut en faire beaucoup plus pour améliorer l’état des soins de santé primaires au Canada. Par exemple, il est important que la communauté médicale détermine comment renforcer les mesures incitatives pour qu’un plus grand nombre de diplômés des facultés de médecine décident de poursuivre des études en médecine familiale et comment passer d’un profil de pratique à médecin unique à des formes d’association qui réunissent les compétences spécialisées de divers fournisseurs de soins primaires. Un domaine clé consiste à déterminer comment réduire le fardeau administratif afin que les médecins de famille puissent passer plus de temps productif avec des patients<sup>51</sup>. On estime que les médecins du

<sup>49</sup> World Education Services, *Expanding Pathways to Licensure for Internationally Trained Physicians in Ontario*.

<sup>50</sup> College of Physicians and Surgeons of Alberta, *Physician Fees*; World Education Services, *Expanding*

*Pathways to Licensure for Internationally Trained Physicians in Ontario*.

<sup>51</sup> Zhang, *The Doctor Dilemma*.

Canada consacrent 18,5 millions d'heures par année (l'équivalent de 55,6 millions de consultations de patients par année) à des tâches administratives ou à de la paperasserie inutile qui pourraient être accomplies par une personne qui n'a pas besoin d'expertise clinique, ou qui pourraient tout simplement être éliminées<sup>52</sup>. En prenant les mesures nécessaires pour réduire ne serait-ce que de 10 % ce travail administratif supplémentaire, on pourrait faire économiser aux médecins un temps équivalent à 5,5 millions de consultations de patients par année<sup>53</sup>. Il est aussi de mise d'examiner les pratiques exemplaires mondiales sur les modèles de rémunération des médecins afin de s'assurer que le Canada suit la cadence.

L'utilisation de la technologie, comme la télésanté, peut aussi contribuer à améliorer l'accès aux soins. Nous pouvons aussi tirer parti des professionnels de la santé existants, comme les infirmières praticiennes et les pharmaciens, qui peuvent contribuer à prodiguer des soins primaires et donner aux médecins de famille plus de temps pour traiter les patients qui ont besoin de leur niveau de compétence<sup>54</sup>.

Il est également nécessaire d'offrir plus d'éducation et de soutien aux DIM pour les aider à entreprendre plus tôt une carrière épanouissante dans le secteur des soins de santé du Canada, au lieu de leur imposer des contraintes pendant plusieurs années jusqu'à ce qu'ils cessent d'exercer la médecine au Canada en raison d'obstacles inutiles à leur accès à une autorisation d'exercer.

Il nous incombe également de réduire rapidement les obstacles qui empêchent les DIM et les professionnels de la santé immigrants d'obtenir un permis d'exercice et un emploi au Canada. Ici, nous pouvons aussi tirer des apprentissages de pays comparables. Au Royaume-Uni, par exemple, la proportion de DIM est d'environ 50 %, comparativement à environ un tiers des médecins de famille formés à l'étranger<sup>55</sup>. Nous tenons à souligner une fois de plus que bon nombre des DIM au Canada sont déjà des professionnels de la santé chevronnés qui cumulent plusieurs années d'expérience clinique à l'étranger et qui ont simplement besoin d'une chance équitable d'intégrer le système médical canadien après avoir suivi les étapes d'autorisation requises pour démontrer ils satisfont aux normes médicales canadiennes.

---

<sup>52</sup> Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, *Les patients avant la paperasse*.

<sup>53</sup> Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, *Les patients avant la paperasse*.

<sup>54</sup> Zhang, *The Doctor Dilemma*.

<sup>55</sup> Zhang, *The Doctor Dilemma*.

## Conclusion

Le système de soins primaires du Canada se trouve à un moment critique. Comme 6,5 millions de Canadiens n'ont actuellement pas accès à un médecin de famille – un nombre qui devrait atteindre 10 millions au cours de la prochaine décennie – des mesures immédiates et décisives s'imposent. Bien que les investissements actuels du gouvernement revêtent une grande importance, ils ne répondent pas suffisamment aux défis immédiats et à long terme posés par la pénurie croissante de médecins de famille.

Le présent rapport propose deux initiatives ciblées que le gouvernement fédéral peut mettre en œuvre et qui augmenteraient rapidement et considérablement le nombre de médecins de famille. Ces deux initiatives favorisent une bien meilleure intégration des DIM dans le système de soins de santé. En finançant 750 places en résidence supplémentaires par année et en élargissant le programme d'ECE, le Canada a l'occasion d'ajouter plus de 6 000 nouveaux médecins de famille au cours de la prochaine décennie. Ces initiatives pourraient représenter un coût modeste de 0,2 % du budget des transferts en matière de santé, ce qui se traduirait par des avantages substantiels pour les secteurs de la santé et de l'économie.

La mise en œuvre de ces solutions permettrait non seulement d'améliorer

l'accès aux soins pour des millions de Canadiens, mais aussi d'atténuer la pression croissante sur les salles d'urgence, de réduire l'épuisement des médecins et d'aider à assurer une répartition plus équitable des professionnels de la santé à l'échelle du pays. L'incidence économique de la pleine utilisation des compétences des DIM – par l'augmentation de l'emploi, des recettes fiscales et des contributions au système de santé – serait considérable.

Grâce à un leadership fédéral fort et à la mise en œuvre de ces initiatives, le Canada peut s'employer à remédier à sa pénurie de médecins de famille, à améliorer les résultats en matière de soins de santé et à bâtir un système plus résilient pour les générations futures.

## Références

Association médicale canadienne, *Données au sujet des médecins*,  
<https://www.cma.ca/fr/donnees-au-sujet-medecins> (consulté le 18 août 2024).

CAPER, *Rapport de la Base de données sur les DIM de 2023*,  
[https://caper.ca/sites/default/files/pdf/img/2023\\_CAPER\\_National\\_IMG\\_Database\\_Report\\_FR.pdf](https://caper.ca/sites/default/files/pdf/img/2023_CAPER_National_IMG_Database_Report_FR.pdf) (consulté le 18 août 2024).

CAPER, *Rapport de la Base de données sur les DIM de 2017*,  
[https://caper.ca/sites/default/files/pdf/img/2017\\_CAPER\\_National\\_IMG\\_Database\\_Report\\_fr.pdf](https://caper.ca/sites/default/files/pdf/img/2017_CAPER_National_IMG_Database_Report_fr.pdf) (consulté le 18 août 2024).

CaRMS (Service canadien de jumelage des résidents), *2024 R-1 Match Data Snapshot*, 25 avril 2024,  
<https://web.archive.org/web/20240527185630/https://www.carms.ca/pdfs/2024-R-1-data-snapshot.pdf> (consulté le 11 août 2024).

CaRMS, Forum de CaRMS de 2024 (voir « Regional IMG match results » à la p. 27), 2 mai 2024,  
[https://medicine.usask.ca/documents/ugme/your-carms-match-r-1-match\\_clerkship-presentation.pdf](https://medicine.usask.ca/documents/ugme/your-carms-match-r-1-match_clerkship-presentation.pdf) (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *2023 R-1 Match Data Snapshot*, 27 avril 2023,  
<https://web.archive.org/web/20230430071531/https://www.carms.ca/pdfs/2023-R-1-data-snapshot.pdf> (consulté le 11 août 2024).

CaRMS, *Jumelage principal R-1 de 2023 – deuxième tour: IMG match results*,  
[https://www.carms.ca/wp-content/uploads/2023/09/2023\\_r1\\_tbl65.pdf](https://www.carms.ca/wp-content/uploads/2023/09/2023_r1_tbl65.pdf) (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *2022 R-1 Match Data Snapshot*, 12 mai 2022,  
<https://web.archive.org/web/20220522062416/https://www.carms.ca/pdfs/2022-R-1-data-snapshot.pdf> (consulté le 11 août 2024).

CaRMS, *2021 R-1 Match Data Snapshot*, 20 mai 2021,  
<https://web.archive.org/web/20240206062038/https://www.carms.ca/pdfs/2021-R-1-data-snapshot.pdf> (consulté le 11 août 2024).

CaRMS, *Jumelage R-1 de 2013 – premier tour*, [https://www.carms.ca/wp-content/uploads/2018/05/table\\_6\\_en\\_2013.pdf](https://www.carms.ca/wp-content/uploads/2018/05/table_6_en_2013.pdf) (consulté le 19 août 2024).

CaRMS, *Quota et candidatures selon la discipline*, <https://www.carms.ca/fr/donnees-et-rapports/donnees-et-rapports-du-jumelage-r-1/donnees-interactive-du-r-1/> (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *Données et rapports du jumelage R-1*, <https://www.carms.ca/fr/donnees-et-rapports/donnees-et-rapports-du-jumelage-r-1/> (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *Le jumelage principal R-1*, <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/> (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *Données interactives du R-1*, <https://www.carms.ca/fr/data-test/> (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *Consultez l'information sur les salaires et les prestations pour la formation postdoctorale, par province*, <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/salaires/> (consulté le 18 août 2024).

CaRMS, *Qui est admissible à l'ARE PIMM?*, 13 juin 2023, <https://carms.zendesk.com/hc/fr-ca/articles/360039815112-Qui-est-admissible-%C3%A0-l-ARE-PIMM> (consulté le 19 août 2024).

CBC, « Fewer medical school graduates choosing family medicine, Ontario doctors warn », 23 avril 2024, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/oma-declining-number-medical-school-students-family-medicine-1.7182901> (consulté le 18 août 2024).

Collège des médecins de famille du Canada, *Crise en médecine de famille*, <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/our-advocacy/crisis-in-family-medicine> (consulté le 11 août 2024).

College of Physicians and Surgeons of Alberta, *Physician Fees*, <https://cpsa.ca/physicians/physician-fees/#pra-ab> (consulté le 9 septembre 2024).

Conseil médical du Canada, *Rapport annuel de 2023-2024*, <https://mcc.ca/wp-content/uploads/Rapport-annuel-du-CMC-de-2023-2024.pdf> (consulté le 9 septembre 2024).



Conseil médical du Canada, *Rapport annuel de 2022-2023*, <https://mcc.ca/wp-content/uploads/Rapport-annuel-du-CMC-2022-2023.pdf> (consulté le 9 septembre 2024).

Conseil médical du Canada, *Parcours à l'intention des diplômés internationaux en médecine*, [https://mcc.ca/fr/titres-de-competences-et-services/parcours-vers-lobtention-du-permis-dexercice/parcours-a-lintention-des-diplomes-internationaux-en-medecine/?\\_gl=1\\*28dnku\\*\\_up\\*MQ..\\*\\_ga\\*MTU2NTg2NDg0OC4xNzI3MTAwMjI5\\*\\_ga\\_G3QGSS543Q\\*MTcyNzEwMDIyOC4xLjAuMTcyNzEwMDIyOC4wLjAuMA](https://mcc.ca/fr/titres-de-competences-et-services/parcours-vers-lobtention-du-permis-dexercice/parcours-a-lintention-des-diplomes-internationaux-en-medecine/?_gl=1*28dnku*_up*MQ..*_ga*MTU2NTg2NDg0OC4xNzI3MTAwMjI5*_ga_G3QGSS543Q*MTcyNzEwMDIyOC4xLjAuMTcyNzEwMDIyOC4wLjAuMA). (consulté le 18 août 2024).

Conseil médical du Canada, *Évaluation de la capacité à exercer*, <https://mcc.ca/fr/examens-et-evaluations/evaluation-de-la-capacite-a-exercer/> (consulté le 7 septembre 2024).

Conseil médical du Canada, *Votre portail de services : inscriptionmed.ca*, <https://mcc.ca/fr/titres-de-competences-et-services/services/> (consulté le 7 septembre 2024).

Emploi et Développement social Canada, *Système de projection des professions au Canada (SPPC) : Omnipraticiens et médecins de famille (3112) Perspectives professionnelles*, 11 janvier 2023, <https://occupations.esdc.gc.ca/sppc-cops/.4cc.5p.1t.3.4ns.5mm.1ryd.2t.1.3l@-fra.jsp?tid=105> (consulté le 19 août 2024).

Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, *Les patients avant la paperasse*, 1<sup>er</sup> février 2024, <https://www.cfib-fcei.ca/fr/rapports-de-recherche/les-patients-avant-la-paperasse-2024> (consulté le 18 août 2024).

Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada, *Programme d'instruction des médecins militaires – Forces armées canadiennes*, <https://www.cfms.org/fr/what-we-do/student-affairs/motp> (consulté le 18 août 2024).

Finances Canada, *Principaux transferts fédéraux*, 15 décembre 2023, <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/programmes/transferts-federaux/principaux-transferts-federaux.html> (consulté le 18 août 2024).

Forces armées canadiennes, « Programmes d'études subventionnés », *Programmes spécialisés*, <https://forces.ca/fr/etudes-payees/programmes-specialises> (consulté le 18 août 2024).

Glazier, Rick, *Overview of the primary care crisis*, 22 décembre 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=uR23ZUXv08o> (consulté le 11 août 2024).

Gouvernement du Canada, *Budget de 2024*, <https://www.budget.canada.ca/2024/home-accueil-fr.html> (consulté le 18 août 2024).

Howlett, Karen et Yang Sun, « One in six family doctors are near retirement age, leaving millions of Canadians in health care limbo », *The Globe and Mail*, 27 décembre 2022, <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-family-doctors-retiring/> (consulté le 18 août 2024).

Institut Angus Reid, *After a 'decade of decline' in health care, Canadians not convinced that money is enough to solve the crisis*, 17 août 2023, <https://angusreid.org/cma-health-care-access-priorities-2023/> (consulté le 18 août 2024).

Institut canadien d'information sur la santé, *Profil des médecins au Canada*, <https://www.cihi.ca/fr/profil-des-medecins-au-canada> (consulté le 11 août 2024).

Internationally Trained Physicians of Ontario, *ITPs: A Diverse, Underutilised Skilled Health Human Resource*, 11 août 2022, <https://www.itpo.ca/post/itps-a-diverse-underutilised-skilled-health-human-resource> (consulté le 7 septembre 2024).

Jones, Ryan Patrick, « Physicians sound alarm over unfilled Ontario residency spots », *CBC*, 24 mars 2024, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-family-doctor-residents-shortage-1.7151071> (consulté le 18 août 2024).

*Journal de l'Association médicale canadienne*, « Saudi medical trainees may keep posts in Canada », 17 septembre 2018, <https://www.cmaj.ca/content/190/37/E1120> (consulté le 21 août 2024).

Khan, Ahmar, « Foreign doctors ready to help are 'sidelined' by regulation, experts say », *Global News*, 13 novembre 2021. <https://globalnews.ca/news/8369003/foreign-doctors-ready-to-help-sidelined-by-regulations-expert-says/> (consulté le 18 août 2024).

Li, Kaiyang, Anna Frumkin, Wei Guang Bi, James Macgrill et Christie Newton, « Biopsy of Canada's family physician shortage », *Family Medicine and Community Health*, vol. 11, n° 2, 12 mai 2023, <https://fmch.bmj.com/content/11/2/e002236> (consulté le 18 août 2024).

McKeen, Alex, « Amid shortages of family doctors across Canada, med school grads increasingly don't want the jobs », *Toronto Star*, 27 avril 2022, [https://www.thestar.com/news/canada/amid-shortages-of-family-doctors-across-canada-med-school-grads-increasingly-don-t-want-the/article\\_5138335b-aebd-57e8-9f6f-f3361a4bd8ee.html](https://www.thestar.com/news/canada/amid-shortages-of-family-doctors-across-canada-med-school-grads-increasingly-don-t-want-the/article_5138335b-aebd-57e8-9f6f-f3361a4bd8ee.html) (consulté le 18 août 2024).

Mulligan, Cynthia, « Paperwork burden driving Ontario family doctor to quit, amid critical GP shortage », *CityNews*, 14 février 2024, <https://toronto.citynews.ca/2024/02/14/paperwork-burden-driving-ontario-family-doctor-to-quit-amid-critical-gp-shortage/> (consulté le 18 août 2024).

Naik, Viren, « Spotlight on Practice-Ready Assessments », *Health Insight*, <https://www.healthinsight.ca/innovations/careers-health-care/spotlight-on-practice-ready-assessments/> (consulté le 9 septembre 2024).

NosSoins, *Principales conclusions de l'enquête*, mai 2023, <https://static1.squarespace.com/static/65bbfe8d85847a6b3edf3d7a/t/65d83c2a804bd5322728f933/1708670001493/nossoins+-principales+conclusions+de+l%E2%80%99enque%CC%82te+rappor+-+rf.pdf> (consulté le 11 août 2024).

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Practice Ready Assessment Program*, <https://www.cpso.on.ca/en/Physicians/Registration/Registration-Policies/Practice-Ready-Assessment-Program> (consulté le 18 août 2024).

Pauls, Karen, « Canada could be training 100 more family doctors this year, but medical residency spots go unfilled », *CBC*, 29 avril 2023, <https://www.cbc.ca/news/health/canada-family-doctors-train-1.6826187> (consulté le 18 août 2024).

Payne, Elizabeth, « Medical students saying 'no thanks' to family medicine as primary care crisis worsens, doctors say », *Ottawa Citizen*, 22 mars 2024, <https://ottawacitizen.com/news/local-news/medical-students-saying-no-thanks-to-family-medicine-as-primary-care-crisis-worsens-doctors-say> (consulté le 18 août 2024).

Philpott, Jane, *Health for All: A Doctor's Prescription for a Healthier Canada*, Signal, 9 avril 2024.

Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D., Recensement annuel sur l'éducation post-M.D. – 2022-2023, [https://caper.ca/sites/default/files/pdf/annual-census/2022-23\\_CAPER\\_Census\\_FR.pdf](https://caper.ca/sites/default/files/pdf/annual-census/2022-23_CAPER_Census_FR.pdf) (consulté le 18 août 2024).

Richardson, Ben et Yadullah Hussain, *Le Canada a besoin de plus de médecins – de toute urgence*, RBC Soins de santé, 17 février 2023, <https://www.rbcroyalbank.com/fr/solutions-financieres-pour-la-sante/conseils-apprentissage/article/?title=le-canada-a-besoin-de-plus-de-medecins-de-toute-urgence> (consulté le 18 août 2024).

Sanfilippo, Anthony et Jane Philpott, *Addressing the family doctor shortage*, Université Queen's, 3 octobre 2023, <https://www.queensu.ca/gazette/stories/addressing-family-doctor-shortage> (consulté le 11 août 2024).

Sanfilippo, Anthony, « This is why you don't have a family doctor », *The Globe and Mail*, 1<sup>er</sup> septembre 2023, <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-this-is-why-you-dont-have-a-family-doctor/> (consulté le 11 août 2024).

Santé Canada, *Le Canada répond à la demande de main-d'œuvre actuelle et émergente dans le secteur des soins de santé*, 8 juin 2023, <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2023/06/le-canada-repond-a-la-demande-de-mainduvre-actuelle-et-emergente-dans-le-secteur-des-soins-de-sante.html> (consulté le 18 août 2024).

Santé Canada, *Effectif en santé*, 3 juin 2024, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante.html> (consulté le 18 août 2024).

Santé Canada, *Appuyer les travailleuses et les travailleurs de la santé par l'amélioration de la recherche, de la planification et des données concernant l'effectif de la santé*, 11 juillet 2024, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2024/07/appuyer-les-travailleuses-et-les-travailleurs-de-la-sante-par-lamelioration-de-la-recherche-de-la-planification-et-des-donnees-concernant-leffectif0.html> (consulté le 11 août 2024).

Statistique Canada, *Estimation de la population du Canada : forte croissance démographique en 2023*, 27 mars 2024, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240327/dq240327c-fra.htm> (consulté le 18 août 2024).

Statistique Canada, *Estimations de la population, trimestrielles*, 8 août 2024, [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&cubeTimeFrame.startMonth=04&cubeTimeFrame.startYear=2014&cubeTimeFrame.endMonth=04&cubeTimeFrame.endYear=2024&referencePeriods=20140401%2C20240401&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&cubeTimeFrame.startMonth=04&cubeTimeFrame.startYear=2014&cubeTimeFrame.endMonth=04&cubeTimeFrame.endYear=2024&referencePeriods=20140401%2C20240401&request_locale=fr) (consulté le 18 août 2024).

Tasker, John Paul, « Canada is short of doctors—and it’s turning away hundreds of its own physicians each year », *CBC*, 10 février 2023, <https://www.cbc.ca/news/politics/canada-turning-away-home-grown-doctors-1.6743486> (consulté le 18 août 2024).

Tasker, John Paul, « Meet some of the 6 million Canadians who don’t have a family doctor », *CBC*, 18 février 2024, <https://www.cbc.ca/news/politics/meet-the-canadians-without-a-family-doctor-1.7116475> (consulté le 18 août 2024).

The Commonwealth Fund, *Finger on the Pulse: The State of Primary Care in the U.S. and Nine Other Countries*, 28 mars 2024, <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2024/mar/finger-on-pulse-primary-care-us-nine-countries> (consulté le 18 août 2024).

*The Suburban*, « 13,000 foreign-trained doctors in Canada aren’t allowed to practice », 1<sup>er</sup> mars 2023, [https://www.thesuburban.com/opinion/letters\\_to\\_editor/13-000-foreign-trained-doctors-in-canada-aren-t-allowed-to-practice/article\\_49e4d241-8dd3-58a2-bbdc-7c76344455d5.html](https://www.thesuburban.com/opinion/letters_to_editor/13-000-foreign-trained-doctors-in-canada-aren-t-allowed-to-practice/article_49e4d241-8dd3-58a2-bbdc-7c76344455d5.html) (consulté le 18 août 2024).

World Education Services, *Expanding Pathways to Licensure for Internationally Trained Physicians in Ontario: How to Get There and Why It Matters*, janvier 2023, <https://knowledge.wes.org/canada-report-expanding-pathways-to-licensure-for-internationally-trained-physicians-in-ontario.html> (consulté le 9 septembre 2024).

World Education Services, *Internationally Educated Health Professionals an Untapped Resource in Ontario*, 3 mai 2021, <https://www.wes.org/announcements/iehp-untapped-resource-in-ontario/> (consulté le 18 août 2024).

Zhang, Tingting, « Canada has tons of doctors—yet an alarming number of people have no primary-care provider. What’s going on? », *The Hub*, 25 juin 2024, <https://thehub.ca/2024/06/25/tingting-zhang-canada-has-tons-of-doctors-yet-an-alarming-number-of-people-have-no-primary-care-provider-whats-going-on/> (consulté le 11 août 2024).

Zhang, Tingting, *The Doctor Dilemma: Improving Primary Care Access in Canada*, Institut C.D Howe, mai 2024, [https://www.cdhowe.org/sites/default/files/2024-05/Commentary\\_660.pdf](https://www.cdhowe.org/sites/default/files/2024-05/Commentary_660.pdf) (consulté le 18 août 2024).

## Page de remerciements

Les auteurs remercient Makini McGuire-Brown et Joan Atlin de World Education Services, ainsi que Jan Sheppard Kutcher, pour leurs commentaires sur une version antérieure du présent rapport.