



THE ASSOCIATION OF FACULTIES
OF MEDICINE OF CANADA

L'ASSOCIATION DES FACULTÉS
DE MÉDECINE DU CANADA

RÉDUIRE LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS EN MÉDECINE CANADIENS NON JUMELÉS

LA VOIE À SUIVRE

RAPPORT APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Table des matières

À PROPOS DE L'AFMC.....	4
SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	4
RÉDUIRE LE RATIO EMPR: EMPO ET LE NOMBRE CROISSANT DE DMC NON JUMELÉS	7
MÉTHODOLOGIE	8
LA SITUATION DEVRAIT S'AGGRAVER RAPIDEMENT	8
COMPLEXITÉ DU CONTEXTE DE JUMELAGE	10
i) De multiples intervenants aux priorités diverses.....	10
ii) Exemples de mesures ayant une incidence sur le jumelage	10
iii) Tendances et approches provinciales par opposition à l'approche pancanadienne.....	14
iv) Les diplômés en médecine américains sont avantagés dans le processus de jumelage vers des postes de résidence au Canada	15
v) Des DMC qualifiés qui ne parviennent pas à se jumeler.....	15
vi) Les diplômés internationaux en médecine constituent une importante ressource provinciale.	16
vii) Sélection des stages optionnels et du programme d'EMPo.....	18
viii) Résidents précédemment jumelés qui réintègrent le processus en vue d'obtenir un transfert.	18
ix) Étudiants en médecine prédoctoraux parrainés	20
OPTIONS ET STRATÉGIES	20
RECOMMANDATIONS	24
CONCLUSION	25
ANNEXE 1 : MANDAT	30
ANNEXE 2 : HYPOTHÈSES RELATIVES À LA MODÉLISATION DES DONNÉES SUR LES DMC NON JUMELÉS, 2018-2021.....	37
ANNEXE 3 : PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE DEMANDES ET DE SÉLECTION (PEDS)	39

À PROPOS DE L'AFMC

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) représente les 17 facultés de médecine du Canada et est la voix nationale de la médecine universitaire. Notre organisme a été fondé en 1943 et appuie individuellement et collectivement les facultés de médecine canadiennes par le biais de la promotion de l'éducation médicale, de la recherche et des soins cliniques.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Devant le nombre croissant de diplômés en médecine canadiens (DMC) qui ne sont toujours pas jumelés après le 2^e tour du jumelage des résidents du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), il est nécessaire de prendre des mesures immédiates. En 2009, on dénombrait 11 DMC non jumelés. Ce nombre n'a cessé de croître, atteignant **46 en 2016 et 68 en 2017**. Comme les DMC qui n'ont pas réussi à se jumeler durant les années précédentes rivalisent pour les mêmes postes que les DMC actuels, on s'attend à ce que la situation s'aggrave davantage.

La modélisation des données établie à partir des facteurs actuels du jumelage (c.-à-d., aucun changement quant au nombre de diplômés, aux postes de R-1, aux structures de jumelage, aux règles actuelles du jumelage, etc.) révèle que **d'ici 2021, le nombre de DMC de l'année actuelle non jumelés devrait dépasser les 140, alors qu'on dénombre plus de 190 DMC non jumelés de l'année précédente.**

En mai 2017, désireuse de trouver des solutions immédiates et réalisables, l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a mis sur pied un Sous-comité technique (SCT) du Comité de l'AFMC sur le Jumelage des résidents (CAJR) dont les membres devaient faire rapport au CAJR sur les points suivants : a) examen et identification des facteurs déterminants contribuant à la situation des DMC non jumelés, b) conséquences du non-jumelage continu des DMC et c) formulation de recommandations pour résoudre le problème. Le SCT du CAJR a procédé à une analyse détaillée du processus de jumelage du CaRMS, a examiné d'autres sources de données pertinentes et a passé en entrevue plus de 25 représentants des secteurs prédoctoral (EMPr), postdoctoral (EMPo) et gouvernemental de l'ensemble du pays afin de mieux comprendre le contexte entourant les politiques et la planification des effectifs médicaux de chaque province.

Les membres du Sous-comité technique du CAJR ont déterminé certains des principaux facteurs déterminants ou aggravants :

- De 2012 à 2017, le ratio entre les diplômés de l'EMPr et les postes d'entrée en EMPO a chuté de 1 pour 1.1, à 1 pour 1.026.
- Il existe une proportion plus élevée de diplômés du Québec jumelés à des programmes de résidence hors Québec que de diplômés du reste du Canada jumelés à un programme de résidence au Québec.
- Les diplômés internationaux en médecine (DIM) comblent des postes du 2^e tour du jumelage qui étaient à l'origine des postes de DMC laissés vacants après le 1^{er} tour.
- On dénombre chaque année un nombre supérieur de diplômés en médecine américains (DMA) jumelés à des programmes de résidence canadiens que de DMC jumelés à des programmes de résidence américains.

Voici quelques observations-clés concernant le nombre croissant de DMC non jumelés :

- L'attribution de postes de résidence et le jumelage vers ces postes est un système hautement complexe. De multiples intervenants sont en cause et chacun a ses propres priorités qui ne sont pas nécessairement harmonisées.
- Bien que nous possédions un système de jumelage national axé sur des normes d'agrément et de certification nationales, ce système s'appuie sur des décisions provinciales quant au financement des postes et à l'admissibilité.
- Les décisions politiques provinciales peuvent être des facteurs jouant un rôle essentiel dans les résultats du processus de jumelage national.
- Certaines facultés sont capables de trouver des solutions pour leurs diplômés non jumelés, alors que d'autres n'y parviennent pas. Jusqu'à présent, il n'existe pas de stratégie nationale pour palier aux résultats du jumelage.
- Nous constatons année après année une accumulation de DMC non jumelés, ce qui réduit progressivement les possibilités de jumelage pour les diplômés de l'année actuelle.
- Plus des deux tiers des DMC non jumelés sont des candidats qui pourraient trouver à se jumeler si des postes dans leurs programmes choisis étaient disponibles (voir la Figure 5 du présent rapport).

L'AFMC est d'avis que nous devons faire tout ce qui est raisonnablement possible pour jumeler les DMC qui n'ont pas réussi à se jumeler, bien qu'ils soient qualifiés. Ce rapport met en lumière les options/stratégies envisagées par l'AFMC ainsi que les recommandations subséquentes qui peuvent être mises en œuvre presque immédiatement.

Lorsque nous avons élaboré nos recommandations, nous nous sommes engagés envers les principes suivants :

- Les étudiants des facultés de médecine canadiennes devraient bénéficier d'un appui durant leur cheminement vers une carrière enrichissante (en milieu clinique ou non clinique) qui contribue à améliorer la santé des Canadiens.

- Les facultés de médecine devraient appuyer leurs diplômés durant leur cheminement vers une carrière enrichissante (en milieu clinique ou non clinique) qui contribue à améliorer la santé des Canadiens.
- Conformément à son engagement en matière de responsabilité sociale, l'AFMC devrait appuyer de nouvelles politiques visant à améliorer le système actuel de jumelage afin d'appuyer les diplômés durant leur cheminement vers une carrière enrichissante (en milieu clinique ou non clinique) qui contribue à améliorer la santé des Canadiens.

Comprenant que la mise en œuvre de ces recommandations puisse varier d'une province à l'autre, **il est primordial de prendre des mesures collectives immédiates pour renverser la tendance des DMC non jumelés.**

Recommandations pour réduire le nombre de diplômés en médecine canadiens non jumelés :

Assurer un nombre suffisant d'entrées dans le système

1. Les organismes de financement provinciaux doivent travailler collectivement pour augmenter le nombre de postes de résidence pour les diplômés en médecine canadiens afin de revenir à un ratio national minimum de 1,1 poste d'entrée en EMPo pour chaque diplômé en médecine canadien de l'année actuelle, en harmonie avec les besoins en santé de la population.

Changements apportés aux processus de jumelage

2. Conserver la séparation entre filières des diplômés en médecine canadiens et des diplômés en médecine internationaux au 2^e tour du jumelage des résidents.

Appui aux diplômés en médecine canadiens non jumelés

3. Les facultés doivent assumer la responsabilité de créer des structures, politiques et procédures appropriées qui leur permettent d'appuyer leurs diplômés en médecine canadiens non jumelés, en leur offrant notamment, sans toutefois s'y limiter, l'accès aux stages optionnels et à des services d'orientation exhaustifs dans les bureaux des Affaires étudiantes.
4. Les facultés doivent faire rapport au Conseil d'administration de l'AFMC sur la mise en place réussie de leurs processus de soutien d'ici octobre 2018.

Mise en œuvre des pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection

5. L'AFMC doit approuver le rapport et les recommandations sur les Pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection (PEDS).
6. Les facultés doivent faire rapport à l'AFMC sur la mise en œuvre réussie des recommandations du rapport sur les PEDS d'ici octobre 2018.
7. L'AFMC doit appuyer les efforts pour améliorer l'harmonisation des programmes de premier et de deuxième cycles et la transition entre ceux-ci.

Permettre aux résidents de transférer plus facilement d'un programme à l'autre

8. Les organismes de financement provinciaux doivent oeuvrer à la création d'un bassin de postes chaque année pour garantir la souplesse nécessaire pour permettre des transferts.
9. L'AFMC doit soutenir l'idée de travailler à l'élaboration d'une proposition relative à un système pancanadien de transfert des résidents.

Planification à l'échelle pancanadienne

10. L'AFMC doit appuyer la facilitation d'une planification à l'échelle pancanadienne et s'engager à préserver l'intégrité et l'équité d'un jumelage national.

Dans le contexte de leur mandat de responsabilité sociale, il est primordial que les facultés de médecine continuent à avoir la possibilité de dialoguer et de travailler avec leurs gouvernements provinciaux sur la planification des ressources humaines en santé et qu'elles participent à des stratégies pancanadiennes qui permettent d'assurer un mélange judicieux, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins qui prodigueront les meilleurs soins aux patients et répondront aux besoins en santé de la population. La plupart des provinces sont à divers stades de la planification des ressources humaines en santé et sont axées sur leurs propres besoins. Des discussions au niveau pancanadien et des activités de planification à l'échelle nationale ont débuté au niveau du Comité consultatif sur la planification des ressources médicales (CCPRM), co-présidé par l'AFMC et l'Ontario, et qui relève du Comité fédéral/provincial/territorial sur les effectifs en santé (CES). Le présent rapport et les stratégies mises en œuvre en ce qui a trait aux DMC non jumelés constituent un facteur important à prendre en considération dans le contexte de ces discussions nationales.

RÉDUIRE LE RATIO EMPO: EMPO ET LE NOMBRE CROISSANT DE DMC NON JUMELÉS

On a constaté une augmentation constante du nombre de DMC qui ne parvenaient pas à se jumeler avec un poste d'entrée en résidence postdoctorale (EMPo) au Canada après les 1^{er} et 2^e tours du jumelage du CaRMS. Le nombre de DMC non jumelés était relativement stable

jusqu'en 2011, avec entre 10 et 20 candidats non jumelés par année. Au cours des deux dernières années, ce nombre est passé à 46 en 2016 et à 68 en 2017.

Traditionnellement, le processus de jumelage des résidents affichait au moins 10 % de plus de postes postdoctoraux pour chaque diplômé en médecine canadien, c.-à-d., un ratio minimum de 1 EMPr par 1.1 poste de EMPo. De fait, certaines provinces avaient historiquement planifié en fonction d'un ratio de 1:1.2 (p. ex., la Nouvelle-Écosse).

Traditionnellement, avec un ratio minimum de 1:1.1, les DMC qui demeuraient non jumelés étaient en mesure d'être absorbés dans le système par l'entremise du processus post-jumelage ou durant le jumelage de l'année suivante. Le ratio EMPr:EMPo a commencé à chûter sous la barre du ratio en 2012 et au cours des deux dernières années, il est passé sous 1:1.03. En excluant les postes francophones du ratio, le ratio pour des postes anglophones dans le cadre du jumelage se situe sous 1:1.

MÉTHODOLOGIE

Le nombre croissant de DMC non jumelés est particulièrement préoccupant pour le milieu de l'éducation médicale. En 2017, le Comité de l'AFMC sur le jumelage des résidents a mis sur pied un Sous-comité technique (SCT) ayant pour mandat a) d'examiner et d'identifier les facteurs déterminants contribuant à la situation des DMC non jumelés, b) de souligner les conséquences du non-jumelage continu des DMC et c) de formuler des recommandations pour résoudre le problème. Reportez-vous à l'*Annexe 1* pour prendre connaissance du mandat et de la composition du CAJR et du SCT.

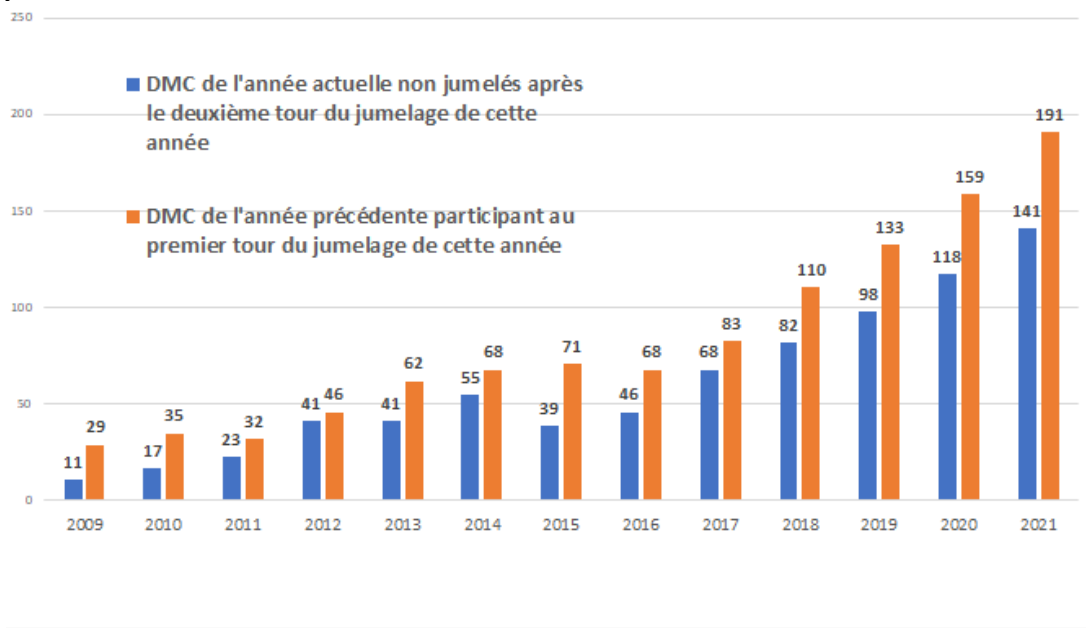
Le Sous-comité technique du CAJR a effectué une analyse détaillée des données du jumelage de CaRMS, a examiné d'autres sources de données (p. ex., le RCEP) et a modélisé divers changements apportés à l'admissibilité au jumelage et aux règles décisionnelles pour déterminer leur incidence sur les résultats du jumelage. De plus, des entrevues ont été menées avec des représentants de l'EMPr, de l'EMPo et du gouvernement dans l'ensemble du pays pour tenter de mieux comprendre le contexte des politiques et des ressources médicales dans chaque province. Au total, 25 personnes ont été interrogées, avec des représentants de chaque province et chaque groupe.

LA SITUATION DEVRAIT S'AGGRAVER RAPIDEMENT

Si rien n'est fait, tout porte à croire que le nombre de DMC non jumelés ira grandissant. La modélisation des données établie à partir des facteurs actuels du jumelage (c.-à-d., aucun changement quant au nombre de diplômés, aux postes de R-1, aux structures de jumelage, aux règles actuelles du jumelage, etc.) révèle que le nombre de DMC non jumelés après le

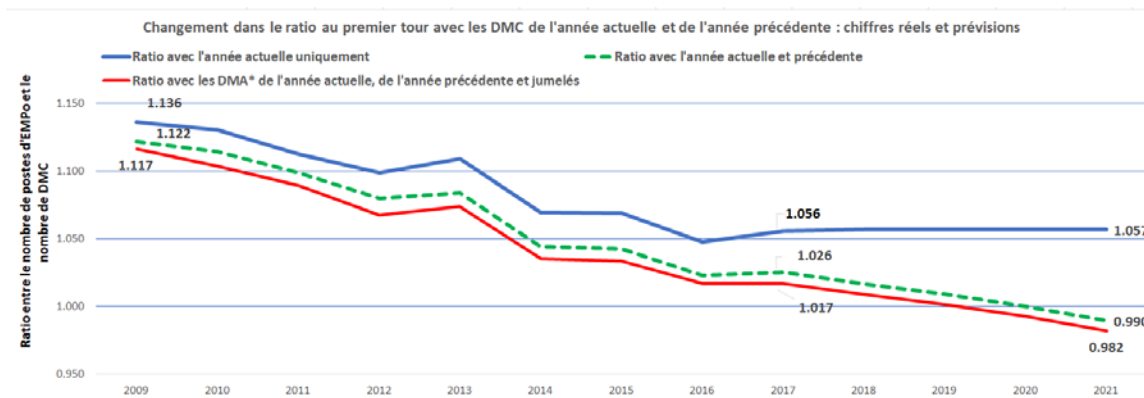
deuxième tour devrait dépasser les 140 d'ici 2021, avec plus de 190 diplômés de l'année précédente participant au jumelage cette année. Le ratio entre le nombre de postes d'EMPo et les candidats admissibles¹ devrait chuter sous la barre des 1:1 d'ici 2019. Reportez-vous à l'Annexe 2 pour les hypothèses de modélisation des données.

Figure 1 : Croissance actuelle et prévue – DMC non jumelés de l'année actuelle et des années précédentes



Source : Sous-comité technique du CAJR

Figure 2 : Changement dans le ratio au premier tour – Chiffres réels et prévisions – DMC de l'année actuelle, DMC et DMA de l'année précédente



Source : Sous-comité technique du CAJR

¹ Diplômés en médecine américains (DMA), diplômés de l'année précédente et diplômés de l'année actuelle.

COMPLEXITÉ DU CONTEXTE DE JUMELAGE

i) De multiples intervenants aux priorités diverses

Les principaux intervenants concernés et touchés par le nombre croissant de DMC non jumelés ont chacun leurs propres priorités.

Intervenant	Certaines priorités (exemples, sans ordre particulier)
Patients	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bons soins au bon moment et au bon endroit
Gouvernements provinciaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoins de la population en matière de soins de santé ▪ Mélange judicieux, répartition appropriée et nombre suffisant de médecins ▪ Compression des coûts
Apprenants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être jumelés à leur premier choix de discipline ▪ Choix de carrière ▪ Souplesse leur permettant de changer de choix de carrière ▪ Coûts gérables (stages optionnels, processus d'entrevues en vue du jumelage)
DIM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux postes d'EMPo ▪ Admissibilité pour exercer au Canada
EMPr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité et spectre de compétences chez les apprenants de l'EMPr ▪ Étudiants jumelés ▪ Stages optionnels enrichissants et éducatifs
Bureaux des Affaires étudiantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès à des données exactes sur les effectifs médicaux ▪ Accès à une information fiable : processus et exigences en matière de sélection de programmes ▪ Besoins équilibrés des étudiants, mieux-être et décision de gestion de carrière
EMPo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité et spectre de compétences chez les apprenants de l'EMPo ▪ Capacité à former les résidents ▪ Souplesse sur le plan des transferts ▪ Pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection (PEDS) et transparence du processus de sélection
Programmes de résidence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleur candidat ▪ Nombre raisonnable de demandes et d'entrevues

Remarque : Le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) appuie les intervenants susmentionnés en fournissant un mécanisme national pour jumeler les DMC et tous les candidats admissibles à des postes de résidence au Canada.

ii) Exemples de mesures ayant une incidence sur le jumelage

Les mesures qui augmentent ou diminuent le nombre de postes d'EMPo disponibles ou les changements relatifs à la stratégie de jumelage des étudiants et des programmes ont une incidence sur le nombre de postes comblés chaque année. Le jumelage est également affecté par les priorités et mesures variables des facultés et des provinces. En fonction des priorités

d'intervenants, certaines mesures ont été prises, certains comportements ont été provoqués et la conséquence involontaire de tout cela se traduit par un nombre croissant de DMC non jumelés.

Exemples de mesures axées sur les priorités des intervenants	Incidence/Résultats	Comportements
<p>Décisions non liées relativement à l'expansion EMPr/EMPo / contraction, p. ex., l'expansion de l'EMPr n'est pas nécessairement liée à une augmentation de 1 à 1 dans les postes d'EMPo dans un certain nombre de provinces, ou à une diminution isolée dans les postes d'EMPo en Ontario</p>	<p>Diminution du ratio de postes EMPr: EMPo</p> <p>Nombre accru de DMC non jumelés après le 2^e tour</p> <p>Un nombre croissant de DMC non jumelés rivalisant pour un ratio de jumelage de plus en plus serré chaque année.</p> <p>Coût accru pour les étudiants et les programmes relativement aux stages optionnels et aux entrevues</p>	<p>Situation extrêmement stressante pour les étudiants</p> <p>Nombre accru de demandes pour des programmes soumises par étudiant (en moyenne 19 par DMC en 2017)</p> <p>Modification de la stratégie de jumelage; Les programmes d'EMPo utilisent le nombre de stages optionnels comme critères de sélection; les étudiants ciblent tous les stages optionnels dans une discipline pour améliorer leurs chances d'obtenir le programme qu'ils convoitent.</p> <p>Les provinces/facultés trouvent des solutions pour leurs diplômés non jumelés; absence de planification au niveau national.</p>

Exemples de mesures axées sur les priorités des intervenants	Incidence/Résultats	Comportements
<p>Paramètres de travail mandatés par le gouvernement pour améliorer l'accès aux médecins, p. ex., projets de loi 140 et 20 au Québec</p>	<p>Nombre accru de postes vacants en MF au Québec qui ne peuvent être comblés que par des DMC francophones (58 postes francophones non comblés en 2017)</p> <p>Nombre accru de DMC qui rivalisent pour des postes anglophones et comblent ces postes</p>	<p>Nombre accru de diplômés du Québec jumelés à des programmes de résidence à l'extérieur de la province (entre 9 et 11 % des diplômés québécois ont été jumelés à l'extérieur de la province au cours de chacune des trois dernières années), par opposition aux diplômés d'autres provinces jumelés à des programmes au Québec (entre 1 et 2 % au cours de chacune des trois dernières années).</p> <p>Nombre plus élevé de postes non comblés en médecine familiale au Québec (58 postes francophones non comblés en 2017 sur un total de 64 postes non comblés à l'échelle nationale)</p>

Exemples de mesures axées sur les priorités des intervenants	Incidence/Résultats	Comportements
<p>Les DMC se concentrent sur un choix de carrière souhaité, sans avoir de plan parallèle²</p> <p>Plusieurs DMC sont intéressés par la même spécialité, mais il n’y a pas assez de places disponibles</p>	<p>DMC non jumelés après le 2^e tour (en 2017, 56,5 % des postes correspondaient à des disciplines où la demande pour la discipline de premier choix dépassait l’offre. C’est la première fois en plusieurs années qu’une telle situation se produit).</p> <p>Remarque : Il n’est ni nouveau ni inhabituel que les DMC se concentrent sur un choix de carrière souhaité; cependant, cette situation est devenue plus problématique maintenant que le ratio EMPr : EMPo a chuté sous la barre des 1:1.1</p> <p>Il y a un décalage entre les aspirations professionnelles personnelles et les besoins en effectifs médicaux / le nombre de postes disponibles.</p>	<p>Modification de la stratégie de jumelage : les étudiants ciblent tous les stages optionnels pour améliorer leurs chances d’obtenir le programme qu’ils convoitent; les étudiants ne participent pas au 2^e tour et choisissent d’attendre un an pour postuler l’année suivante dans la spécialité qu’ils convoitent; ils peuvent alors bénéficier des choix de 5^e année disponibles.</p> <p>Discussion/débat sur la façon de mieux s’harmoniser avec les besoins des provinces en matière d’effectifs médicaux. Quelles sont les autres options pour le petit nombre d’étudiants en médecine qui ne poursuivent pas vers l’exercice de la profession? Comment épauler les étudiants non jumelés et leur permettre de se jumeler l’année suivante?</p>
<p>Combinaison de postes et de candidats durant le 2^e tour du jumelage (c.-à-d., DMC, DIM, transferts)</p>	<p>Nombre de DMC non jumelés potentiellement accru</p> <p>Les DIM sont plus susceptibles d’être jumelés à des postes vacants au 2^e tour (reportez-vous à la Figure 7)</p>	<p>Discussion/débat sur les ramifications éthiques/juridiques de la priorisation des DMC. Capacité du programme de choisir les meilleurs candidats. Manque de souplesse en faveur des transferts, ce qui fait que les résidents jumelés auparavant réintègrent le 2^e tour dans le contexte d’un mécanisme de transfert.</p>

² Remarque : La planification parallèle n’est pas sans risque pour les étudiants et nécessite l’appui/l’alignement du programme. Certains programmes/certaines disciplines « pénalisent » les étudiants qui ont des plans parallèles, remettant en question leur engagement envers le programme.

iii) Tendances et approches provinciales par opposition à l'approche pancanadienne

Certaines provinces ont une seule faculté de médecine qui traite avec une autorité sanitaire. D'autres en revanche sont aux prises avec la complexité accrue qu'entraîne la présence de multiples facultés traitant avec le gouvernement. La plupart des provinces sont à différents stades de la planification des effectifs médicaux et se concentrent sur leurs propres besoins. Des discussions pancanadiennes et une démarche de planification à l'échelle nationale ont débuté dans le contexte du Comité consultatif sur la planification des ressources médicales (CCPRM). Le CCPRM relève du Comité fédéral/provincial/territorial sur les effectifs en santé qui est co-présidé par l'AFMC. Des défis provinciaux uniques et les décisions stratégiques qui en découlent peuvent être des moteurs-clés du résultat du jumelage. Par exemple, nous avons remarqué une tendance selon laquelle on compte beaucoup plus de diplômés du Québec jumelés à l'extérieur du Québec que de diplômés du reste du Canada qui sont jumelés à un programme de résidence au Québec.

Figure 3 : Diplômés jumelés au Québec/à l'extérieur du Québec

Diplômés du reste du Canada				Diplômés du Québec		
Année	Jumelés au Québec	Jumelés à l'extérieur du Québec	%	Jumelés au Québec	Jumelés à l'extérieur du Québec	%
2017	26	1901	1 %	783	96	11 %
2016	27	1917	1 %	807	82	9 %
2015	32	1909	2 %	773	87	10 %

Source : CaRMS

Remarque : 1) Le nombre de candidats qui postulent pour des postes francophones au Québec constitue une limite pour le nombre d'étudiants hors-Québec jumelés à des programmes du Québec car seuls les candidats francophones sont admissibles. 2) Comparativement à toutes les autres provinces, le Québec affiche le pourcentage le moins élevé en ce qui a trait à ses candidats jumelés quittant pour occuper un poste à l'extérieur du Québec. En 2017, près de 90 % des diplômés du Québec étaient jumelés à un programme de résidence dans la province. 3) Selon les objectifs de planification des effectifs médicaux provinciaux, le Québec réduira le nombre des inscriptions en EMPr de 17 postes durant chacune des trois prochaines années (un total de 51 postes d'entrée), avec des réductions connexes en EMPo dans trois ou quatre ans.

Alors que le Québec doit faire face à des postes francophones vacants en médecine familiale (58 en 2017), l'Ontario affiche un nombre important de DMC non jumelés de l'année actuelle (35 en 2017) et de DMC de l'année précédente (18 en 2017). Bien que nous disposions d'un processus de jumelage national, il s'articule autour de critères d'admissibilité/de financement provinciaux. Certaines provinces/facultés ont trouvé des solutions pour leurs propres diplômés non jumelés. Il n'existe actuellement à l'échelle nationale aucune stratégie ou mesure de planification ou de mise en œuvre pour traiter les résultats du jumelage. Nous avons clairement besoin de discuter, dans un esprit d'intégrité et d'équité, de la nécessité d'approches pancanadiennes.

iv) Les diplômés en médecine américains sont avantagés dans le processus de jumelage vers des postes de résidence au Canada

En raison d'une entente de réciprocité entre le Canada et les États-Unis, les citoyens canadiens ou les résidents permanents qui ont obtenu leur diplôme dans une faculté de médecine américaine agréée jouissent des mêmes droits et possibilités que les DMC de l'année actuelle durant le processus de jumelage. Comme le jumelage de CaRMS a lieu chaque année avant le jumelage américain, les DMC et les DMA auront déjà reçu leur décision de jumelage du Canada avant la tenue du jumelage américain. Il s'agit-là d'un avantage pour les DMA au détriment des DMC.

Chaque année, on compte un plus grand nombre de DMA jumelés à des postes de résidence au Canada que l'inverse. Au cours des huit dernières années, une moyenne d'environ 25 diplômés en médecine américains sans formation préalable ont été jumelés chaque année avec des postes de résidence au Canada. En revanche, une moyenne d'environ 12 DMC sans formation préalable ont été jumelés avec des postes de résidence aux États-Unis. Une discussion s'impose pour équilibrer le nombre de DMA qui obtiennent un jumelage au Canada et le nombre de DMC qui sont jumelés aux États-Unis.

Figure 4 : DMA et DMC jumelés aux termes d'une entente de réciprocité

	Nombre total de DMA jumelés à des postes de résidence au Canada	Nombre total de DMC jumelés à des postes de résidence aux États-Unis
2017	24	7
2016	18	13
2015	26	17
2014	27	6
2013	25	14
2012	31	12
2011	22	11
2010	25	18

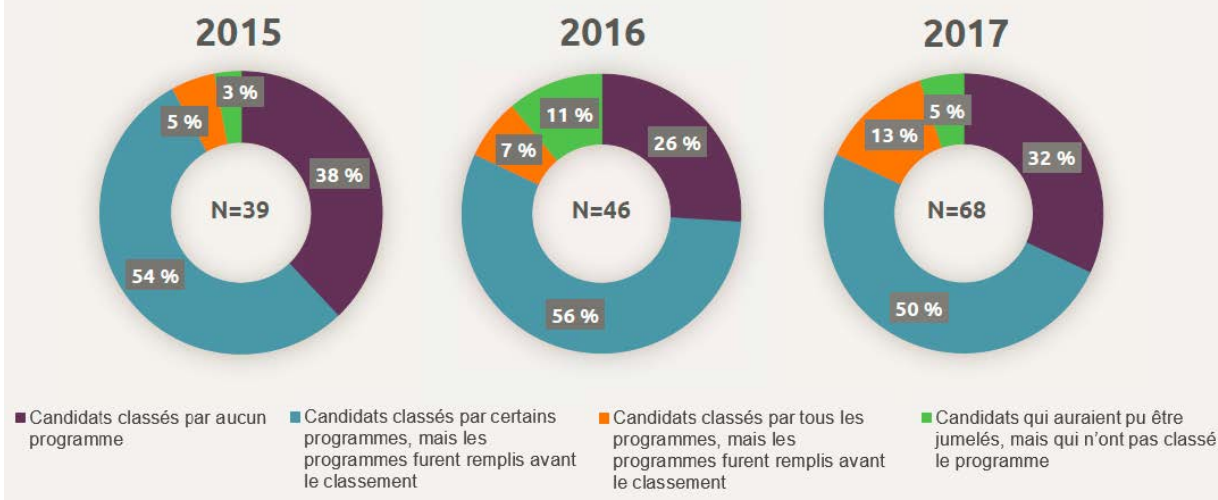
Source : CaRMS

v) Des DMC qualifiés qui ne parviennent pas à se jumeler

Au cours des trois dernières années, entre 62 et 74 % des DMC au 2^e tour ont été classés par certains ou la totalité des programmes qui ont été remplis. Par conséquent, environ les deux tiers ou plus des DMC non jumelés sont des candidats qui auraient pu être jumelés si des postes avaient été disponibles dans ces programmes.

Figure 5 : Catégorisation des DMC non jumelés

Catégorisation des DCM non jumelés



Source: CaRMS

Diverses stratégies sont mises en œuvre au pays par les facultés de médecine pour aider les diplômés non jumelés, notamment l'ajout d'une 5^e année aux programmes, l'entrée dans des programmes d'études supérieures, des services de consultation individualisée, etc. Vous pouvez vous procurer sur demande auprès de l'AFMC la liste des éléments d'aide mis à la disposition des DMC non jumelés.

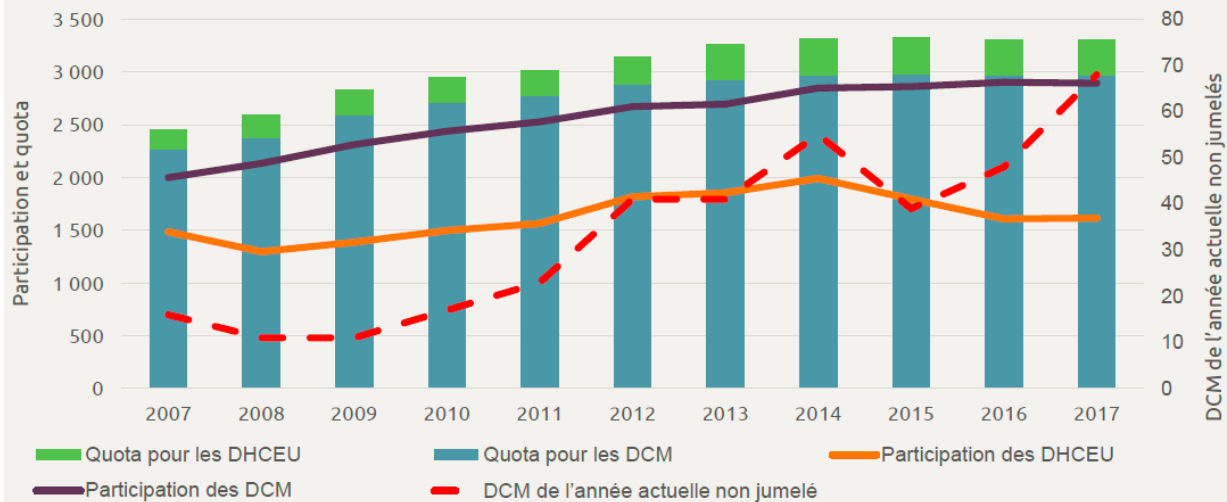
vi) Les diplômés internationaux en médecine constituent une importante ressource provinciale

Les diplômés internationaux en médecine (DIM) sont des citoyens canadiens/résidents permanents qui ont obtenu leur diplôme auprès d'une faculté non agréée par le LCME. Dans la plupart des provinces, les quotas de DIM ont été mis à disposition comme surnuméraires aux quotas de DMC pour offrir un accès à l'exercice médical et aider avec les priorités relatives aux effectifs médicaux.

Les quotas de DIM sont demeurés assez constants au cours des cinq dernières années, à l'exception de Terre-Neuve et du Manitoba qui ont légèrement réduit leur quota de DIM récemment afin d'augmenter leur quota de DCM. La participation des DIM au jumelage était relativement stable jusqu'en 2014, alors qu'elle a baissé d'environ 20 % lorsque de nouveaux critères/examens d'évaluation des DIM ont été introduits dans plusieurs provinces.

Figure 6 : Participation et quota du premier tour, non jumelé au deuxième tour (2007-2017)

Participation et quota du premier tour, non jumelé au deuxième tour (2007-2017)



Source : CaRMS

Depuis environ 2007, dans la plupart des provinces, les DIM ont été admissibles pour combler des postes durant le 2^e tour du jumelage. Ces postes étaient à l’origine des postes de DMC laissés vacants après le 1^{er} tour. À titre de mesure temporaire visant à traiter le nombre croissant de DMC non jumelés, il est nécessaire de poursuivre la discussion concernant l’admissibilité des DIM pour combler les postes vacants des DMC.

Figure 7 : Proportion de postes de DIM vacants après le 1^{er} tour et proportion de DIM jumelés durant le 2^e tour

	Postes vacants après le 1 ^{er} tour			Jumelages au 2 ^e tour			
	Postes de DIM vacants	Postes de DMC vacants	% de postes de DIM vacants pour les DIM	Jumelages de DMC Année actuelle	Jumelages de DMC Année précédente	Jumelages DIM	% de DIM jumelés
2017	16	203	7 %	70	32	53	34 %
2016	29	184	14 %	77	20	65	40 %
2015	21	195	10 %	55	18	70	49 %
2014	15	213	7 %	73	16	75	46 %

Source : Sous-comité technique de l’AFMC

vii) Sélection des stages optionnels et du programme d'EMPo

Les stages optionnels sont conçus pour permettre aux étudiants de combler des lacunes qu'ils ont eux-mêmes décelées ou qui ont été officiellement déterminées, d'explorer une variété de milieux de pratique et de disciplines cliniques, d'atteindre la portée nécessaire sur le plan des connaissances, compétences et attitudes et atteindre leurs objectifs personnels non couverts par des éléments pédagogiques imposés. Les programmes postdoctoraux utilisent des expériences liées aux stages optionnels et des lettres de référence pour les décisions d'admission. Il existe une perception selon laquelle les programmes considèrent les stages optionnels dans leur discipline comme une indication d'un intérêt légitime des étudiants envers leur discipline. De plus, des lettres de référence générées à l'intérieur de la discipline sont souvent perçues comme des éléments-clés des décisions d'admission.

Les étudiants qui convoitent des postes de résidence en grande demande consacreront souvent tout le temps disponible pour les stages optionnels à visiter le plus grand nombre de programmes possible dans cette discipline. Cette situation nuit aux étudiants qui ne parviennent pas à se jumeler avec cette discipline, car ils ont peu d'expérience ou ne sont pas assez exposés pour être concurrentiels dans d'autres disciplines. Les étudiants engagent également des dépenses considérables pour les demandes de stages optionnels (en payant et en réservant un nombre beaucoup plus important de stages optionnels que ceux auxquels ils participeraient en bout de ligne).

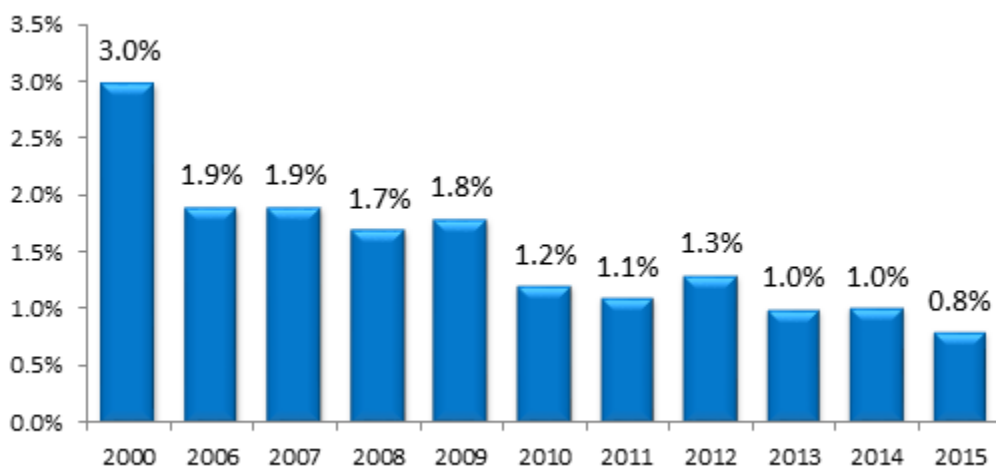
Un rapport sur les Pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection (PEDS) a été élaboré en 2013, avec pour but d'éclairer et de solidifier les processus de sélection des programmes d'EMPo et de créer davantage d'approches axées sur les preuves en ce qui a trait à l'admission dans les programmes de résidence (reportez-vous à l'*Annexe 3 – PEDS*).

viii) Résidents précédemment jumelés qui réintègrent le processus en vue d'obtenir un transfert

Chaque année, des résidents jumelés sont intéressés à « transférer » de leur discipline ou faculté actuelles, soit parce qu'ils désirent changer de cheminement de carrière ou pour d'autres raisons personnelles ou professionnelles. Les doyens de l'EMPo comprennent combien il est important de préserver ces occasions et ont élaboré des directives nationales à l'appui du processus. À la lumière des entrevues avec des représentants de l'EMPr, de l'EMPo et du gouvernement dans l'ensemble du pays, il y a une capacité progressivement limitée pour les transferts au sein d'une faculté, entre les programmes d'une même province et entre provinces dans certains cas (Ontario, Québec, les Maritimes et Terre-Neuve), alors que d'autres provinces jouissent de la souplesse nécessaire pour permettre les transferts locaux (Colombie-

Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba). Comme les programmes de formation en médecine familiale sont à leur pleine capacité dans plusieurs provinces, les transferts ont été assez limités, même dans les province qui jouissent d’une certaine souplesse pour les accomoder. Une étude récente effectuée par le RCEP illustre le déclin des transferts ces dernières années.

Figure 8 : Transferts entre spécialités se produisant chaque année en tant que pourcentage de tous les médecins résidents



Source : RCEP

Remarque : Comprend les transferts entre les grandes spécialités, mais également à l’intérieur de ces grandes spécialités, exclusion faite de la surspécialisation. Par exemple, un changement entre la MI et l’anesthésie est inclus, mais pas entre la MI et la rhumatologie.

Les résidents précédemment jumelés qui ont la possibilité de réintégrer le jumelage CaRMS en R1 au 2^e tour constituent un mécanisme de plus en plus important. Le nombre de résidents jumelés qui étaient des DMC et qui ont profité du 2^e tour pour procéder à un transfert a doublé, passant de 10 en 2014 à 20 en 2017. Bien que cette augmentation soit très importante dans la perspective des transferts, dans le contexte d’un système de jumelage affichant un ratio EMPr : EMPO à la baisse, cette occasion pour des résidents déjà jumelés a pour effet de déloger des DMC de l’année actuelle.

ix) Étudiants en médecine prédoctoraux parrainés

La question des étudiants parrainés ou détenteurs d'un visa dans les programmes de médecine prédoctoraux au Canada a été soulevée comme un facteur potentiel influant sur le processus de jumelage des résidents au Canada. Des étudiants prédoctoraux parrainés provenant d'autres pays sont acceptés par des facultés de médecine canadiennes à l'extérieur de l'enveloppe de financement provinciale. Lorsqu'ils terminent leurs études en médecine, ces étudiants deviennent des diplômés des facultés de médecine canadiennes. S'ils demeurent au Canada et sont employés pendant plus de 12 mois, ils peuvent postuler pour le statut de résident permanent. Les résidents permanents qui sont diplômés des facultés de médecine canadiennes sont admissibles au jumelage de CaRMS. Selon les données d'un sondage de 2017 effectué dans nos 17 facultés, le nombre potentiel de ce type de diplômés est de 43 par année. Ces diplômés peuvent devenir une autre pression importante sur le système de jumelage des résidents.

OPTIONS ET STRATÉGIES

En supposant que les intervenants du milieu de l'éducation médicale désirent s'assurer que des diplômés qualifiés et enthousiastes des facultés de médecine canadiennes aient accès à un poste de résidence au moment de la graduation, on peut envisager plusieurs options et stratégies pour atteindre cet objectif. Les options énumérées ci-dessous englobent un éventail de possibilités, de la plus simple à la plus audacieuse. Sans préjudice, elles sont incluses pour stimuler la réflexion et la discussion. Ces stratégies peuvent être envisagées et, si elles sont appuyées, mises en œuvre presque immédiatement dans l'objectif de réduire le nombre de DMC non jumelés et de les appuyer.

Une approche pluridimensionnelle sera nécessaire et certaines mesures plus percutantes devront être testées pour freiner le flux de DMC non jumelés. Certaines stratégies devraient être mises en œuvre sous forme de projets-pilotes d'un an, surveillées étroitement et évaluées pour déterminer si elles permettent de dégager les résultats escomptés car le fait de modifier des règles et des politiques peut également donner lieu à des changements imprévisibles dans les comportements décisionnels.

	Option/ Strategie	Description	Quand?	Incidence potentielle
Augmenter le nombre de postes à l'intention des DMC				
a)	Rétablir le ratio minimum de	Identifier le financement pour commencer à augmenter le	Commencer durant le cycle	Forte probabilité de réduire le nombre de

	Option/ Strategie	Description	Quand?	Incidence potentielle
	1:1.1	nombre de postes d'EMPo, pour passer à un ratio minimum de 1:1.1 Responsable : Gouvernements provinciaux	2018 de CaRMS; atteindre la stabilité d'ici 2022	DMC non jumelés. Remarque : plusieurs personnes interrogées ont indiqué qu'elles aimeraient retourner à un ratio de 1:1.1 ou à un ratio plus élevé, mais le financement n'est pas disponible.
b)	Augmentation non renouvelable de postes d'EMPo pour traiter de la question des DMC actuels non jumelés	Identifier un financement ponctuel pour ajouter des postes R-1 surnuméraires dans des disciplines harmonisées aux besoins en santé de la population et attribuées au pro-rata des facultés. Responsables : Gouvernements fédéral/provinciaux	Cycle 2018 de CaRMS Remarque : Les cycles 2019 et 2020 de CaRMS À DÉTERMINER	Forte probabilité de réduction du nombre de DMC non jumelés. Remarque : On achète du temps afin que la situation ne s'aggrave pas pendant la mise en œuvre d'autres stratégies à court et à long terme.
c)	Transfert d'une portion du quota de DIM dans le quota de DMC	Pendant une période limitée, les gouvernements provinciaux transfèrent une portion de leur allocation de DIM à leur allocation de DMC Responsable : Gouvernements provinciaux et facultés	CaRMS 2018 - 2020 avec évaluation annuelle	Forte probabilité de réduire le nombre de DMC non jumelés. Remarque : neutralité du revenu.
Modifier les politiques du jumelage : Classement et réversions				
d)	Séparer les filières DMC et DIM au 2 ^e tour	Après le 1 ^{er} tour, conserver tous les postes vacants dans leur filière d'origine c.-à-d., ne pas mêler les postes de DMC et de DIM. Remarque : il faut prévoir une certaine souplesse pour les transferts. Responsables : Facultés, ne	CaRMS 2018 - 2020 avec évaluation annuelle	Moyenne à élevée Remarques : 1)neutralité des revenus, 2) susceptible d'avoir une incidence plus grande que (d) ou (f), 3) CaRMS doit confirmer si une mise

	Option/ Strategie	Description	Quand?	Incidence potentielle
		consultation avec les gouvernements provinciaux		en œuvre en 2018 est possible.
Reexaminer la réciprocité Canada/É.-U.				
e)	Créer l'équité relativement au nombre de DMA jumelés à des programmes de résidence canadiens	En fonction d'une moyenne mobile de 3 ans, fixer un nombre et établir un mécanisme pour assurer l'équité/la réciprocité quant aux nombres du jumelage. Responsables : L'AFMC et les facultés	CaRMS 2018 - 2020 avec évaluation annuelle	Élevée Remarque : nécessiterait la tenue de discussions avec les partenaires américains
Appuyer les étudiants et leurs choix de carrière				
f)	Appuyer les étudiants non jumelés	Mettre en œuvre des approches pancanadiennes pour remédier au problème des DMC non jumelés, comme une 5 ^e année d'EMPr, etc. Responsable: Faculties	Cycle de CaRMS à partir de 2018	Grand réconfort pour les étudiants
g)	Orientation professionnelle	Offre des renseignements et des ressources fiables aux bureaux des Affaires étudiantes, facilitant les discussions avec les étudiants en médecine (à compter de la première année et à intervalles réguliers tout au long des études médicales) relativement à des choix de carrière en médecine, aux besoins en santé des populations et à la nécessité de penser à des plans parallèles ² . Continuer à explorer à l'échelle nationale le concept voulant que chaque diplômé devrait pouvoir avoir	Cycle de CaRMS à partir de 2018	Grand réconfort pour les étudiants

	Option/ Strategie	Description	Quand?	Incidence potentielle
		<p>une carrière enrichissante.</p> <p>Responsables : Facultés avec consultation, au besoin, organismes de planification nationaux</p>		
h)	Traiter des critères de sélection du programme d'EMPr	<p>Accroître la transparence et passer aux Pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection (PEDS) dans le contexte des processus de sélection de l'EMPo. Mettre en œuvre une politique pancanadienne sur les stages optionnels qui permet de veiller à ce que les étudiants utilisent les stages optionnels à des fins de perfectionnement personnel plutôt que pour un entretien d'embauche.</p> <p>Responsables : Facultés</p>	Cycle de CaRMS à partir de 2018	Grand réconfort pour les étudiants
i)	Accroître les occasions de transferts	<p>Accroître la souplesse pour permettre les transferts à l'extérieur du jumelage de CaRMS vers la R1.</p> <p>Responsables : Gouvernements provinciaux et facultés</p>	Cycle de CaRMS à partir de 2018	Grand réconfort pour les étudiants

Remarque : Dans le cadre de la mise en œuvre de l'une ou l'autre des options ou stratégies susmentionnées, les détails/l'incidence par province peuvent différer et les implications stratégiques et juridiques devront être examinées et considérées.

Au moment d'examiner les recommandations de l'AFMC dans la prochaine section, on serait en droit de se poser la question suivante : S'il n'y a plus suffisamment de postes de résidence, pourquoi ne pas tout simplement diminuer le nombre d'inscriptions en médecine? Nonobstant

le fait que des réductions du nombre d'inscriptions au niveau prédoctoral nécessiteraient de trois à quatre ans pour créer un « espace supplémentaire » dans les programmes de résidence, la question du nombre et du type de médecins requis au niveau des provinces et à l'échelle nationale est très complexe et nécessite une rigoureuse planification collaborative. Depuis la fin des années 1990, lorsque les provinces avaient adopté une attitude plus énergique pour augmenter le nombre de postes en médecine familiale et mettre sur pied des modèles d'éducation décentralisés, nous avons connu des résultats fructueux se traduisant par exemple par un nombre inférieur de patients orphelins et un accès amélioré aux soins en zones rurales et dans les plus petites collectivités de l'ensemble du pays. Il faudra faire preuve de prudence dans toutes les discussions sur la planification des effectifs médicaux afin de ne pas déstabiliser ou défaire ces succès.

RECOMMANDATIONS

Après un solide examen de toutes les données disponibles sur le jumelage, des projections orientées données, des entrevues avec des informateurs-clés dans toutes les provinces et l'examen des options et stratégies énoncées aux présentes, l'AFMC recommande l'adoption des mesures suivantes pour réduire le nombre de DMC non jumelés et augmenter l'appui qui leur est fourni :

Recommandations pour réduire le nombre de diplômés en médecine canadiens non jumelés :

Assurer un nombre suffisant d'entrées dans le système

1. Les organismes de financement provinciaux doivent travailler collectivement pour augmenter le nombre de postes de résidence pour les diplômés en médecine canadiens afin de revenir à un ratio national minimum de 1,1 poste d'entrée en EMPo pour chaque diplômé en médecine canadien de l'année actuelle, en harmonie avec les besoins en santé de la population.

Changements apportés aux processus de jumelage

2. Conserver la séparation entre filières des diplômés en médecine canadiens et des diplômés en médecine internationaux au 2^e tour du jumelage des résidents.

Appui aux diplômés en médecine canadiens non jumelés

3. Les facultés doivent assumer la responsabilité de créer des structures, politiques et procédures appropriées qui leur permettent d'appuyer leurs diplômés en médecine canadiens non jumelés, en leur offrant notamment, sans toutefois s'y limiter, l'accès aux stages optionnels et à des services d'orientation exhaustifs dans les bureaux des Affaires étudiantes.

4. Les facultés doivent faire rapport au Conseil d'administration de l'AFMC sur la mise en place réussie de leurs processus de soutien d'ici octobre 2018.

Mise en œuvre des pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection

5. L'AFMC doit approuver le rapport et les recommandations sur les Pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection (PEDS).
6. Les facultés doivent faire rapport à l'AFMC sur la mise en œuvre réussie des recommandations du rapport sur les PEDS d'ici octobre 2018.
7. L'AFMC doit appuyer les efforts pour améliorer l'harmonisation des programmes de premier et de deuxième cycles et la transition entre ceux-ci.

Permettre aux résidents de transférer plus facilement d'un programme à l'autre

8. Les organismes de financement provinciaux doivent oeuvrer à la création d'un bassin de postes chaque année pour garantir la souplesse nécessaire pour permettre des transferts.
9. L'AFMC doit soutenir l'idée de travailler à l'élaboration d'une proposition relative à un système pancanadien de transfert des résidents.

Planification à l'échelle pancanadienne

10. L'AFMC doit appuyer la facilitation d'une planification à l'échelle pancanadienne et s'engager à préserver l'intégrité et l'équité d'un jumelage national.

CONCLUSION

En l'absence d'un retour rapide au ratio 1:1.1, il n'existe pas de solution facile pour traiter le nombre croissant de DMC non jumelés. Choisir l'inaction aurait pour conséquence d'augmenter encore davantage le nombre de DMC non jumelés. Selon les projections, le nombre de DMC de l'année en cours non jumelés devrait dépasser les 140, alors qu'on dénombre plus de 190 DMC non jumelés de l'année précédente. Durant le processus d'élaboration de solutions, il pourra se révéler utile pour tous les intervenants du milieu de l'éducation médicale d'envisager un état pancanadien futur souhaité qui s'attaque aux priorités collectives :

- Mélange judicieux, répartition appropriée et nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins en santé de la société
- Capacité de l'EMPo de former les médecins
- Ratio national minimum de 1 DMC EMPr : 1.1 DMC EMPo pour optimiser les résultats du jumelage des résidents
- Investir dans la formation prédoctorale permet à chaque DMC enthousiaste et qualifié de se jumeler avec un programme d'EMPo

- Engagement envers des postes d'EMPo pour les DIM
- Capacité du programme d'EMPo de sélectionner les meilleurs candidats
- Transparence accrue quant aux critères de sélection du programme
- Souplesse au sein du système d'EMPo pour satisfaire les transferts
- Apprenants dont les carrières s'harmonisent à leurs forces, à leurs intérêts personnels et aux besoins de la société
- Stages optionnels pertinents sur le plan éducatif
- Appuis appropriés pour les candidats non jumelés
- Service/processus de jumelage souple qui permet d'atteindre l'état souhaité

Pour aller de l'avant, l'engagement et l'implication d'intervenants multiples sont nécessaires. L'AFMC a étudié une variété d'options réalisables et nous avons le plaisir de présenter les recommandations susmentionnées et d'en discuter. Ces recommandations ont le potentiel nécessaire pour réduire de façon marquée le nombre de DMC non jumelés et leur offrir notre soutien.

DÉFINITIONS

Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

L'AFMC représente les 17 facultés de médecine du Canada et est porte-parole de la médecine universitaire au Canada.

Comité consultatif sur la planification des ressources médicales (CCPRM)

Le CCPRM est un comité pancanadien largement représentatif qui relève du Comité fédéral/provincial/territorial (F/P/T) sur les effectifs en santé qui travaille en collaboration avec d'autres intervenants pertinents pour : fournir l'occasion d'une collaboration pancanadienne plus solide à l'appui des priorités communes relatives aux effectifs médicaux; éclairer et aider les juridictions (les gouvernements et leurs partenaires) quant à la planification des ressources médicales et au processus décisionnel et appuyer des efforts proactifs pour harmoniser un mélange judicieux, une répartition appropriée et un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins changeants en matière de santé des populations qu'ils servent.

Comité de l'AFMC sur le jumelage des résidents (CAJR)

Le CAJR est un comité de l'AFMC mis sur pied pour revoir l'attribution, la sélection et le jumelage des résidents et discuter de ces questions.

Comité sur les effectifs en santé (CES)

Le Comité sur les effectifs en santé est un comité fédéral/provincial/territorial (F/P/T) qui relève de la Conférence F/P/T des sous-ministres (CSM) et qui : prévoit un forum national pour les discussions stratégiques, le partage d'information et le passage à l'action sur des enjeux prioritaires au niveau F/P/T, offre des conseils politiques et stratégiques à la CSM sur les questions liées aux effectifs médicaux, notamment la planification, l'organisation et la prestation de services de santé, répond aux demandes de conseils de la part de la CSM et identifie les nouveaux enjeux sur le plan des ressources humaines en santé et de la prestation de soins de santé et élabore des recommandations pour des juridictions afférentes au mandat du comité.

Diplômés de l'année actuelle

Les diplômés de l'année actuelle sont des étudiants en médecine qui obtiennent leur diplôme d'une faculté de médecine canadienne ou américaine dans l'année actuelle.

Diplômés de l'année précédente

Les diplômés de l'année précédente sont des étudiants en médecine qui ont obtenu leur diplôme d'une faculté de médecine canadienne/américaine au cours d'une année précédente et qui n'ont suivi aucune formation postdoctorale.

Diplômés en médecine américains (DMA)

Les DMA sont des citoyens canadiens ou des résidents permanents qui ont obtenu leur diplôme dans une faculté de médecine américaine. Ils jouissent des mêmes droits et possibilités que les DMC de l'année actuelle durant le processus de jumelage.

Diplômé en médecine canadien (DMC)

Un DMC est un diplômé d'une faculté de médecine canadienne agréée.

Diplômés internationaux en médecine (DIM)

Les DIM sont des citoyens canadiens/résidents permanents qui ont obtenu leur diplôme d'une faculté non agréée par le LCME.

Pratiques exemplaires en matière de demandes et de sélection (PEDS)

Les PEDS sont des principes et des directives conçus pour éclairer et renforcer les processus de sélection des programmes postdoctoraux et créer des approches davantage axées sur les preuves relativement à l'admission dans les programmes de résidence.

Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS)

Le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) est un organisme national indépendant à but non lucratif opérant en vertu du principe de la rémunération des services qui offre un service de candidature et de jumelage équitable, objectif et transparent pour l'enseignement médical à travers le Canada.

Sous-comité technique du CAJR

Le Sous-comité technique du CAJR a été créé pour a) examiner et identifier des facteurs déterminants contribuant à la situation des DMC non jumelés, b) souligner les conséquences du non jumelage continu des DMC et c) formuler des recommandations pour résoudre le problème.

Transfert

Un résident jumelé, c.-à-d., qui suit déjà un programme de formation postdoctorale, peut demander à « transférer » de sa discipline ou de sa faculté actuelles vers une autre discipline ou faculté s'il désire changer de cheminement de carrière ou pour d'autres raisons personnelles/professionnelles.

ANNEXE 1 : MANDAT

COMITÉ DE L'AFMC SUR LE JUMELAGE DES RÉSIDENTS

Mandat 2015

(Revu et approuvé par le Conseil d'administration de l'AFMC en février 2016)

A. PROCESSUS DE JUMELAGE

Le processus en vertu duquel les étudiants en médecine posent leur candidature pour un poste de résidence et les résidents postulent pour plusieurs postes de surspécialité au Canada est confié au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS).³ Il s'agit d'un organisme à but non lucratif dont le Conseil d'administration se compose de 12 membres provenant de 8 organismes différents. L'AFMC est représentée par trois membres du Conseil (1 doyen, 1 doyen des Études médicales prédoctorales (EMPr) et 1 doyen des Études médicales postdoctorales (EMPo)). Traditionnellement, le président du Conseil de CaRMS est le représentant des doyens de l'AFMC.

CaRMS offre un service de jumelage des résidents pour lequel il a signé un accord ou contrat institutionnel similaire avec chacune de nos facultés. Chaque candidat au jumelage, qu'il soit diplômé d'une faculté canadienne, américaine ou de l'étranger, signe une entente individuelle avec CaRMS. Les postes de résidence peuvent être offerts aux diplômés des facultés de médecine canadiennes, américaines et internationales (candidats) qui sont inscrits auprès du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) et qui satisfont aux critères d'admissibilité établis par les facultés de médecine et les ordres des médecins provinciaux.

CaRMS est un programme de candidature et de jumelage qui offre un système de soumission, de vérification et de classement confidentiel des documents et des demandes à un ou plusieurs programmes de résidence de médecine postdoctorale (programmes de résidence participants) gérés par une faculté de médecine canadienne (établissement). Les jumelages suivants sont inclus dans le programme de jumelage : Jumelage principal des postes d'entrée en résidence R-1 (jumelage R-1), jumelage de médecine familiale/médecine d'urgence (jumelage MF/MU), jumelage des spécialités médicales (JSM) et jumelage des spécialités pédiatriques (JSP).

³ CaRMS procède à un jumelage des spécialités médicales pour les spécialités pédiatriques, les spécialités médicales et la filière de médecine familiale d'urgence. L'entrée dans des programmes de spécialités (deuxième entrée) en chirurgie, obstétrique et gynécologie, radiologie diagnostique et psychiatrie est gérée à l'extérieur de CaRMS.

Étudiants et facultés se partagent les coûts du jumelage. Les facultés se voient imputer des frais administratifs forfaitaires, des frais par étudiant, des frais par programme et des frais par candidats. Les étudiants payent des frais pour le jumelage et la vérification, ainsi que des frais par programme.

B. MANDAT

Le mandat du Comité de l'AFMC sur le jumelage des résidents consiste à revoir les questions d'attribution, de sélection et de jumelage des résidents et d'en discuter.

C. RESPONSABILITÉ

Le Comité est tenu de rendre des comptes au Conseil d'administration par l'entremise de l'exécutif du Conseil et doit fournir au besoin des copies de ses plans, procès-verbaux, rapports et autres documents. L'information sera également fournie au besoin aux Comités de l'AFMC sur l'enseignement médical postdoctoral et prédoctoral et les affaires étudiantes et à tous les autres intervenants.

D. POUVOIR

Le Comité a le pouvoir de revoir le mandat et de formuler des recommandations en faveur de changements au Conseil d'administration, de rédiger l'ébauche d'un plan de travail pour approbation par le Conseil d'administration, de revoir les documents et d'émettre des recommandations afférentes au jumelage des résidents au Canada et d'informer les membres du Conseil d'enjeux majeurs de même que d'évaluer régulièrement ses progrès et de rajuster le plan de travail. Il revisite le processus de jumelage offert par CaRMS et l'entente institutionnelle conclue avec CaRMS et formule des recommandations à la demande du Conseil d'administration.

E. RÈGLES DE PROCÉDURE

Le Comité tente de toujours fonctionner par consensus. En cas d'échec, les règles de procédure Robert s'appliquent.

F. RESPONSABILITÉS

Le Comité discute de tous les aspects du jumelage des résidents au Canada et émet des recommandations à cet égard au besoin. Cela comprend, sans s'y limiter, les points énumérés dans l'entente institutionnelle avec CaRMS.

G. COMPOSITION

1. Représentation

- 1.1 On s'efforce d'assurer la représentation d'un vaste éventail de facultés et d'au minimum 2 doyens, 2 doyens de l'enseignement médical postdoctorale (EMPo), 2 doyens de

l'enseignement médical prédoctoral (EMPr) et de 2 doyens des Affaires étudiantes (AE). Il y a également 2 résidents, un de Médecins résidents du Canada (MRC) et l'autre de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), 2 étudiants, l'un de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) et l'autre de la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) et un représentant de CaRMS. On invite également à se joindre au Comité un représentant des gestionnaires de l'EMPr et de l'EMPo.

- 1.2 Chaque représentant est admissible à siéger pour un mandat de trois (3) ans, renouvelable une fois.

H. PRÉSIDENT

Le/la président(e) du Comité de l'AFMC sur le jumelage des résidents est le/la président(e)-directeur(trice) général(e) de l'AFMC ou son/sa délégué(e). Le président est responsable de convoquer toutes les réunions et agit comme porte-parole du Comité et agent de liaison avec CaRMS.

I. NOMINATIONS

Les nominations sont sollicitées par les facultés de médecine ainsi que par MRC, la FEMC, la FMEQ et la FMRQ. Le Conseil d'administration de l'AFMC approuve les membres du Comité.

J. SOUTIEN

Le personnel de l'AFMC offre son soutien administratif au Comité.

COMPOSITION DU CAJR – 30 AOÛT 2017

Name	Affiliation
D ^{re} Geneviève Moineau	Présidente-directrice générale de l'AFMC, présidente
D ^r Mike Strong	Doyen, École Schulich de médecine et de dentisterie Président, Conseil d'administration de l'AFMC
D ^r Trevor Young	Doyen, Faculté de médecine de l'Université de Toronto
D ^r Bernard Jasmin	Doyen intérimaire, Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa
D ^r Glen Bandiera	Doyen de l'EMPo, Université de Toronto
D ^r Matthieu Touchette	Doyen de l'EMPo, Université Laval
D ^r Gary Tithecott	Doyen de l'EMPr, Schulich, président, Comité de l'AMFC sur l'EMPr
D ^{re} Beth-Ann Cummings	Doyenne de l'EMPr, Université McGill

D ^{re} Melissa Forgie	Doyenne de l'EMPr, Université d'Ottawa
D ^{re} Leslie Nickell	Doyenne des Affaires étudiantes, Université de Toronto, présidente du Comité sur les Affaires étudiantes
D ^{re} Melanie Lewis	Doyenne des AE, Université de l'Alberta
D ^r Franco Rizzuti	Président, FEMC
M. Henry Annan	Président désigné, FEMC
D ^{re} Jessica Ruel-Laliberté	FMRQ
D ^r Phillipe Simard	Vice-président, FMEQ
D ^r Irfan Kherani	MRC
M ^{me} Rani Mungroo	MRC
M. John Gallinger	CaRMS
M. Ryan Kelly	CaRMS
M ^{me} Caroline Abrahams	Gestionnaire de l'EMPo
M ^{me} Cathy Oudshoorn	Gestionnaire de l'EMPr
M. Jon Kimball	Directeur des Services des données et de l'information de l'AFMC
D ^{re} Sarita Verma	V.-P., Éducation, AFMC

Comité de l'AFMC sur le Jumelage des résidents

SOUS-COMITÉ TECHNIQUE SUR LA RÉDUCTION DU NOMBRE DE DIPLOMÉS EN MÉDECINE CANADIENS NON JUMELÉS

CONTEXTE :

Le Comité de l'AFMC sur le Jumelage des résidents (CAJR) a été mis sur pied en 2014. Ce groupe composé de multiples intervenants a pour mandat d'examiner tous les enjeux relatifs à l'attribution, à la sélection et au jumelage des résidents pour des postes de résidence au Canada. Le nombre croissant de diplômés en médecine canadiens non jumelés après le deuxième tour du jumelage de CaRMS constitue un enjeu nouveau pour le Comité. Un Sous-comité du CAJR sur les données du jumelage a revu les données de CaRMS pour mieux comprendre les tendances et élaborer des simulations des résultats du jumelage au moyen de diverses hypothèses de jumelage. Au terme du jumelage de 2017 qui s'est soldé par un nombre record de DMC non jumelés, il apparaît essentiel de déployer des efforts accrus pour examiner tous les facteurs, tant nationaux que provinciaux, qui contribuent au nombre élevé de DMC non jumelés. En réponse à cette situation, le Sous-comité technique a augmenté sa composition et accru sa portée pour devenir le Sous-comité sur la réduction du nombre de diplômés en médecine canadiens non jumelés.

Le Sous-comité relève du Comité de l'AFMC sur le Jumelage des résidents, mais son travail permet également d'éclairer le Comité consultatif F/P/T sur la planification des ressources médicales (CCPRM) par le biais du double rôle de président du Sous-comité, qui siège également comme co-président du CCPRM.

OBJET :

Le Sous-comité a pour objet d'examiner et d'identifier les facteurs déterminants spécifiques qui contribuent au non-jumelage des diplômés en médecine canadiens, de souligner les implications d'une telle situation à long terme et de formuler des recommandations pour traiter de la question.

TÂCHES PRINCIPALES

- Consolider le travail existant du CCPRM, du Sous-comité du CAJR sur les données et de tous autres groupes ou intervenants pertinents qui ont examiné la question des diplômés en médecine canadiens non jumelés.
- Entreprendre une analyse contextuelle des critères d'admissibilité provinciaux actuels relativement au premier et au second tours du jumelage de CaRMS avec les programmes de R-1.

- Revoir les principaux facteurs déterminants de l'EMPr et de l'EMPo et les protocoles de jumelage à l'échelle nationale, en déterminant les enjeux liés aux décalages, à la capacité et aux systèmes.
- Identifier les principales décisions stratégiques au niveau provincial et national qui ont une incidence sur la demande et l'offre de candidats et de postes de R-1.
- Identifier les complications découlant de la tendance de non-jumelage des DMC.
- Élaborer des options pour réduire le nombre de DMC non jumelés dans le futur et les implications connexes.

ÉCHÉANCIERS

- Les membres du Sous-comité technique du CAJR devraient délibérer entre juin et septembre 2017 et un rapport préliminaire assorti d'options et de recommandations devrait être élaboré pour la mi-août 2017 et finalisé pour soumission à la fin-septembre 2017.

COMPOSITION

- Président(e) – Président(e)-directeur(trice) général(e) de l'AFMC ou son/sa représentant(e)
- Représentants de CaRMS (2) (PDG et expert technique)
- Directeur des Services des données et de l'information de l'AFMC
- Représentant du gestionnaire de l'EMPo (1)
- Doyen de l'EMPo (2)
- Doyen de l'EMPr (1)
- MRC/FMRQ (1 – 2)
- FEMC/FMEQ (1 – 2)
- Doyen des Affaires étudiantes de (2)
- Gestionnaire de projet – MK Whittaker, consultant externe

RESPONSABILITÉ

- Le Sous-comité technique du CAJR relève du CAJR de l'AFMC et assure une liaison avec le CCPRM par l'entremise du/de la président(e) du Sous-Comité et du/de la co-président(e) du CCPRM.

PRODUITS LIVRABLES

- Rapport préliminaire avec options à court terme – mi-août 2017
- Rapport final avec options et recommandations sur des stratégies visant à traiter de l'optimisation du jumelage à des postes de résidence au Canada – septembre 2017

COMPOSITION DU ST DU CAJR – 30 AOÛT 2017

Nom	Affiliation
D ^{re} Geneviève Moineau	Présidente-directrice générale de l'AFMC, présidente
D ^r Glen Bandiera	Doyen de l'EMPo, Université de Toronto
D ^r Armand Aalamian	Doyen de l'EMPo, Université McGill
D ^r David Musson	Doyen de l'EMPr, NOSM
D ^r Gary Tithecott	Doyen de l'EMPr, Schulich, président, Comité de l'AFMC sur l'EMPr
D ^{re} Melanie Lewis	Doyenne des AE, Université de l'Alberta
D ^{re} Leslie Nickell	Doyenne des AE, Université de Toronto, présidente, Comité sur les AE
D ^r Franco Rizzuti	FEMC
M. Henry Annan	FEMC
D ^r Irfan Kherani	MRC
M ^{me} Rani Mungroo	MRC
M. John Gallinger	CaRMS
M. Ryan Kelly	CaRMS
M ^{me} Caroline Abrahams	Gestionnaire de l'EMPo
M ^{me} Mary-Kay Whittaker	Soutien au projet
M. Jon Kimball	Directeur des Services des données et de l'information de l'AFMC

ANNEXE 2 : HYPOTHÈSES RELATIVES À LA MODÉLISATION DES DONNÉES SUR LES DMC NON JUMELÉS, 2018-2021

Des prévisions ont été élaborées afin de simuler une continuation des tendances actuelles relativement aux candidats au 1^{er} tour du jumelage de CaRMS et aux quotas de DMC dans ce 1^{er} tour. Ces prévisions ont pour objet d'illustrer l'effet « cumulatif » potentiel du non-jumelage continu des DMC dans l'ensemble du Canada avec un nombre fixe d'occasions de R-1.

Les prévisions sont fondées sur les hypothèses suivantes :

- Aucun changement dans le nombre de diplômés en médecine canadiens « actuels » d'ici 2021.
- Aucun changement dans le nombre de postes de R-1 pour les DMC d'ici 2021.
- Aucun changement dans le nombre de postes pour les DIM d'ici 2021.
- Aucun changement dans le nombre de candidats DIM d'ici 2021.
- Un ratio entre le nombre de « diplômés de l'année précédente » au premier tour et le nombre de DMC non jumelés de l'année actuelle après le deuxième tour durant l'année précédente a été calculé pour les quatre années précédentes. Ce ratio de 1.62 a été appliqué aux quatre années suivantes pour estimer le nombre de diplômés de l'année précédente dans le premier tour d'un jumelage. (À noter que cela exclut les résidents qui demandent un transfert).
- Un taux de croissance annuel du pourcentage de DMC non jumelés de l'année actuelle après le deuxième tour a été calculé pour estimer le nombre de DMC qui ne parviendront pas à se jumeler après le deuxième tour au cours des prochaines années.
- Une estimation du nombre de DMA au premier tour (admissible aux postes de DMC) a été fondé sur une moyenne sur quatre ans de DMA jumelés (23 annuellement)

Constatations :

- En se fondant sur les hypothèses susmentionnées, le ratio entre le nombre de postes de R-1 et les candidats admissibles descendra sous la barre des 1 pour 1 d'ici 2019, incluant les DMA, les diplômés de l'année précédente et les diplômés de l'année actuelle.
- Excluant les DMA, le ratio descend sous la barre des 1 pour 1 d'ici 2020.
- En supposant qu'aucun changement ne soit apporté aux politiques, aux quotas et aux tendances relatives aux candidats et à la sélection, le nombre de DMC non jumelés après le deuxième tour dépassera 140 d'ici 2021.

ANNEXE 3 : PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE DEMANDES ET DE SÉLECTION (PEDS)

Pour accéder à l'intégralité du rapport : http://pg.postmd.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/06/BestPracticesApplicationsSelectionFinalReport-13_09_20.pdf

A. PRINCIPES

- a. Les critères et les procédés de sélection devraient refléter les objectifs clairement définis du programme.
- b. Les critères et les procédés de sélection devraient refléter un accent proportionnel sur toutes les compétences de CanMEDS.
- c. Les critères de sélection utilisés pour le filtrage initial, l'examen du dossier, les entrevues et le classement devraient être aussi objectifs que possible.
- d. Les critères et les procédés de sélection devraient être équitables et transparents pour toutes les filières de candidats.
- e. Les critères et les procédés de sélection devraient promouvoir la diversité du groupe de résidents (p.ex., race, sexe, orientation sexuelle, religion, situation familiale), être exempts de préjugés inappropriés et devraient respecter l'obligation de procéder à des aménagements raisonnables au besoin.
- f. Les programmes devraient choisir des candidats qui répondent le mieux aux critères susmentionnés et qui sont les plus aptes à compléter le programme de résidence spécifique et à se lancer dans la pratique de leur profession.
- g. De multiples évaluations indépendantes et objectives donne lieu aux classements de candidats les plus fiables et les plus uniformes.
- h. Les meneurs et les communautés des niveaux prédoctoral et postdoctoral doivent s'engager dans une démarche collaborative de planification et d'innovation pour optimiser la transition entre l'EMPr et l'EMPo de même qu'entre les programmes d'EMPo de spécialité et de surspécialité pour tous les apprenants.
- i. Les programmes postdoctoraux doivent être au courant des besoins éducatifs de chacun des candidats afin de favoriser une programmation éducative efficace et productive.
- j. Reconnaissant que les réalisations et comportements passés sont les meilleurs indicateurs du rendement futur, on devrait déployer les efforts nécessaires pour inclure tous les renseignements pertinents (divulgarion complète) concernant le rendement passé des candidats dans les dossiers de candidature.
- k. Les candidats devraient être bien renseignés sur les spécialités qui les intéressent, y compris en ce qui a trait aux considérations liées aux ressources humaines en santé.

- l. Les programmes doivent tenir compte des candidats qui possèdent une vaste expérience clinique et les valoriser et ne pas s'attendre à de nombreux stages optionnels au sein d'une discipline ou d'un site local ou y accorder une importance exagérée.
- m. On doit rechercher et mesurer la diversité des résidents dans la totalité des programmes d'EMPo.

B. PRATIQUES EXEMPLAIRES

Transparence

1. Les programmes doivent définir les objectifs de leurs procédés de sélection et les lier explicitement aux objectifs globaux du programme.
2. Les programmes doivent définir explicitement dans quelles parties du processus de demande/d'entrevue on procédera à l'évaluation des attributs pertinents.
3. Les programmes devraient explicitement et publiquement énoncer les processus et les mesures qu'ils utilisent pour filtrer et classer les candidats, y compris sur les sites Web des programmes et de CaRMS.
4. Les programmes devraient tenir à jour des dossiers témoignant clairement de l'adhésion au processus (par exemple, à des fins de vérification).
5. Si les programmes utilisent systématiquement des renseignements autres que ceux contenus dans les dossiers de candidature et les entrevues, ce processus doit être uniforme, juste et transparent pour tous les candidats.
6. Les programmes qui utilisent de tels renseignements doivent avoir mis en place un processus pour examiner et valider de tels renseignements avant de les envisager pour des processus de sélection.
7. Les programmes devraient avoir mis en place une pratique concrète concernant la conservation et la protection des dossiers qui est conforme aux politiques, règlements et lois applicables localement.

Équité

8. Chaque composante (p. ex., documents du dossier de candidature, performance en entrevue, etc) de la demande du candidat devrait être évaluée indépendamment et selon ses propres mérites, en utilisant de l'information contenue uniquement dans cette composante.
9. Les programmes doivent se conformer aux Directives sur la gestion des conflits d'intérêts dans les décisions d'admission.*

Critères de sélection

10. Les programmes doivent établir un ensemble exhaustif de critères propres au programme qui permettront une évaluation approfondie de tous les candidats.
11. Les critères de sélection doivent inclure des éléments propres à chaque spécialité qui sont validés pour prévoir les succès dans ce domaine (par exemple, la coordination œil-main pour les disciplines procédurales).

Processus

12. Les critères, les instruments, les entrevues et les systèmes d'évaluation/de classement doivent être normalisés pour l'ensemble des candidats et des évaluateurs au sein de chaque programme.
13. Les évaluations devraient être fonction de compétences vérifiables ou de comportements précédents, ces deux facteurs étant connus pour être prédictifs de comportements futurs.
14. L'évaluation du candidat devrait reposer sur de multiples échantillons indépendants, et non sur l'opinion d'un seul évaluateur.
15. Les programmes devraient régulièrement évaluer les résultats de leur processus pour déterminer si les objectifs du programme et les principes des PEDS (p. ex., la diversité) sont respectés.

Évaluateurs

16. Les équipes de sélection doivent se composer de personnes ayant une diversité de points de vue reflétant les objectifs du programme.
17. Les évaluateurs doivent être formés dans tous les aspects du processus pertinent pour leur contribution, notamment les objectifs du programme, le processus de sélection, les critères d'évaluation et les systèmes d'évaluation/de classement.

Instruments d'évaluation

18. Les programmes doivent s'efforcer d'intégrer des stratégies d'évaluation objectives prouvées pour évaluer les critères pertinents.

Application des connaissances

19. Les pratiques exemplaires devraient être partagées entre différentes spécialités et différents programmes.
20. Les innovations relatives aux demandes et à la sélection devraient être apportées d'une façon savante qui permettra une diffusion éventuelle examinée par des pairs.

Classement

21. Les programmes doivent avoir mis en place un processus leur permettant de recevoir (et, au besoin, d'examiner, de valider puis de produire pour examen par le comité de sélection)

des renseignements obtenus de toute source qui prétend que des candidats ont eu un comportement inacceptable.

22. Les programmes devraient établir des critères clairs pour déterminer l'état « ne pas classer ».
23. Les programmes devraient classer les candidats dans l'ordre approprié fondé sur l'évaluation, non en se basant sur la supposée capacité de certains candidats, de l'avis des membres du comité, à assurer un classement élevé au programme.
24. Le classement doit être effectué en utilisant des processus prédéfinis et transparents.

*Les membres du corps professoral qui occupent des rôles de leadership au sein de l'éducation médicale prédoctorale ne devraient pas participer aux délibérations sur les admissions. Si ce n'est pas possible, ils doivent alors révéler leur conflit d'intérêt et la nature de leur implication en éducation prédoctorale au vice-doyen de l'éducation médicale prédoctorale, au vice-doyen de l'éducation médicale postdoctorale ET au comité des admissions. Ils doivent s'abstenir de fournir toute information obtenue en vertu de leurs rôles de leadership au niveau prédoctoral et se concentrer uniquement sur l'information qu'ils acquièrent comme cliniciens-enseignants et superviseurs d'apprenants, ou comme membres du comité des admissions. Les membres du comité des admissions, les directeurs de programme ou les comités de formation doivent identifier toute information inappropriée quand elle est divulguée et veiller à ce qu'elle NE soit PAS utilisée en vue de la prise de décisions.