



Santé
Canada Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

Aperçu du Coût de Formation des Professionnels de la Santé



Canada

Aperçu du Coût de Formation des Professionnels de la Santé

Rapport de Recherche préparé par
BACLO - Bureau d'Appui aux Communautés de Langue Officielle

Janvier 2008

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2009

Cat. : H29-1/2009F

ISBN : 978-1-100-90959-2

Table des Matières

Introduction	5
Trois types de programmes éducatifs dans les professions de la santé	7
Formation médicale des médecins et autorisation d'exercer	8
Programmes de sciences infirmières	9
Programmes de soins ambulanciers paramédicaux	9
Chiffres provinciaux et nationaux sur les coûts de formation associés aux professions en santé sélectionnées	10
Chiffres du groupe de travail du CNFS : financement provincial des collèges et universités	10
Chiffres du Comité sénatorial permanent : estimation des coûts des associations nationales	11
Études sur les coûts de formation pour les professions de la santé : examen critique	12
Écoles de médecine	12
Soins infirmiers	23
Soins ambulanciers paramédicaux	26
Autres points	26
Approches différentes d'évaluation des programmes de formation pour les professionnels de la santé ..	29
Conclusions	36
Annexe A - Programmes collégiaux et universitaires offerts en français par le CNSF sous Formation et maintien en poste des professionnels de la santé	37
Annexe B – Estimés des coûts de formation du groupe de travail du CNSF	39

Introduction

Le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) appuie les initiatives destinées à l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire, soit les anglophones au Québec et les francophones dans les douze autres provinces et territoires du pays. Le volet du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire portant sur l'appui à la formation et au maintien en poste des professionnels de la santé représente une des ces initiatives et a pour but d'accroître le nombre de professionnels des soins de santé qui offrent des services dans la langue de la communauté minoritaire.

La grande majorité des dépenses reliées au volet sur la formation et le maintien en poste, c'est-à-dire 63 millions de dollars versés sur une période de cinq ans, vise à combler les lacunes touchant l'accès à des services de santé en français. À cette fin, des fonds ont été canalisés vers dix établissements postsecondaires qui s'efforcent d'accroître le nombre de professionnels des soins de santé francophones à l'extérieur du Québec de même qu'à l'organisme qui coordonne ces efforts, à le secrétariat national du Consortium national de formation en santé (CNFS). Les dix établissements membres du CNFS sont indiqués au tableau 1. Les 95 programmes collégiaux et universitaires financés en vertu des accords de contribution conclus avec les établissements membres du CNFS sont indiqués dans l'annexe A.

Tableau 1 – Établissements membres du Consortium national de formation en santé

- 1 – Université Sainte-Anne, Collège de l'Acadie (Nouvelle-Écosse)
 - 2 – Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, campus Campbellton
 - 3 – Université de Moncton (Nouveau-Brunswick)
 - 4 – Gouvernement du Nouveau-Brunswick/Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick
 - 5 – La Cité collégiale (Ontario)
 - 6 – Université d'Ottawa (Ontario)
 - 7 – Université Laurentienne (Ontario)
 - 8 – Collège Boréal (Ontario)
 - 9 – Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba)
 - 10 – Campus Saint-Jean, Université de l'Alberta (Alberta)
-

En mai 2007, le rapport du Comité permanent des langues officielles de la Chambre des communes laissait savoir que les investissements du gouvernement fédéral dans le CNFS semblaient coûteux et qu'ils ne devaient pas décharger les gouvernements provinciaux de leurs responsabilités en matière d'éducation et servir à indemniser directement les établissements en plus de ce qu'il leur en coûte pour faire des efforts supplémentaires afin de former des professionnels de la santé francophones.

Le Comité accepte l'idée qu'idéalement, il devrait en coûter un peu moins cher à la province de former un francophone qu'un anglophone pour que les provinces s'impliquent activement dans le

développement des communautés minoritaires de langue officielle¹.

Dans son rapport, le Comité permanent poursuit en recommandant « une évaluation approfondie de l'utilisation des fonds alloués permettant notamment de comparer le coût de la formation d'un étudiant hors-CNFS à celui d'un étudiant CNFS. »

Cet aperçu du coût de formation a la modeste ambition de fournir une vue d'ensemble de certaines des questions susceptibles d'être soulevées relativement au programme sur l'appui à la formation et au maintien en poste des professionnels de la santé. Il se fonde sur une base d'information limitée, spécifiquement sur des études publiées qui contiennent des estimations du coût de formation au sein des professions du secteur de la santé de même que sur un examen plus vaste de la documentation concernant le financement de la formation dans ce domaine. Le présent document vise à fournir une idée générale des questions liées aux études sur les coûts de la formation ainsi qu'un aperçu d'une évaluation objective des coûts comparatifs de formation des professionnels de la santé à l'intérieur et à l'extérieur du CNFS en vue d'aider Santé Canada à planifier plus efficacement les investissements futurs dans les initiatives en matière de formation et de maintien en poste. À cette fin, le document offre d'abord une vue d'ensemble de trois types de programmes éducatifs des professions de la santé. Ce survol est suivi d'un résumé des estimations provinciales et nationales du coût de formation associées à chacun des trois types de programmes sélectionnés. Vient ensuite le cœur du document, consacré à une discussion sur les limites des estimations de coûts consacrés à la formation dans le secteur de la santé. Une attention particulière est accordée aux estimations de coûts de l'enseignement médical, principalement parce qu'il s'agit du sujet dont parle le plus abondamment la littérature.

¹ Rapport du Comité permanent des langues officielles (2007). *La parole aux communautés : Nous sommes là! La vitalité des communautés de langues officielles en situation minoritaire*. [disponible en ligne] page 75.

Trois types de programmes éducatifs dans les professions de la santé

Bien que le volet sur l'appui à la formation et au maintien en poste des professionnels de la santé du BACLO constitue principalement une initiative en matière d'accès linguistique — il a pour principal but d'assurer un nombre adéquat de professionnels de la santé d'expression française ou anglaise afin de répondre aux besoins des communautés de langue officielle en situation minoritaire — un avantage secondaire évident du programme est qu'il aidera à augmenter le nombre des professionnels des soins de santé qualifiés au Canada. Dans son rapport de 2002 intitulé *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie a mis l'accent sur les pénuries prévues en ressources humaines du secteur de la santé². Celles touchant les médecins et le personnel infirmier sont particulièrement préoccupantes. Ailleurs, des inquiétudes ont été exprimées en ce qui a trait aux pénuries d'ambulanciers paramédicaux³. En gardant à l'esprit ces préoccupations, les sections qui suivent présentent les caractéristiques générales des trois types de programmes de formation dans les professions de la santé; ceux offerts aux médecins, au personnel infirmier et aux ambulanciers paramédicaux⁴.

² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral . Rapport final , volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. (6) 5, ch. 10, [disponible en ligne], <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/SOCI-F/rep-f/repoct02vol6par4-f.htm>. Le besoin d'une réforme des soins de santé est un thème récurrent du débat public et de la discussion depuis de nombreuses décennies. Au cours des dernières années, les préoccupations exprimées ont touché divers sujets allant de l'amélioration de la technologie dans les hôpitaux à un système national de dossiers de santé électroniques destiné à réduire le temps d'attente des patients. Au chapitre 10 du rapport du Comité sénatorial, dans la partie intitulée « Accroître la capacité et construire l'infrastructure », il est recommandé d'établir un comité national permanent en vue de surveiller les questions relatives aux ressources humaines dans les soins de santé. De plus, nombre de recommandations ont été émises concernant le rôle du comité et du gouvernement fédéral par rapport aux pénuries prévues en ressources humaines.

³ Il est facile de trouver des preuves de la pénurie d'ambulanciers paramédicaux au Canada. Voir, par exemple, les articles de la presse nationale suivants, [disponibles en ligne, en anglais seulement], http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20050128/doctor_shortage_050127 et http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/story/CTVNews/20070810/paramedics_070809.

⁴ Il existe nombre de programmes et de différences entre les programmes qui forment les professionnels de la santé au Canada. Pour cette raison, il s'avère difficile de tirer des conclusions générales au sujet du coût de formation des professions de la santé. D'ordinaire, les programmes de diplôme collégial et de premier cycle universitaire qui forment les médecins, le personnel infirmier et autres professionnels paramédicaux durent entre deux et quatre ans. Toutefois, de nombreux professionnels de la santé ont également besoin d'une formation continue et d'une accréditation.

Formation médicale des médecins et autorisation d'exercer

Il y a normalement six étapes dans la formation et l'autorisation d'exercer des diplômés canadiens en médecine⁵. Les trois premières sont directement liées à la formation, tandis que les trois dernières portent sur l'autorisation d'exercer.

- 1) La première étape consiste en une formation prémédicale universitaire générale de deux ans.
- 2) La deuxième étape consiste en un programme de formation médicale universitaire de quatre ans. Il comprend deux années d'enseignement de base en science médicale et deux autres de stage médical.
- 3) La troisième étape est communément appelée résidence au Canada, mais elle est également connue en tant que formation médicale universitaire postdoctorale ou de deuxième cycle. Il s'agit d'une période supervisée de pratique et de formation. Sa durée varie de deux ans pour la médecine familiale à quatre ou cinq ans pour les autres spécialités.
- 4) Un certificat d'un organisme d'accréditation approprié (c.-à-d. le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins du Québec);
- 5) Une autorisation d'exercer la médecine de manière indépendante au Canada (c.-à-d. licencié du Conseil médical du Canada);
- 6) Autorisation d'exercer dans une province particulière.

⁵ Centre canadien d'information pour les médecins diplômés hors Canada et États-Unis (2007). *Formation en médecine et délivrance du permis d'exercice de la médecine au Canada*, [disponible en ligne], http://www.img-canada.ca/frn/licensure_overview/licensure.html.

Programmes de sciences infirmières

Deux types de programmes préparatoires s'offrent aux étudiants qui choisissent de faire carrière en sciences infirmières. L'un d'eux mène à un baccalauréat et l'autre à un diplôme. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les programmes menant à un baccalauréat durent quatre ans tandis que ceux menant à un diplôme en prennent trois. Les étudiants qui souhaitent obtenir un diplôme universitaire en sciences infirmières suivent un programme d'études qui comprend des cours en sciences infirmières, en sciences naturelles, en sciences sociales de même qu'en lettres et en sciences humaines. La plupart des provinces exigent des nouveaux infirmiers et infirmières qu'ils aient obtenu un diplôme ou un baccalauréat ès sciences infirmières. Les étudiants qui visent l'obtention d'un baccalauréat sont encouragés à faire suivre leur formation universitaire par l'obtention d'un certificat de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui établit qu'un infirmier ou qu'une infirmière respecte la norme nationale de compétence. Les étudiants qui visent l'obtention d'un diplôme suivent un programme de formation semblable, mais moins intensif, et doivent passer l'Examen d'autorisation infirmière du Canada afin de devenir infirmier ou infirmière autorisé. Il est habituellement possible d'obtenir un diplôme d'études collégiales pour ensuite transférer vers un programme menant à un diplôme universitaire⁶.

Programmes de soins ambulanciers paramédicaux

L'Association médicale canadienne a approuvé divers programmes de soins ambulanciers paramédicaux, y compris ceux offerts par l'Université Sainte-Anne de la Nouvelle-Écosse et par le Southern Alberta Institute of Technology⁷. L'Université Sainte-Anne offre deux niveaux de formation paramédicale. Le premier est un programme de certificat de premier cycle qui peut être complété en aussi peu qu'un an. Ce programme forme les ambulanciers paramédicaux afin qu'ils puissent dispenser les premiers soins sur place avant et pendant le transport vers un centre hospitalier. Un deuxième programme plus avancé offre une formation qui mène à un diplôme en soins paramédicaux. Les diplômés de ce programme sont aptes à administrer des soins plus avancés avant l'arrivée à l'hôpital, à se servir de technologies complexes et à procéder à des interventions qui impliquent la défibrillation cardiaque et l'administration de médicaments⁸. Le Southern Alberta Institute of Technology (SAIT) offre trois niveaux de formation. Le

⁶ Association des infirmières et infirmiers du Canada (2007). *La profession infirmière au Canada*, [disponible en ligne], http://www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/becoming/default_f.aspx. Les infirmières et infirmiers peuvent également obtenir des titres de compétence en pratique infirmière avancée. Il est possible d'obtenir, par exemple, un diplôme d'infirmière ou d'infirmier praticien à la suite d'une maîtrise. Les infirmières et infirmiers praticiens peuvent procéder à de nombreuses activités de services infirmiers et sont de plus autorisés à entreprendre des activités comme le diagnostic médical de même que la prescription de tests diagnostiques et de médicaments.

⁷ Au Canada, la formation et la désignation des ambulanciers paramédicaux présentent des différences. Cependant, un processus de normalisation est en cours peu à peu partout au pays. L'Association médicale canadienne (AMC) publie une liste de programmes approuvés en soins ambulanciers paramédicaux.

⁸ Université Sainte-Anne. Programmes. Santé (2007). *Soins ambulanciers paramédicaux*, (continued...)

premier consiste en un programme de certificat de formation des répondants médicaux d'urgence de douze semaines au cours duquel les préposés aux soins ambulanciers apprennent les rudiments du maintien des fonctions vitales. Les finissants de ce programme sont admissibles à l'inscription à un programme de certificat de dix mois en vue d'obtenir une accréditation à titre de technicien médical d'urgence - ambulance. Un autre programme de deux ans doit être complété avant d'obtenir une qualification à titre de technicien médical d'urgence - soins ambulanciers paramédicaux. Ce dernier programme de formation habilite les répondants à devenir ambulanciers paramédicaux en Alberta. De plus, les ambulanciers de l'Alberta doivent réussir un examen provincial donné par l'Alberta College of Paramedics⁹.

Chiffres provinciaux et nationaux sur les coûts de formation associés aux professions en santé sélectionnées

Les trois professions choisies, soit la médecine, les soins infirmiers et les soins ambulanciers paramédicaux, correspondent respectivement à des programmes de formation dont les coûts sont élevés, moyens et bas dans le domaine des professions de la santé. Dans la section qui suit, les estimations provinciales et nationales des coûts de formation sont présentées pour chacune des professions choisies.

Chiffres du groupe de travail du CNFS : financement provincial des collèges et universités

Le coût de formation des professionnels de la santé au Canada est évalué dans un rapport de 2007 du groupe de travail du CNFS intitulé *Rapport du groupe de travail sur le développement d'une formule d'analyse des propositions des institutions du CNFS en vue de la Phase III (2008-2013)*. Ce rapport évalue le coût de formation en se servant des modes de financement provinciaux des programmes universitaires¹⁰. Plus précisément, les montants se fondent sur le montant des subventions provinciales octroyées en vue de l'acquittement des coûts opérationnels de même que sur les montants par habitant, c.-à-d. les montants octroyés aux universités en fonction du nombre d'étudiants inscrits dans chaque discipline et du coût d'enseignement associé à chacune d'elles. La majeure partie du financement provincial est associée à la deuxième catégorie, c.-à-d. Aux inscriptions. En Nouvelle-Écosse par exemple, les subventions pondérées en fonction des inscriptions comptent pour 91 % du financement provincial octroyé aux universités¹¹. En Ontario, le financement préétabli en fonction des inscriptions

⁸ (...continued)

[disponible en ligne], <http://www.usainteanne.ca/programmes/sante.php?id=6>.

⁹ SAIT Polytechnic (2007). *Programs Offered*, [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://www.sait.ca/pages/cometosait/academic/Programs.shtml>.

¹⁰ Les montants de financement provincial sont fondés sur les estimations provinciales du coût de formation.

¹¹ Nova Scotia Council on Higher Education (1998). *University Funding Formula - Technical Report*, [disponible en ligne, en anglais seulement] à partir du lien suivant : http://www.ednet.ns.ca/index.php?sid=865172598&t=sub_pages&cat=350.

compte pour 92,5 % de l'ensemble du financement provincial¹². Selon les chiffres du groupe de travail du CNFS, la formation en médecine est de loin la plus coûteuse des disciplines :

- Le financement provincial octroyé aux universités en vue de la formation d'un étudiant en médecine pour une année se situe entre 45 000 \$ et 73 500 \$¹³.

La formation associée aux autres professions du domaine de la santé est beaucoup moins coûteuse. Selon le groupe de travail du CNFS, le financement provincial octroyé aux programmes de formation collégiale se situe entre 2 500 \$ et 17 100 \$ par étudiant par année. Le financement provincial octroyé par étudiant et par année relativement aux diplômes de premier cycle associés aux professions de la santé se situe entre 8 600 \$ et 19 900 \$.

Pour le personnel infirmier et les ambulanciers paramédicaux, les chiffres sont les suivants :

- Le financement provincial en vue de la formation d'un infirmier ou d'une infirmière pendant une année dans le cadre d'un programme universitaire varie entre 12 500 \$ et 19 100 \$.
- Le financement provincial en vue de la formation d'un infirmier ou d'une infirmière pendant une année dans le but d'obtenir un diplôme collégial varie entre 9 200 \$ et 14 000 \$.
- Le financement provincial en vue de la formation d'un ambulancier paramédical pendant une année dans le cadre d'un programme d'études collégiales menant à un diplôme varie entre 8 000 \$ et 11 600 \$¹⁴.

Les tableaux du groupe de travail du CNFS relatifs à la formation des professionnels de la santé francophones sont reproduits à l'annexe B.

Chiffres du Comité sénatorial permanent : estimation des coûts des associations nationales

Le rapport de 2002 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, intitulé *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, constitue une deuxième source de renseignements sur le coût de formation des professionnels de la santé au Canada. Le rapport estime que le coût de formation d'un étudiant en médecine pour une année d'université est de 65 000 \$ et

¹² Conseil ontarien des affaires universitaires. Groupe de travail sur l'affectation des ressources (1994). *Ontario University Funding System*, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.oise.utoronto.ca/depts/tps/TPS1017/Form_Fund/OntUnivFundSys.pdf.

¹³ Il est difficile de déterminer si les chiffres visent une représentation du financement de la formation médicale universitaire à la fois du premier cycle et du deuxième cycle.

¹⁴ Dans tous ces cas, les chiffres du groupe de travail du CNFS se fondent sur le montant des subventions provinciales octroyées en vue de l'acquittement des coûts opérationnels de même que sur les montants par habitant. Les chiffres semblent avoir trait aux quatre années d'université ou à la formation clinique associée aux programmes de sciences infirmières ou de médecine ainsi qu'au programme collégial menant à un diplôme en soins ambulanciers paramédicaux. En d'autres termes, aucun fonds supplémentaire associé à la résidence, à la formation clinique supplémentaire, à l'accréditation ou à l'amélioration n'a été pris en compte.

que celui de la formation d'un étudiant en sciences infirmières pour une année est de 7 700 \$. Ces chiffres, fondés sur les données transmises par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), sont utilisés par le Comité sénatorial permanent en vue d'évaluer le coût associé à l'ajout de nouvelles places aux programmes existants¹⁵.

Chiffres de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) :

Coût de formation par étudiant en médecine par année (2002) : 65 000 \$

Coût de formation de chaque étudiant en médecine dans le cadre d'un programme de quatre ans (2002) : 260 000 \$

Chiffres de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) :

Coût de formation par étudiant en sciences infirmières par année (2002) : 7 700 \$

Coût de formation de chaque étudiant en sciences infirmières dans le cadre d'un programme de quatre ans (2002) : 30 000 \$

Dans les deux exemples ci-dessus, les chiffres semblent représenter à la fois les composantes didactiques et cliniques de la formation universitaire ou collégiale requise pour les programmes respectifs. Comme pour les chiffres du groupe de travail du CNFS mentionnés précédemment, aucun frais supplémentaires associés à la résidence, à la formation clinique supplémentaire, à l'accréditation ou à l'amélioration ne semblent être intégrés aux estimations. Bien que les chiffres rejoignent les résultats du groupe de travail du CNFS, aucune explication n'est donnée quant au calcul des chiffres de l'AFMC ou de l'AIIC.

Études sur les coûts de formation pour les professions de la santé : examen critique

Écoles de médecine

Les études sur les coûts de formation des écoles de médecine fournissent des chiffres qui varient considérablement. Il est donc difficile d'évaluer la légitimité et l'exactitude d'une évaluation des coûts donnée. Le problème d'imputabilité est accru par plusieurs facteurs.

[Traduction]

Les budgets des universités n'ont pas fait l'objet d'examen minutieux et rigoureux. Les liens entre les subventions d'exploitation et les inscriptions, les programmes et, dans une certaine mesure, la recherche, ont fourni des mécanismes fiables dont se servent les gouvernements pour

¹⁵ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. 37^e législature, 2^e session (30 septembre 2002 - 12 novembre 2003) *La santé des Canadiens - Le rôle du fédéral (volumes I-VI)*, [disponible en ligne], http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenRep.asp?Language=F&Parl=37&Ses=2&comm_id=47.

verser les subventions aux universités¹⁶.

Aussi, comme les universités détaillent rarement les données financières qu'elles rendent publiques, les chances de résoudre le problème lié à l'imputabilité en recourant à des analyses financières externes s'avèrent limitées..

Une des questions susceptibles d'être portées à l'attention de l'évaluateur touche les éléments à inclure dans une évaluation des coûts. Par exemple, en plus des coûts directement liés à l'obtention d'un diplôme universitaire ou collégial, il peut y avoir d'autres frais légitimes qui entrent en ligne de compte selon les établissements, comme les frais d'inscription à un nouveau programme, les coûts liés à l'amélioration des infrastructures ou des services technologiques ou les frais d'administration. Il faut également se demander si les évaluations des coûts ont été faussées par des caractéristiques uniques des collectes de données ou des méthodes de calcul utilisées par des universités particulières. En effet, puisqu'il n'existe pas d'obligation d'utiliser un modèle standard pour évaluer les coûts, les données d'une même catégorie varient énormément d'une école de médecine à l'autre. Toutefois, il est possible que ces différences ne soient aucunement liées aux coûts directs de formation, mais qu'elles reflètent simplement les circonstances d'une évaluation des coûts en particulier ou les méthodes utilisées¹⁷.

Facteurs ayant une incidence sur le calcul des coûts : frais initiaux

Le fait d'inclure les frais initiaux dans les coûts d'exploitation annuels et de les considérer comme des frais liés à la formation fera gonfler les coûts par étudiant inscrit à un programme en particulier. Voici quelques récentes évaluations des frais initiaux :

- L'Université Laurentienne prévoit lancer un nouveau programme en santé en 2008 qui permettra de diplômer 55 étudiants par année. Les frais initiaux devraient s'élever à 80 millions de dollars pour ce programme de quatre ans¹⁸.
- L'Université de la Colombie-Britannique investit dans son école de médecine selon le modèle de

¹⁶ A. L. Darling et coll. (1989), « Autonomy and control: a university funding formula as an instrument of public policy » dans *Higher Education*, vol. 18, p. 559-583 (1989), [disponible en ligne, en anglais seulement], http://www.oise.utoronto.ca/depts/tps/TPS1017/Form_Fund/Autonomy_Control.pdf.

¹⁷ À titre d'exemple, l'Université de Washington évalue les dépenses annuelles moyennes pour un étudiant en médecine à 77 905 \$, comparé à 68 500 \$US en juillet 2006. Les données sur lesquelles se fonde ce calcul sont obscures. T. Mankowski et C. Hagerty, University of Washington Office of News and Information. (2006), « Universities present plan to expand medical education and dental education in Spokane », (le 21 juillet 2006), [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://uwnews.org/article.asp?articleid=25715>.

¹⁸ P. Sullivan et M. O'Reilly. (2007), « Canada's first rural medical school: Is it needed? Will it open? », dans *Canadian Medical Association Journal*, [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/166/4/488>.

campus étendu : elle construira deux nouveaux établissements à Prince George et à Victoria. Le gouvernement provincial devra verser 135 millions de dollars pour les installations et les infrastructures¹⁹. Dès 2007, l'agrandissement devrait permettre de doubler le nombre d'admissions, qui passerait de 128 à 256^{20 21}.

Selon les données mentionnées ci-dessus, les frais initiaux correspondant à chaque nouvelle admission en médecine s'éleveront à environ 1,5 million de dollars à l'Université Laurentienne et à un million de dollars à l'Université de la Colombie-Britannique. À titre de comparaison, en juillet 2006, l'Université de Washington a annoncé l'agrandissement de son école de médecine selon un modèle de campus étendu. Les frais liés à l'ajout de vingt admissions à son programme en santé étaient ainsi répartis (en dollars américains) : 5,5 millions de dollars pour les frais d'exploitation annuels, 4,9 millions de dollars pour les frais initiaux et 7,5 millions de dollars pour les coûts des immobilisations²². En dollars canadiens, ces montants correspondent respectivement à 6 132 500 \$, à 5 463 500 \$ et à 8 362 500 \$. Les frais initiaux

¹⁹ D. Snadden et J. Bates. (2007), « Expanding undergraduate medical education in British Columbia: a distributed campus model » dans *Canadian Medical Association Journal*, [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/6/589/DC>. Une version abrégée de l'article figure dans le numéro du 13 septembre 2005, disponible à l'adresse suivante : www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/6/589 [en anglais seulement].

²⁰ Ministère de la Santé. (2005), « B.C. is investing to Boost Future Doctor Supply », [disponible en ligne, en anglais seulement], http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2005HEALTH0039-001058-Attachment1.htm.

²¹ Bureau du premier ministre, ministère des Services de santé, ministère de l'Enseignement postsecondaire. Communiqués de presse du gouvernement de la C.-B. (2005), « B.C. Invests \$27.6 Million to Support Doctor Education » [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://www2.news.gov.bc.ca/archive/2001-2005/2005HSER0003-000017.htm>, le 12 janvier 2005. Le ministère de la Diversification de l'économie de l'Ouest, la Fondation canadienne pour l'innovation et le secteur privé ont accordé des fonds supplémentaires pour financer les installations et les infrastructures. Évidemment, certaines dépenses, notamment celles couvertes par des fonds accordés par le gouvernement fédéral, ne sont pas comprises dans l'évaluation ci-dessus. Il faut également tenir compte du fait qu'en 2005, le gouvernement de la C.-B. a annoncé qu'il allait financer l'agrandissement et l'amélioration des hôpitaux et des établissements de soins de santé universitaires. La province a donc investi 27,6 millions de dollars pour améliorer les établissements de santé universitaires où sont offerts les programmes de résidence, montant qui n'est probablement pas compris dans celui de 135 millions dont il est question.

²² T. Mankowski et C. Hagerty. University of Washington Office of News and Information. (2006), « Universities present plan to expand medical education and dental education in Spokane », (le 21 juillet 2006), [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://uwnews.org/article.asp?articleid=25715>.

par nouvelle admission s'élèvent à 273 175 \$²³.

Facteurs ayant une incidence sur le calcul des coûts : frais d'exploitation

En plus des frais initiaux, de nombreux facteurs peuvent avoir une incidence sur le calcul et le rapport des frais d'exploitation par étudiant et par année pour chaque école de médecine. En voici quelques exemples :

- Mission éducative : Traditionnellement, les écoles de médecine ont justifié leurs besoins en financement en invoquant l'importance de leur mission éducative. Le point soutenu est qu'il est non seulement essentiel de financer les programmes de formation et les services cliniques, mais également le domaine de la recherche. Ces trois éléments de coûts peuvent grandement varier, ce qui peut avoir une incidence sur le calcul du coût par étudiant.
- Coûts fixes et coûts variables : L'exécution d'un programme de formation comporte certains frais de base, notamment les frais liés au matériel scolaire, aux outils technologiques, à la rémunération des professeurs, aux établissements de formation et au soutien administratif. Ces frais varient grandement d'un établissement à l'autre, tout comme la manière dont ils sont rapportés. Par exemple, la rémunération des professeurs représente la plus importante dépense des facultés de médecine²⁴. Elle fait partie de la catégorie des coûts fixes, mais pour les écoles de médecine, les frais liés à la rémunération sont plus difficiles à prévoir et peuvent varier énormément d'un établissement à l'autre. Plus important encore, les frais liés aux salaires et aux indemnités sont souvent calculés et rapportés dans des formulaires non conventionnels dans le cadre des évaluations de coûts.
- Taille du programme : Il est généralement tenu pour acquis que les coûts fixes par étudiant ont tendance à être plus élevés pour les programmes de petite taille.
- Structure du programme : Il est généralement tenu pour acquis que les programmes centralisés sont moins coûteux que les programmes décentralisés ou suivant un modèle de campus étendu.

Facteurs ayant une incidence sur le calcul des coûts : incitatifs liés à l'éducation

Les incitatifs particuliers liés au recrutement, au maintien en poste et à l'accès font partie des coûts liés à la formation. Les provinces se font concurrence pour attirer les médecins, et c'est pourquoi les types

²³ Si les coûts en capitaux sont compris, les frais par nouvelle admission s'élèvent à 691 300 \$, et si les frais d'exploitation pour une année sont ajoutés, ils atteignent 997 925 \$.

²⁴ D. Hawkins, M.D., directeur exécutif, AFMC. (2003?), « Social Accountability of Canadian Medical Schools: The Factor of Complexity », p. 2, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.afmc.ca/pdf/Complexity%20of%20medical%20schools.pdf.

d'incitatifs et leur montant varient de l'une à l'autre²⁵. Le tableau ci-dessous, tiré du document *Vers un meilleur accès aux services médicaux dans les populations mal desservies : Approches canadiennes, leçons de l'étranger* rédigé par Barer, Wood et Schneider, donne une idée des incitatifs liés à l'éducation et de ceux en matière d'éducation et de formation au sein des diverses provinces du Canada. À la page 15 du document, les auteurs expliquent la nature des incitatifs liés à l'éducation : « Les méthodes de financement liées à l'éducation comprennent divers incitatifs financiers qu'on offre aux médecins en cours de formation afin de les encourager à choisir certains créneaux de formation, certaines spécialités ou certains lieux de pratique après avoir obtenu leur diplôme. Il peut s'agir d'aide à l'installation en région rurale ou de programmes de prêts et bourses, lesquels sont souvent assortis d'une promesse de services post-formation²⁶. »

Barer, Wood et Schneider expliquent également la nature des divers autres incitatifs se rapportant à l'éducation/formation : « Dans la catégorie éducation/formation, on trouve une vaste gamme de politiques qui couvrent toutes les premières étapes du “cycle de vie du médecin” (Barer et Stoddart, 1991a). Elles commencent parfois par des programmes d'enrichissement scientifique à l'école secondaire et de counseling étudiant, puis se poursuivent par des stratégies de recrutement dans les écoles de médecine, la présentation des programmes d'études et des activités cliniques durant la formation médicale et le troisième cycle d'études, et des initiatives d'éducation permanente ou de perfectionnement des compétences. Cela comprend des initiatives basées sur le lieu où sont offerts les programmes de formation, ainsi que sur l'endroit où les étudiants sont envoyés en formation²⁷. »

Comme l'indique le tableau 2, les provinces offrent différents incitatifs liés à l'éducation. Ceux-ci varient en fonction du type d'incitatifs, de leur nombre et du montant accordé.

Tableau 2 – Approches de politiques provinciales/territoriales contemporaines

Politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qué.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yuk.	T.N.-O.
Financement direct – Lié à l'éducation												
Prêts/subventions/bourses aux étudiants au baccalauréat ou à la résidence contre une promesse de service post-formation			✓	✓	✓	✓				✓		✓

²⁵ M. Barer, L. Wood et D. Schneider. (1999), « Vers un meilleur accès aux services médicaux dans les populations mal desservies : Approches canadiennes, leçons de l'étranger », Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, [disponible en ligne], www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/cmcd-dcmc/rtf/media/releases-communique/1999/9picfbk7.rtf.

²⁶ *Ibid*, p. 15.

²⁷ *Ibid*, p. 15-16.

Tableau 2 – Approches de politiques provinciales/territoriales contemporaines

Politiques	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qué.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yuk.	T.N.-O.
Financement ou prêts spéciaux pour la résidence ou pour l'acquisition de compétences spéciales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Allocation de déplacement spéciale pour les étudiants qui effectuent un placement ou leur résidence durant l'été		✓	✓	✓	✓							
Soutien financier pour l'enseignement médical continu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Éducation/formation												
Formation/expérience en région rurale pour les étudiants de premier cycle	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		
Stages/unités d'enseignement en milieu rural en collaboration avec un résident ou un spécialiste en poste sur place	✓	✓		✓	✓		✓			✓		
Accès spécial (ré-entrée) à la résidence et/ou au développement de nouvelles compétences		✓	✓	✓			✓	✓		✓		
Politiques/critères spéciaux de recrutement pour les nouveaux étudiants de médecine de premier cycle, p. ex. les Autochtones ou les résidents de régions rurales		✓	✓	✓	✓							
Politiques/critères spéciaux de recrutement pour la formation des nouveaux postulants à la résidence au niveau de la maîtrise	✓											
Développement des capacités d'éducation permanente à l'aide des nouvelles technologies de communications		✓	✓					✓		✓		
Promotion de la pratique en région rurale dans les écoles de médecine				✓			✓	✓		✓		
Programme destiné aux infirmières cliniciennes ou programmes similaires			✓	✓	✓					✓		

Source : Barer, Wood et Schneider (1999), p. 21-22.

Facteurs ayant une incidence sur le calcul des coûts : programmes de résidence en médecine

Les évaluations des coûts de la formation médicale peuvent également varier si les programmes de résidence (programme postdoctoral de médecine) sont pris en compte. Une récente évaluation a établi que la formation médicale d'un étudiant de premier cycle au Canada coûte entre 45 000 \$ et 75 000 \$ par étudiant par année, ce qui contraste avec le coût de la formation en résidence au pays, qui va de 68 500 \$ à 77 000 \$ par résident par année. Cette dernière évaluation comprend un montant de 52 000 \$ en rémunération et entre 15 600 \$ et 25 000 \$ en indemnités et autres dépenses²⁸.

Certaines études américaines et canadiennes récentes traitent également du coût de la formation médicale supérieure et des questions connexes. Selon un des rapports, l'élément le plus important du coût de la formation médicale supérieure est la rémunération des étudiants. Le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé *The Landscape of Community Medicine Residency Training in Canada: An Environmental Scan*, publié en 2005, comprend un tableau de la rémunération de base des résidents par province²⁹.

Table 3 – Rémunération des étudiants aux études supérieures par province et par niveau d'éducation (\$)

Province (année)	Années aux études supérieures				
	1	2	3	4	5
C.-B. (2003)	43 869 \$	48 939 \$	53 330 \$	57,405 \$	61 734 \$
Alb. (2004)	43 121 \$	46 866 \$	51,557 \$	55,306 \$	59 994 \$
Sask. (2004)	43 372 \$	47 300 \$	51 225 \$	55 132 \$	59 011 \$
Man. (2004)	43 273 \$	46 952 \$	51 138 \$	55 072 \$	59 007 \$
Ont. (2004)	44 230 \$	51 628 \$	54 765 \$	58 475 \$	62 358 \$
Qué. (2001)	36 543 \$	40 101 \$	44 221 \$	48 322 \$	51 601 \$
N.-É. (2004)	41 845 \$	45 394 \$	49 668 \$	53 353 \$	57 465 \$
T.-N.-L. (2002)	37 380 \$	40 938 \$	44 495 \$	48 057 \$	51 615 \$
Moyenne	41 704 \$	46 015 \$	50 050 \$	53 890 \$	57 848 \$
Médiane	43 197 \$	46 909 \$	51 181 \$	55 102 \$	59 009 \$

²⁸ David C. Goodman. (2005), « Health Care Financing: Implications for Workforce Expansion », exposé présenté dans le cadre de la 9^e International Medical Workforce Collaborative, [disponible en ligne, en anglais seulement], http://www.health.nsw.gov.au/amwac/amwac/pdf/9_goodman.pdf.

²⁹ Bureau du directeur général, Agence de la santé publique du Canada. (2005), « The Landscape of Community Medicine Residency in Canada: An Environmental Scan ». Préparé par Lori Kiefer, spécialiste en médecine communautaire, p. 15, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/pdf/the_landscape_of_community_medicine_registry%20_traing_in_can.pdf.

Bien que la rémunération constitue un élément important dans le cadre des évaluations des coûts, les tableaux de rémunération à eux seuls ne reflètent pas l'ensemble des coûts directs de la formation. Selon Zeidel et ses collaborateurs, dans l'article intitulé *Estimating the cost to departments of medicine of training residents and fellows: A collaborative analysis*, publié dans le *The American Journal of Medicine*, les coûts des études supérieures estimés par les écoles de médecine varient en fonction des circonstances particulières et de la façon dont les sonnées sont traitées³⁰. Par exemple, l'horaire de travail d'un directeur de programme de grande envergure correspond à environ 70 % d'un ETP, alors que celui d'un directeur de programme de petite envergure correspond à 30 % d'un ETP. Toutefois, des dépenses spéciales peuvent être encourues dans le cadre des programmes de petite taille, comme par exemple les dépenses liées au manque de facultés cliniques dans des domaines particuliers³¹. En général, les coûts fixes par étudiant sont plus élevés pour les programmes de petite taille³². De plus, puisque les exigences liées aux programmes de résidence varient considérablement d'une spécialité à l'autre, il en va de même pour les coûts liés à la formation des résidents³³. Selon une évaluation, les coûts annuels de formation varient entre 10 473 \$ et 261 825 \$ par résident (7 500 \$ à 187 500 \$US, août 2003) en fonction du type de programme³⁴.

Bon nombre d'analystes ont constaté que les coûts estimés des programmes de résidence en médecine varient énormément, mais il n'est pas pour autant impossible d'arriver à une certaine uniformité, du moins en principe. Zeidel et ses collaborateurs soutiennent que, si des conditions précises sont respectées, il peut y avoir une grande unanimité dans l'évaluation des coûts. Plus précisément, ils avancent qu'à l'aide d'une formule qui tient compte des éléments de coûts principaux, ils ont évalué le coût de la formation d'un résident à 34 000 \$US par année par étudiant, un résultat semblable à au moins deux autres évaluations fiables. Zeidel précise que :

[Traduction]

Même si les centres médicaux utilisent des approches différentes, il y a une unanimité remarquable dans les évaluations de coûts. Nasca et ses collaborateurs estiment que les facultés de médecine doivent déboursier 34 000 \$ par année pour former un résident, et que ce montant est plus élevé pour les programmes de petite taille parce que les frais d'administration sont assumés par un plus petit nombre d'étudiants. Le groupe de Nasca ne fournit aucune donnée au sujet des boursiers. Le groupe de Hunter et les responsables des établissements consultés estiment le coût de la formation d'un résident à environ 34 000 \$ et d'un boursier à 17 500 \$, alors que les

³⁰ M.L. Zeidel et coll., « Estimating the cost to departments of medicine of training residents and fellows: A collaborative analysis », *The American Journal of Medicine*, 2005, vol. 118, (5), p. 557-564.

³¹ *Ibid*, p. 560.

³² T.J. Nasca et coll., « Minimum Instructional and Program-Specific Administrative Costs of Education Residents in Internal Medicine », *Arch Intern Med.*, 2001, (161), p. 765.

³³ Aaron Covey et Gary Friedlaender, « Financing Graduate Medical Education: Sorting Out the Confusion », *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 85-A, n° 8, août 2003, p. 1594-1604.

³⁴ *Ibid*, p. 1599.

responsables de l'Université de Pittsburgh en sont arrivés à un total de 35 000 \$ par résident³⁵.

Selon Zeidel et ses collaborateurs, même si elles ne sont pas identiques, les formules qui tiennent compte à la fois des éléments de coûts ainsi que des circonstances et des règles régissant la formation, comme celles du Comité d'examen des programmes de résidence ou les normes de formation en médecine interne, permettent généralement d'obtenir une évaluation des coûts fiable. La formule utilisée par Zeidel et ses collaborateurs, qui associe les coûts aux normes du Comité d'examen des programmes de résidence, leur a permis d'arriver à un résultat semblable à ceux obtenus à l'aide d'autres types de formules. Selon leurs conclusions, les coûts de formation s'élèvent à près de 42 734 \$ (34 000 \$US, mai 2005) par année par résident³⁶. Zeidel et ses collaborateurs maintiennent qu'il n'est pas impossible d'en arriver à une certaine cohérence dans l'évaluation des coûts de la formation médicale; au contraire, le fait d'utiliser une approche ou une formule qui tient compte à la fois des éléments de coûts ainsi que des circonstances et des règles régissant la formation permet d'assurer une certaine uniformité³⁷.

Efforts visant à concevoir un modèle standard pour l'évaluation des coûts de la formation en résidence

Tel qu'expliqué ci-dessus, les problèmes liés à l'évaluation et à la comparaison des éléments de coûts d'une faculté de médecine à l'autre découlent du fait que les écoles de médecine n'ont pas adopté d'approches standards pour définir, calculer et rapporter les éléments de coûts. De toute évidence, l'évaluation de coûts n'est régie par aucune norme. En effet, c'est pour cette raison qu'il est souvent impossible d'extrapoler à partir des études fondées sur les données d'un seul établissement :

[Traduction]

Les coûts directs de la formation des résidents ont été étudiés dans différents établissements. Les auteurs de ces études ont tenté de quantifier les éléments du coût total de la formation des résidents pour des programmes en particulier (ou pour des volets de programmes) en se concentrant généralement sur un seul établissement. Pour de nombreuses raisons, il s'est avéré difficile d'extrapoler à partir des conclusions pour dégager une constante à l'échelle nationale ou à une fourchette de coûts par résident. En effet, les données suivantes variaient d'un établissement à l'autre : 1) la structure des programmes donnés dans une même spécialité par chaque institution; 2) les éléments et les méthodes d'enseignement des différentes spécialités; 3) les mécanismes de paiement des facultés et des autres participants; 4) les points tenus pour acquis relativement aux efforts déployés par la faculté; 5) les frais généraux administratifs et les frais généraux alloués des établissements de formation; 6) les coûts des éléments n'ayant pas de lien avec la formation mais qui touchent au soutien des programmes de formation (p. ex. le soutien financier des cliniques); 7) les dépenses liées aux assurances en cas de faute

³⁵ *Ibid*, p. 562.

³⁶ M.L. Zeidel et coll, « Estimating the cost to departments of medicine of training residents and fellows: A collaborative analysis », *The American Journal of Medicine*, 2005, vol. 118, (5), p. 562.

³⁷ *Ibid*, p. 562.

professionnelle médicale³⁸.

Une tentative de modèle permettant d'éviter les problèmes susmentionnés est le modèle des « frais d'administration minimums axés sur l'enseignement et les programmes » (FAMAEP). Ce dernier consiste en une norme théorique qui tient compte, aux fins du calcul des frais, de la structure de base des programmes en santé. Le modèle ne tient pas compte des variables pouvant modifier de façon significative l'évaluation des coûts, comme le nombre d'étudiants inscrits à un programme ou les hypothèses relatives aux engagements des enseignants en fait de temps. Il comprend uniquement les coûts minimums relatifs à l'administration du programme et à l'enseignement, et, en ce qui a trait à la formation supérieure, la rémunération et les avantages sociaux des résidents. Le modèle FAMAEP, qui permet d'évaluer les coûts fixes d'un programme, se divise en six composantes : i) salaire et avantages sociaux des résidents; ii) frais minimums liés à l'enseignement et aux programmes; iii) dépenses liées aux volets pédagogiques et administratifs; iv) dépenses liées aux programmes en spéciaux ou à des installations; v) frais généraux alloués des établissements de formation; vi) solde entre les coûts de renonciation et les profits³⁹.

En plus d'être relativement facile à utiliser, le modèle FAMAEP, contrairement à d'autres, permet de dégager des idées générales⁴⁰. Toutefois, malgré sa fiabilité, il peut se révéler difficile de savoir si l'évaluation d'un établissement reflète avec exactitude les coûts directs de la formation. Voici un exemple tiré du rapport *Landscape of Community Medicine*, publié en 2005 par l'Agence de la santé publique du Canada, dans le cadre duquel un modèle semblable au FAMAEP a servi à évaluer les coûts de la formation des résidents. Le modèle est sensé refléter uniquement les coûts directs associés à la formation des résidents. Selon les résultats pour une période de cinq ans, en 2003–2004, les coûts de la formation en milieu communautaire des résidents en Alberta vont de 99 184 \$ à 119 683 \$. À titre de comparaison, une évaluation similaire a révélé que les coûts en Ontario se situaient entre 74 429 \$ et 97 753 \$.

Tableau 4 – Évaluation des coûts de la formation en Alberta, 2003–2004 (\$) ⁴¹

³⁸ T.J. Nasca et coll., « Minimum Instructional and Program-Specific Administrative Costs of Education Residents in Internal Medicine », *Arch Intern Med.*, 2001, (161), p. 762.

³⁹ *Ibid*, p. 765.

⁴⁰ La US Health Care Financing Administration approuve le modèle FAMAEP en tant que norme minimale pour le remboursement au moyen de Medicare. T.J. Nasca et coll., « Minimum Instructional and Program-Specific Administrative Costs of Education Residents in Internal Medicine », *Arch Intern Med.*, 2001, (161), p. 762.

⁴¹ Bureau du directeur général, Agence de la santé publique du Canada (2005). « The Landscape of Community Medicine Residency in Canada: An Environmental Scan ». Préparé par Lori Kiefer, spécialiste en médecine communautaire, p. 18, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/the_landscape_of_community_medicine_registry%20_traing_in_can.pdf.

Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé

Coût de la formation	Années aux études supérieures				
	1	2	3	4	5
2003–04 Estimation de la rémunération	43 121 \$	46 866 \$	51 557 \$	55 306 \$	59 994 \$
2003–04 Indemnités	8 846 \$	10 326 \$	10 953 \$	11 695 \$	12 472 \$
Coûts associés au Bureau des études supérieures en médecine*	33 628 \$	33 628 \$	33 628 \$	33 628 \$	33 628 \$
Honoraires du précepteur des stages cliniques (estimation)	12 500 \$	12 500 \$	12 500 \$	12 500 \$	12 500 \$
Allocations	650 \$	1 000 \$	1 000 \$	1 000 \$	1 000 \$
Indemnités de repas – variable	325 \$	325 \$	325 \$	325 \$	325 \$
Rappels au travail – variable	114 \$	114 \$	114 \$	114 \$	114 \$
Coût total par résident	99 184 \$	104 409 \$	109 727 \$	114 218 \$	119 683 \$

*Comprend le financement lié à l'enseignement (pédagogie et stages cliniques), à l'administration du programme et au matériel, au perfectionnement du corps professoral, aux installations (et non aux espaces loués) et 15 % de frais généraux perçus par l'université.

Tableau 5 – Évaluation des coûts de la formation en Ontario, 2004–2005 (\$) ⁴²

Coût de la formation	Année d'études supérieures				
	1	2	3	4	5
2004–2005 Estimation de la rémunération	47 016 \$	54 881 \$	58 215 \$	62 159 \$	66 287 \$
2004–05 Indemnités	9 403 \$	10 976 \$	11 643 \$	12 432 \$	13 257 \$
Rémunération des professeurs garantis à temps plein (GTP) – 12 000 \$/année	12 000 \$	12 000 \$	12 000 \$	12 000 \$	12 000 \$
Soutien administratif (GTP) – 4 163 \$/année	4 163 \$	4 163 \$	4 163 \$	4 163 \$	4 163 \$
Allocations (1000 \$/programme de résidence PGY1, 1 200 \$ pour les autres)	1 000 \$	1 200 \$	1 200 \$	1 200 \$	1 200 \$
Indemnités de repas	846 \$	846 \$	846 \$	846 \$	846 \$
Coût total par résident	74 429 \$	84 066 \$	88 067 \$	92 800 \$	97 753 \$

Remarque : Les sommes supplémentaires ne sont pas nécessairement investies dans les programmes de résidence. En Ontario, les sommes sont versées aux hôpitaux, puis les universités récupèrent la partie qui leur revient par leur

⁴² Bureau du directeur général, Agence de la santé publique du Canada. (2005), « The Landscape of Community Medicine Residency in Canada: An Environmental Scan ». Préparé par Lori Kiefer, spécialiste en médecine communautaire, p. 22, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/the_landscape_of_community_medicine_registry%20_traing_in_can.pdf.

entremise.

Il faut noter que, même si elles utilisent une formule de base commune, les écoles de médecine peuvent arriver à des résultats différents dans le cadre de leurs évaluations. Il peut en être déduit que les méthodes d'évaluation et de calcul des coûts de formation qu'elles utilisent ne sont peut-être pas encore au point. Toutefois, en principe, rien n'empêche de mettre en oeuvre une norme minimale et de l'appliquer de façon uniforme. Comme le soutiennent Zeidel et ses collaborateurs, il faudrait tenir compte uniquement des dépenses universellement liées à la formation – par exemple les coûts fixes et variables directement liés aux activités de formation. Afin de compléter l'analyse minimum au besoin, il serait possible de recourir à d'autres méthodes d'évaluation pour vérifier les frais découlant des activités ainsi que les dépenses indirectement liées à la formation.

Soins infirmiers

Il est difficile de trouver des données sur les coûts de formation pour les professions de la santé au Canada. Généralement, il faut s'adresser à des professionnels pour obtenir des renseignements précis. D'ailleurs, dans le document intitulé *Critical Care Nurse Training Standards Task Group Final Report* (Rapport final du Groupe de travail sur les normes de formation du programme de soins infirmiers en soins intensifs), publié en 2006, les auteurs font savoir qu'aucun document ne traite précisément des coûts liés aux programmes de soins infirmiers en soins intensifs. Il a été possible d'en apprendre davantage sur le sujet en se servant des exemples des hôpitaux membres du Groupe de travail⁴³.

Le Groupe de travail sur les normes de formation du programme de soins infirmiers en soins intensifs de l'Ontario est parvenu à recueillir des données sur les coûts de formation collégiale en soins infirmiers en s'adressant aux responsables de divers collèges et hôpitaux. Les principales conclusions du Groupe de travail à propos du coût des programmes de formation collégiale et de la formation en soins intensifs suivie en milieu hospitalier, publiées dans son rapport final, sont résumées ci-dessous. D'abord, les auteurs du rapport affirment ce qui suit en ce qui a trait au coût des programmes de formation collégiale :

[Traduction]

Les frais de scolarité de la formation en soins intensifs collégiale peuvent être assumés par les hôpitaux ou les étudiants. Le coût des différents cours offerts se situe entre 69 \$ au Conestoga College et 530 \$ au Cambrian College. Nous estimons que les frais de scolarité correspondant à la formation collégiale totale d'un étudiant en soins intensifs se situent entre 1 500 et 2 000 \$. En plus des frais de scolarité, le temps que le personnel consacre à la formation des étudiants fait augmenter les coûts. Le coût total de la formation d'un étudiant en soins infirmiers en soins

⁴³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Secrétariat des soins aux malades en phase critique. Rapport final du Groupe de travail sur les normes de formation du programme de soins infirmiers en soins intensifs, (c. 2006), p. 13, [disponible en ligne, en anglais seulement], http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/critical_care/docs/report_ccn_std_s.pdf. Comme dans le cas de la formation offerte dans les écoles de médecine, peu de documents présentent en détails le coût de la formation en soins infirmiers dans le domaine des professions de la santé.

intensifs (frais de scolarité et temps de formation) varie entre 14 000 \$ et 22 000 \$ en fonction de la durée du programme (stages cliniques et théorie), du montant des frais de scolarité et de l'échelle de rémunération du personnel infirmier⁴⁴.

Tableau 6 – Programmes de formation collégiale en Ontario (2006)

Collèges	T. plein	T. partiel	Durée du prog.	Nombre d'étudiants	Heures totales	Heures théorie	Heures stages	En classe	Cours à distance	Collab. avec les hôpitaux	Coût par cours
Algonquin		X	3 ans	40/classe	392	302 (77 %)	90 (23 %)	X			161,66 \$ - 425,46 \$
Cambrian*		X							X		207,84 \$ - 529,82 \$
Canadore		X			450	300 (67 %)	150 (33 %)		X		
Centennial		X		20/classe	396	196 (49 %)	200 (51 %)	X			320 \$ - 455 \$
Conestoga		X		10/classe	381	261 (69 %)	120 (31 %)	X	X		69 \$ - 197 \$
Durham		X		20/classe	290	230 (79 %)	60 (21 %)	X			175,30 \$ - 522 \$
Fleming	X	X	8 mois – 2 ans	20/classe	360	234 (65 %)	126 (35 %)	X			90 \$ - 304 \$
George Brown	X		4 mois	45/classe	438	198 (45 %)	240 (55 %)	X		X	1 495 \$ total
Georgian		X	2 ans	20/classe	305	215 (70 %)	90 (30 %)	X			170 \$ - 350 \$
Humber (t. partiel)		X	3 ans	25/classe	384	192 (50 %)	192 (50 %)	X		X	300 \$ - 400 \$
Humber (t. plein)	X		11 semaines		400	200 (50 %)	200 (50 %)	X			300 \$ - 400 \$
Mohawk		X	2 ans	20/classe	297	213 (71 %)	84 (28 %)	X	X	X	120 \$ - 140 \$
Niagara		X		12/classe	375	285 (76 %)	90 (24 %)	X			178 \$ - 269 \$
Seneca		X			380	180 (47 %)	200 (53 %)	X			307 \$ - 410 \$
St. Clair		X			355	260 (73 %)	95 (27 %)	X			1548,70 \$ total

⁴⁴ *Ibid*, p. 20.

Tableau 6 – Programmes de formation collégiale en Ontario (2006)

Collèges	T. plein	T. partiel	Durée du prog.	Nombre d'étudiants	Heures totales	Heures théorie	Heures stages	En classe	Cours à distance	Collab. avec les hôpitaux	Coût par cours
Saint-Laurent		X		25/classe	350	190 (54 %)	160 (46 %)	X			5 \$/heure

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (c. 2006), Rapport final du Groupe de travail sur les normes de formation du programme de soins infirmiers en soins intensifs, p. 21.

Selon les auteurs du rapport, le coût total de la formation d'un étudiant en soins infirmiers en soins intensifs (frais de scolarité et temps de formation) varie entre 14 000 \$ et 22 000 \$ en fonction de la durée du programme (stages cliniques et théorie), du montant des frais de scolarité et de l'échelle de rémunération du personnel infirmier.

Le coût des programmes d'orientation en milieu hospitalier dans le domaine des soins infirmiers en soins intensifs varie davantage que ceux des programmes de formation collégiale :

[Traduction]

Le coût des programmes d'orientation en milieu hospitalier dépend de nombreux facteurs, comme le nombre d'heures de formation et le salaire horaire des étudiants, des formateurs et des précepteurs. Dans l'échantillon étudié, les coûts directs par étudiant (en excluant la rémunération des formateurs et des précepteurs) se situent entre 3 553 \$ au Hôpital Northumberland Hills et 15 750 \$ à l'Hôpital d'Ottawa⁴⁵.

Voici un aperçu de certaines données sur les coûts de la formation en milieu hospitalier offerte dans certains hôpitaux de l'Ontario dans le cadre du programme de soins infirmiers en soins intensifs :

Tableau 7 – Échantillon des données du Groupe de travail sur les programmes d'orientation en milieu hospitalier

Hôpital	Coûts de formation par infirmière et infirmier autorisés (IA)	Éléments de coûts
Centre des sciences de la santé de Hamilton	10 000 \$	non disponible
Hôpital régional de Sudbury	4 050 \$	4 050 \$ par IA (1350 \$ enseignement, 2 700 stages cliniques) + coûts indirects des services des inhalothérapeutes, des infirmiers cliniciens et des mentors
Hôpital Northumberland Hills	3 552,75 \$	3552,75 \$ par IA (31,58 \$/heure, 15 quarts de travail) + indemnités + coûts indirects liés aux services d'un formateur clinique

⁴⁵ Ibid, p. 22.

Hôpital d'Ottawa	15 750 \$	15 750 \$ par IA (35 \$/heure, 10 semaines, 1,2 congé) + 18 900 \$ par formateur (42 \$/heure, 10 semaines, 1,2 congé)
Centre de santé régional de Peterborough	8 000 \$	(salaire de 55 000 \$, 24 % d'indemnités) + 8000 \$ frais liés à la formation (versés à Fleming)
Hôpital général St. Thomas Elgin	non disponible	non disponible
Centre de santé Trillium	5 400 \$	(36 \$/heure, 120 à 150 heures) + coûts indirects liés aux services d'un formateur clinique

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (c. 2006), Rapport final du Groupe de travail sur les normes de formation en soins infirmiers en soins intensifs, p. 23.

Comme c'est le cas pour les évaluations des coûts des écoles de médecine, les établissements ont recours à divers procédés pour calculer les coûts. Il semble n'y avoir aucune uniformité dans les méthodes de collecte de données ou d'évaluation des coûts. Conséquemment, le processus d'évaluation des coûts des écoles d'infirmières et des écoles de médecine présentent les mêmes difficultés.

Soins ambulanciers paramédicaux

Il existe peu de renseignements sur le coût de la formation des ambulanciers paramédicaux. Selon les données fournies par le CNFS et les provinces qui figurent dans la première partie du document, en fonction du financement annuel provincial servant à la formation des ambulanciers paramédicaux, les coûts se situent entre 8 000 \$ et 11 000 \$ par étudiant par année. Une autre évaluation porte sur les étudiants du Red River College au Manitoba, qui prévoit offrir en septembre 2008 un programme de formation d'ambulanciers paramédicaux selon un modèle de campus étendu. Le programme permettra de diplômer quarante ambulanciers paramédicaux en soins primaires par année et pourra bénéficier d'un fonds de lancement de 1,3 million de dollars de la province⁴⁶. Par conséquent, le coût du lancement du programme correspondra à plus de 32 500 \$ par étudiant. Comme pour les autres professions de la santé, les méthodes de collecte de données et d'évaluation des coûts peuvent avoir une incidence sur le calcul des coûts de formation.

Autres points

Sources de financement et pratiques budgétaires dans les professions de la santé

Comme nous l'avons vu, bon nombre de facteurs peuvent influencer les coûts de formation liés aux professions de la santé ainsi que leur évaluation. Ces coûts peuvent inclure des « résultats attendus » dans

⁴⁶ Red River College News. (2007), « New Paramedic Training Program Announced », [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://rrc.mb.ca/index.php?pid=2384&mid=3588&rid=172>.

des domaines tels que l'éducation, la recherche, les services cliniques et l'administration⁴⁷. La situation est particulièrement complexe dans le domaine de la formation médicale, quoique la formation d'autres professionnels de la santé puisse entraîner des coûts semblables. Il n'est pas surprenant que le financement de la formation des professions de la santé soit également complexe. Prenons par exemple les diverses sources de financement en matière de formation médicale :

- Subventions des ministères provinciaux de l'Éducation accordées aux facultés par l'entremise du mode de financement provincial des universités;
- Financement des ministères provinciaux de la Santé pour des éléments tels le salaire et les avantages sociaux des résidents, le financement accordé aux facultés de médecine pour le travail sur place à temps plein, le financement accordé aux hôpitaux universitaires pour les fournitures utilisées pour l'enseignement médical et le support administratif pour le travail sur place à temps plein;
- Les frais de scolarité des étudiants de premier cycle en médecine, les frais administratifs des résidents et des boursiers post-doctoraux, les versements de fonds communs C à l'étranger et les ressources d'autres universités en soutien aux services cliniques;
- Fonds d'exploitation des hôpitaux consacrés aux activités d'enseignement et fonds provenant des fondations des hôpitaux;
- Programmes nationaux et régionaux de soutien aux services cliniques en milieu hospitalier;
- Revenus générés par les cliniciens, incluant les frais médicaux assurés ou autres, à l'appui des activités d'éducation, p. ex. les bourses de recherche clinique;
- Financement des médecins résidents provenant de sources non liées au domaine de la santé, et
- financement de fondations privées⁴⁸.

Les sources de financement mentionnées ci-dessus ne comprennent que le financement pour l'enseignement et les services cliniques. Le financement de la recherche médicale est obtenu par l'entremise de sources et de programmes distincts provenant d'agences nationales ou provinciales, de contrats émanant du gouvernement ou de l'industrie, de promoteurs de la rémunération à l'acte, du milieu universitaire, des hôpitaux ou des fondations, de fonds d'unités de recherche indépendantes et de fonds de recherche en collaboration⁴⁹.

Les difficultés et les complexités liées au financement de l'enseignement médical sont bien connues et relativement universelles. De toute évidence, elles vont au-delà de des évaluations de coûts et comprennent un système complexe de financement. L'extrait suivant, qui provient d'un document américain publié en 1983, montre que la situation qui prévaut actuellement au Canada en ce qui concerne

⁴⁷ *Ibid*, p. 11.

⁴⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Centres hospitaliers universitaires. Plans de diversification des modes de financement (2002). *AHSC AFP : Update* (2) - Septembre 2002, [disponible en ligne, en anglais seulement], http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/ahsc/ahsc_bul02/ahsc_230902.html, p. 9-12.

⁴⁹ *Ibid*, p. 11.

le financement de l'enseignement médical révèle un problème qui dure depuis longtemps et qui est bien enraciné :

[Traduction]

L'analyse du financement de l'enseignement médical est une tâche complexe. Elle implique l'examen de nombreuses sources de financement qui circulent dans et entre les divers établissements d'enseignement et qui sont utilisées pour financer les coûts liés aux différentes fonctions et responsabilités des organismes qui participent à l'enseignement médical. Les sources de financement comprennent le gouvernement fédéral et les gouvernements des différents états, les familles et les individus qui défraient les frais de scolarité, les compagnies d'assurance qui paient pour les soins aux patients et les organismes philanthropiques. Les organismes impliqués dans l'enseignement médical comprennent les écoles de médecine et de nombreux sites de soins aux patients dans lesquels les étudiants acquièrent de l'expérience clinique. Les fonctions financées dans le cadre de l'enseignement médical comprennent la réalisation, l'enseignement général, l'enseignement et l'expérience clinique, et la recherche⁵⁰.

Comme le mentionne R.E. Brown dans *Financing Medical Education*, le résultat de cette masse confuse de fonctions et de responsabilités est que le public ne peut obtenir un diplôme en médecine sans payer pour un ensemble global de formation, de recherche et de services⁵¹.

Au Canada, la situation du financement est moins complexe dans le cas des professions en sciences infirmières et paramédicales. Dans le cas de ces formations, la source principale de financement est celle du gouvernement provincial aux universités. D'après les chiffres du CNFS, le financement accordé par les provinces pour chaque étudiant en sciences infirmières se situe entre 9 200 \$ et 19 100 \$. Toutefois, les programmes en sciences infirmières peuvent se voir accorder du financement de sources autres que les ministères de l'Éducation. De plus, ces programmes reçoivent des sommes distinctes au soutien d'activités de recherche⁵². En contrepartie, les chiffres du CNFS montrent que le financement du gouvernement provincial pour chaque étudiant en soins paramédicaux se situe entre 8 000 \$ et 11 600 \$. Aucune information sur le financement additionnel des programmes paramédicaux n'est disponible pour

⁵⁰ J. Townsend (1983), « Financing Medical Education » dans *Medical Education and Societal Needs: A Planning Report for Health Professions*, p. 243-260. (p. 243), [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://www.nap.edu/openbook/POD079/html/243.html>.

⁵¹ R.E. Brown (1973), « Financing Medical Education » dans W. Anlyan et coll. *The Future of Medical Education*. Durham, N.C. Duke University Press.

⁵² Nova Scotia Council on Higher Education (1998), *University Funding Formula - Technical Report* [disponible en ligne, en anglais seulement], à partir du lien suivant : http://www.ednet.ns.ca/index.php?sid=865172598&t=sub_pages&cat=350. Les programmes en sciences infirmières peuvent recevoir de l'argent de sources autres que les ministères provinciaux de l'Éducation, p. ex. des ministères provinciaux de la Santé. Voir p. 4-5 et p. 28. Santé Canada. Le gouvernement fédéral finance également certains programmes. Voir par exemple Santé Canada (2001), *Le gouvernement du Canada annonce des fonds pour le Programme ontarien de formation des infirmières praticiennes en milieu rural*, [disponible en ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2001/2001_19_f.html.

le moment..

Approches différentes d'évaluation des programmes de formation pour les professionnels de la santé

Le caractère obscur des systèmes de financement, de comptabilité et de contrôle des coûts en matière de formation au sein des professions de la santé constitue un défi pour les organismes de financement qui souhaitent établir ce qui doit être financé, comment doivent être utilisées les sommes et déterminer si les dépenses sont rentables. À première vue, une solution simple pour l'évaluation des coûts dans de tels cas serait d'établir un modèle fiable afin de déterminer les coûts de la formation. Toutefois, comme nous l'avons constaté, il est difficile de généraliser quant au coût de la formation à partir d'une seule évaluation. Au cours des dernières années, les organismes de financement, préoccupés par leurs propres méthodes d'évaluation et d'imputabilité, ont pris des mesures pour relever les défis associés à l'évaluation des coûts en matière de formation en santé. Plus particulièrement, ils ont mis sur pied ou participé à la mise sur pied de nouvelles approches en matière d'évaluation des coûts de formation et des programmes. Parmi ces approches se trouve le Plan de diversification des modes de financement (PDMF) du gouvernement de l'Ontario, de même que le modèle d'administration des services des ressources humaines du département de la santé et des ressources humaines des États-Unis. Dans les deux cas, les organismes de financement ont pris des mesures pour créer, que ce soit en collaboration ou indépendamment, un modèle d'évaluation des coûts de la formation qui répondrait à leurs besoins en matière d'évaluation et d'imputabilité en tant qu'organismes de financement. En ce qui concerne les nouvelles approches, les catégories pour la communication des données et les exigences relatives aux données ont été normalisées en vue de garantir que les services et les activités soient convenablement quantifiés et mesurés⁵³.

Approche de l'Ontario relative aux plans de diversification des modes de financement

Les PDMF de l'Ontario, tel que souligné dans le *Report of the Provincial Working Group: Alternative Funding Plans for Academic Health Science Centres*, abordent de nombreux sujets liés au financement et à l'imputabilité⁵⁴. Les PDMF sont envisagés pour les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres de formation en médecine qui nomment le personnel d'enseignement clinique. Étant donné qu'une grande partie du personnel clinique des CHU fait l'objet de nominations conjointes dans des facultés de médecine, les CHU laisse entrevoir le chevauchement classique entre les facultés des sciences

⁵³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2002). Centres hospitaliers universitaires. Plan de diversification des modes de financement. *AHSC AFP : Update (2)* - Septembre 2002, [disponible en ligne, en anglais seulement], http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/ahsc/ahsc_bul02/ahsc_230902.html, p. 11-12.

⁵⁴ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2002), *Report of the Provincial Working Group: Alternative Funding Plans for Academic Health Science Centres*, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/ahsc_fund.pdf, annexe E, p. 32-34.

de la santé des universités (ou écoles de médecine) et les hôpitaux universitaires affiliés. La nouveauté avec les PDMF de l'Ontario est que le financement passe par les CHU plutôt que par les universités. De plus, les PDMF reposent sur une entente de financement et d'imputabilité complexe entre les membres d'un réseau comprenant des représentants d'universités, d'hôpitaux universitaires, des conseils des médecins, d'associations médicales et des gouvernements⁵⁵. À ce titre, le PDMF de l'Ontario démontre un effort commun ainsi qu'une multiplicité de points de vue.

Une des motivations de la transition vers les PDMF a été de passer du paiement à l'acte à un système de financement global permettant aux CHU d'harmoniser davantage la rémunération des médecins avec les résultats attendus et les services rendus. Afin d'y parvenir, les diverses sources de financement des CHU ont été fusionnées en échange d'une nouvelle méthode de communication de rapports sur les résultats attendus. L'approche qui en a résulté n'était pas seulement avantageuse pour les médecins, elle l'était également pour les universités, les hôpitaux et les organismes de financement mandatés de superviser les dépenses en soins de santé. En effet, selon le groupe de travail provincial du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, le PDMF aborde plusieurs questions de longue date liées au financement et à l'imputabilité en matière de financement de l'enseignement médical :

[Traduction]

Un nouveau plan de financement harmonise les intérêts de l'université, de l'hôpital universitaire et du personnel médical concerné par la fusion (théorique ou réelle) de multiples sources de financement pour la rémunération du personnel médical dans les services cliniques, l'éducation, la recherche et l'administration. En échange de la fusion des sources de financement, les membres d'un PDMF s'entendent pour atteindre un ensemble complet de résultats en matière de services cliniques, d'éducation, de recherche et d'administration⁵⁶.

L'élément le plus profitable aux organismes de financement est que le PDMF apporte, en reliant le financement aux résultats attendus, un cadre d'évaluation qui harmonise avec plus de précision la communication de rapports et l'analyse des CHU avec les cadres d'évaluation actuels du gouvernement et des autres sources de financement. Avec l'approche conventionnelle d'estimation des coûts, les rapports financiers ont été interprétés de façon soit trop générale soit trop étroite par les universités, rendant ainsi difficile l'évaluation de l'efficacité globale des dépenses afférentes à certains résultats attendus. La question est pressante pour les organismes de financement responsables des fonds versés pour la formation des professionnels de la santé. Cette question est abordée en vertu de la disposition du PDMF sur les « résultats attendus mesurables » :

[Traduction]

- a) Définition des résultats attendus : Les résultats attendus dans le cadre des services cliniques, de l'enseignement, de la recherche et de l'administration pour les CHU et à l'interne aux niveaux du ministère et du médecin, seront définis en vertu du PDMF.
- b) Structure de gouvernance : En vertu du PDMF, la structure de gouvernance du PDMF se consacrera à l'évaluation du rendement des services cliniques, de l'enseignement, de la recherche et de l'administration et elle sera imputable par

⁵⁵ *Ibid*, p. 6-7.

⁵⁶ *Ibid*, p. 6.

le biais d'exigences définies et régulières en matière de rapports.

- c) Imputabilité : La structure de gouvernance du PDMF est imputable au gouvernement de l'Ontario quant à l'atteinte des résultats visés⁵⁷.

La question de la « définition des résultats attendus » est particulièrement intéressante. En effet, une compréhension claire des résultats attendus en vertu du programme est nécessaire afin de satisfaire aux critères en matière de structure de gouvernance et d'imputabilité présentés ci-dessus sous les points b) et c). Les divers résultats attendus définis par les PDMF de l'Ontario sont détaillés dans le rapport du groupe de travail provincial, à l'annexe E, p. 31-41⁵⁸. Les résultats attendus en vertu du PDMF y sont explicites quant à la définition des indicateurs de rendement, aux unités de mesure, aux exigences relatives aux macrodonnées et aux microdonnées (et aux données qui se situent entre ces deux niveaux), ainsi qu'à la disponibilité des données. Ces définitions doivent être appliquées à la cueillette et à la communication des données ainsi qu'aux composantes des centres hospitaliers universitaires (CHU) liées à l'évaluation de l'enseignement, de la recherche et des services cliniques.

Les principales catégories suggérées comme catégories d'évaluation dans l'annexe E comprennent la formation de premier cycle, la formation post-doctorale, la formation scientifique supérieure, la formation médicale continue, l'enseignement public, l'administration scolaire, les activités de recherche et les activités cliniques. L'annexe E compte au total dix pages de tableaux, beaucoup trop de contenu pour qu'il soit entièrement présenté dans ce document. Par contre, un exemple explicite, examiné ici en termes généraux, a trait à la formation médicale de premier cycle. Dans le cas présent, l'indicateur de rendement est défini comme le total des inscriptions au premier cycle. L'unité de mesure prévue correspond aux ETP des étudiants de premier cycle. Les données nécessaires pour la cueillette sont déterminées en fonction de trois niveaux d'analyse : des macrodonnées sur le total d'inscriptions au premier cycle, des macrodonnées de taille moyennes correspondant aux contributions des services cliniques et des microdonnées illustrant les contributions cliniques des médecins. Le modèle indique également où trouver les données brutes disponibles; dans le cas présent, par le biais des universités.

La vision du PDMF étant établie, le défi que l'Ontario doit maintenant relever consiste à élaborer un cadre législatif s'y rattachant et qui fera de cette vision de l'imputabilité une réalité :

[Traduction]

Le défi auquel doivent faire face le ministère et ses principaux intervenants est de passer de la vision du rapport du groupe de travail provincial à un document juridique que signeront toutes les parties au PDMF des CHU. Une ébauche de cadre de travail du PDMF des CHU est actuellement en cours de développement afin d'enregistrer les délibérations des parties et de répondre aux exigences du gouvernement, des établissements et des médecins en matière d'imputabilité⁵⁹.

⁵⁷ *Ibid*, p. 21.

⁵⁸ *Ibid*, p. 32-41.

⁵⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Centres hospitaliers universitaires. Plans de diversification des modes de financement (2002). *AHSC AFP : Update* (2) - Septembre 2002, [disponible en ligne, en anglais seulement],

Ultimement, l'approche du PDMF de l'Ontario a pour but de générer des données et des analyses à l'intention des multiples bénéficiaires. Par exemple, le PDMF peut fournir des indications aux CHU quant à la rémunération ainsi que des indications aux organismes de financement et gouvernementaux quant à l'évaluation des programmes⁶⁰. À ce titre, le modèle du PDMF servira non seulement à aider les CHU à déterminer la façon d'utiliser les fonds, mais également à aider les agences de financement à évaluer l'imputabilité.

Pour les organismes qui travaillent avec de multiples intervenants, le PDMF de l'Ontario est un modèle d'approche fondé sur la collaboration et sur le réseautage, pour établir des normes en matière de financement et d'évaluation. Il offre également la possibilité d'une fonction d'imputabilité simplifiée. Toutefois, il convient de remarquer que les PDMF ne sont pas entièrement dénués de matière à controverse. À l'origine, les PDMF ont été mis en marché en tant qu'outils pour faire face à une crise appréhendée relativement à la rémunération des médecins⁶¹. En conséquence, une des motivations principales pour adopter les PDMF, du point de vue d'un médecin, était de proposer une solution de

(...continued)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/ahsc/ahsc_bul02/ahsc_230902.html.

⁶⁰ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2002), *Report of the Provincial Working Group: Alternative Funding Plans for Academic Health Science Centres*, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/ahsc_fund.pdf, annexe E, p. 32-33.

⁶¹ Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie (2002), *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport intérimaire*, vol. 5 : Principes et recommandations en vue d'une réforme - Partie I, [disponible en ligne], <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repapr02vol5-f.htm#1.3%20%20%20%20%20There%20is%20a%20Need>.

Remarque : Au Canada, le coût des effectifs représente environ 75 % des 160 milliards (10,6 % du PIB) dépensés annuellement pour les soins de santé, soit environ 120 milliards de dollars. Selon le rapport du conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (habituellement désigné sous « le rapport Mazankowski »), plus de la moitié de l'augmentation du budget pour les soins de santé en Alberta a servi à couvrir l'augmentation des salaires en 2001-2002. Selon un article de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé « Les dépenses de santé devraient atteindre 160 milliards de dollars cette année », disponible en ligne à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_13nov2007_f, les médecins ont reçu 13,6 milliards de cette somme (8,5 %) des 160 milliards de dollars que le Canada dépense annuellement en soins de santé. Selon un article de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé « Le nombre de médecins au Canada suit la croissance de la population », disponible en ligne au http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_25oct2007_f, en 2006, le Canada comptait 62 307 médecins. En conséquence, le Canada dépense 218 274 \$ par médecin en salaire. Étant donné qu'il y a présentement environ 33 millions d'habitants au Canada, une somme approximative de 4 120 \$ par habitant est annuellement consacrée aux salaires des médecins.

rechange à la rémunération traditionnelle tarifaire versée aux fournisseurs de services. Selon le D^r Jonathan Meddings, la chaire de médecine de l'Université de l'Alberta, le nouvel accord de financement a été proposé à un stade critique : [Traduction] « Malheureusement, sous-jacent à tout ceci se trouve [...] un sentiment que ce qui était une entente implicite entre l'organisme de financement – l'hôpital ou la régie régionale – et le fournisseur de services – le médecin ou le chirurgien – est réellement en train de tomber en pièces⁶². » Toutefois, il semble que l'apparition de PDMF multiples soit maintenant un motif de préoccupation pour les universitaires, particulièrement en ce qui touche le besoin de normes uniformes de rémunération. Il semble que la principale difficulté soit l'existence de PDMF multiples au sein d'une même province : [Traduction] « Cela crée des iniquités et des inégalités, avec des gens dans des PDMF distincts payés de façons différentes pour le même travail [...] nous devons nous diriger vers la normalisation », suggère Meddings⁶³.

Bien qu'il y ait évidemment des questions non réglées relativement à la rémunération des médecins, il est clair que les enjeux associés à l'introduction des PDMF et de leurs avantages sont plus importants que la simple question de la rémunération des médecins. L'apparition des PDMF et les discussions qu'ils suscitent suggèrent qu'ils représentent de nombreux mouvements sur de multiples fronts en matière de financement de l'enseignement médical⁶⁴. Les résultats importants pour les gouvernements et les autres organismes de financement sont, entre autres, que le PDMF soit au cœur d'un effort de collaboration, qu'il propose un cadre d'évaluation normalisé, qui assure la liaison entre le financement et les résultats attendus et que les coûts de formation puissent être liés à ces résultats attendus.

L'approche de la Health Resources Services Administration

Une agence du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, la *Health Resources Services Administration* (HRSA), offre des programmes compétitifs d'attribution de bourses pour les professions de la santé. Les programmes de la HRSA et les programmes de contribution du BACLO possèdent des similarités importantes aux niveaux de la conception et des objectifs. Par exemple, pour certains programmes de la HRSA, la majorité du financement est consacré à la formation des professionnels de la santé. Plus spécifiquement, les objectifs des programmes incluent l'amélioration du service dans les régions mal desservies et l'amélioration de la représentation des groupes minoritaires dans les professions de la santé. Récemment, la HRSA a complètement modifié les composantes du programme sur les professions de la santé en ce qui a trait à la communication des rapports et à

⁶² Diana Swift (2005), « Academic alternative funding plans: The key to maintaining excellence in teaching and research? » dans *Primary Care Reform: Reshaping health care in Canada*, p. 39, publié par l'Association médicale canadienne, [disponible en ligne, en anglais seulement], www.cma.ca/.../CMA/Content/Images/Inside_cma/WhatWePublish/LeadershipSeries/English/alternative_funding.pdf.

⁶³ *Ibid*, p.38.

⁶⁴ S.E.D. Shortt et coll. (1999), *Evaluation of the Alternative Funding Plan at the Southeastern Ontario Academic Medical Organization: Final Report*, [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://chspr.queensu.ca/downloads/Reports/Evaluation%20of%20Alternative%20Funding%20Plan%201999.pdf>

l'évaluation⁶⁵. La nouveauté de l'approche ainsi créée réside dans le remplacement d'un certain nombre

⁶⁵ L'historique de la transition de la HRSA à cette nouvelle approche est la suivante : en 2002, une évaluation menée par le gouvernement américain sur le programme de la HRSA sur les professions de la santé a déclaré le programme « inefficace ». Les quatre éléments que comportait l'évaluation du programme de la HRSA sur les professions de la santé sont les suivants : conception et but du programme, planification stratégique, gestion du programme, et résultats et imputabilité du programme. Alors que les trois premières catégories ont obtenu des cotes entre 60 % et 73 %, la catégorie incluant les résultats et l'imputabilité du programme a obtenu une cote de 13 %. Évidemment, vu ce dernier résultat très bas, l'efficacité globale du programme a été remise en question. La HRSA a décidé de réévaluer son programme sur les professions de la santé.

Le faible résultat obtenu lors de l'évaluation du programme a incité la HRSA à commencer à chercher des façons d'améliorer son rendement dans le domaine des résultats et de l'imputabilité. Plus particulièrement, la HRSA a recherché des meilleures façons d'évaluer l'efficacité financière des programmes de formation de la HRSA. La méthode employée par la HRSA, avant l'obtention de son faible résultat dans le domaine des résultats et de l'imputabilité, consistait à faire le suivi des étudiants et des finissants du programme, p. ex. le nombre de diplômés &c. financés par la HRSA qui pratiquent en régions mal desservies, le nombre de finissants &c. qui offrent du soutien et des soins de première ligne, le nombre d'étudiants et de résidents issus d'un groupe minoritaire qui ont terminé leur formation et le nombre d'étudiants issus d'un groupe minoritaire, faculty &c. en formation. L'hypothèse sous-jacente à cette méthode est qu'une augmentation du nombre de diplômés ou de finissants est un indicateur de l'amélioration de l'accessibilité. Malheureusement, la première méthode d'évaluation des programmes ne comportait aucune évaluation de l'efficacité, ce qui a causé un problème à l'égard de l'imputabilité.

En 2005, des efforts considérables avaient été déployés pour améliorer les résultats et l'imputabilité du programme relatif aux professions de la santé. Cette année-là, la HRSA a tenu une réunion réunissant tous les bénéficiaires de bourses pour leur annoncer les changements dans ses programmes dans le domaine de la mesure du rendement. La rencontre a été suivie de réunions en petits groupes pour présenter les nouvelles mesures du rendement, les mesures de référence et les indicateurs de résultats nationaux pour les programmes de bénéficiaires de subventions. Comme l'explique Elizabeth Duke, la directrice générale de la HRSA :

[Traduction] L'importance de ces nouvelles mesures du rendement pour les programmes des professions de la santé ne sera jamais trop soulignée. Elles permettront d'établir avec plus de clarté le lien entre l'enseignement et la formation que financent les subventions de la HRSA, et les efforts du gouvernement fédéral pour mieux servir les régions mal desservies et réduire les inégalités en santé.

L'annonce, en 2005, de nouvelles mesures du rendement de la HRSA a été suivie, en 2006, par la transmission d'une lettre aux bénéficiaires de subventions pour leur présenter un nouveau système global de gestion du rendement, disponible sur le Web, ainsi qu'un
(continued...)

d'indicateurs de rendement utilisés pour évaluer l'amélioration de l'accessibilité (indicateurs qui mettent l'accent sur le recensement des diplômés ou des finissants des programmes) par une mesure d'évaluation de l'efficacité qui précise le lien avec ce qu'il en coûte au programme de la HRSA par diplômé ou par finissant :

[Traduction]

- Maintenir le coût moyen par diplômé ou finissant au programme en vue d'offrir une formation et de l'enseignement à long terme⁶⁶.

Conséquemment, la nouvelle approche de la HRSA l'a menée à rechercher la stabilité dans ses propres coûts de formation et à s'efforcer de maintenir la moyenne des coûts par diplômé :

[Traduction]

Les coûts de formation varient sensiblement en fonction des professions de la santé auxquelles les programmes d'attribution de bourses sont destinés et du type de dépenses prévues par le règlement (frais de scolarité, allocations, perfectionnement du corps professoral, etc.). Le montant de référence pour l'année financière 2004 (4 550 \$) représente le coût moyen prévu aux parties VII et VIII pour ce qui est de fournir de la formation à long terme à tous les diplômés ou finissants dans chacun des programmes d'attribution de bourses (à l'exception de l'éducation permanente et autres formations non intensives de courte durée). Le calcul des coûts est basé sur le total des bourses octroyées. Cette façon de faire représente un nouveau domaine d'évaluation en matière d'enseignement des professions de la santé et des sciences infirmières et des programmes de formation. Ainsi, il faudra analyser attentivement les données pour déterminer si les coûts moyens peuvent être maintenus ou s'il serait possible de les réduire au cours de l'année financière 2005 et des suivantes⁶⁷.

La source de données suggérée pour la nouvelle mesure de l'efficacité de la HRSA est constituée de données soumises par l'entremise d'un nouveau système en ligne de gestion des bourses et de production de rapports. Comme il est mentionné ci-dessus, « le calcul des coûts est basé sur le total des bourses

(...continued)

rapport d'activité uniforme. Le nouveau système permettait l'accès aux bénéficiaires et au personnel de la HRSA. Plus particulièrement, il permettait aux bénéficiaires de faire des demandes de subvention en ligne, de suivre le processus des demandes de subvention et de rapporter des données à la HRSA de façon continue. L'acquisition de moyens plus efficaces de recueillir les données constituait évidemment une facette primordiale du plan de la HRSA pour répondre à la question de la communication de rapports et de l'imputabilité.

⁶⁶ United-States. Department of Health and Human Services. Health Resources Services Administration (HRSA), *Fiscal Year 2008 Justification of Estimates for Appropriations Committees*. Details of Performance Analysis. Health Professions, p. 7 [disponible en ligne, en anglais seulement], <http://www.hrsa.gov/about/budgetjustification08/HealthProfessionsPerformanceAnalysis.htm>.

⁶⁷ *Ibid*, p.7.

octroyées ».

Tout comme l'approche du PDMF de l'Ontario, l'approche de la HRSA représente une solution pertinente de rechange au modèle traditionnel d'estimation des coûts privilégié par les universités. Ces deux approches sont non seulement nouvelles par rapport à certains aspects, mais elles tiennent également compte des exigences sur les données et sur la production de rapports des agences de financement en regard de la question de l'imputabilité.

Conclusions

Les objectifs de ce survol étaient de faire connaître l'historique et le contexte requis pour soutenir et interpréter une étude détaillée des coûts de la formation, et de fournir une aide plus générale en matière d'activités de planification stratégique. Dans le cadre du premier objectif, trois programmes de formation en santé, ainsi que des estimés (au plan provincial et national) des coûts de formation pour chacun de ces programmes, ont été étudiés. Dans le cadre du deuxième objectif, une discussion de fond a été menée en regard de certaines des difficultés associées à l'évaluation des coûts de formation des professions de la santé.

Annexe A – Programmes collégiaux et universitaires offerts en français par le CNFS sous Formation et maintien en poste des professionnels de la santé

	La Cité collégiale	Collège Boréal	CCNB – Campus de Campbellton	Collège universitaire de Saint-Boniface	Université Sainte-Anne
<i>Programmes collégiaux du CNFS</i>					
1 Aide en santé			•		
2 Aide en soins de santé				•	
3 Assistant(e) en ergothérapie / Assistant(e) en physiothérapie	•	•			
4 Autisme et sciences du comportement (postdiplôme)	•				
5 Commis de bureau – milieu de santé	•				
6 Échographie diagnostique (postdiplôme)		•			
7 Hygiène dentaire	•	•			
8 Massothérapie		•			
9 Préposé(e) aux services de soutien personnels	•	•			
10 Présences de la santé	•	•			
11 Promotion de l'activité physique et de la santé		•			
12 Santé et services de soins continus					•
13 Sciences infirmières	•	•		•	
14 Services de soutien à l'intégration	•				
15 Soins ambulanciers paramédicaux	•	•			•
16 Soins ambulanciers paramédicaux avancés					•
17 Soins dentaires (niveaux I et II)	•	•			
18 Soins infirmiers auxiliaires	•	•	•		
19 Soins palliatifs	•		•		
20 Techniques d'éducation spécialisée	•				
21 Techniques d'électroneurophysiologie médicale	•				
22 Techniques d'électrophysiologie médicale			•		
23 Techniques de laboratoire médical			•		
24 Techniques de thérapie respiratoire			•		
25 Techniques des services sociaux					•
26 Techniques de travail social	•	•			
27 Techniques de travail social en gérontologie	•				
28 Techniques en pharmacie			•		
29 Techniques pharmaceutiques	•	•			
30 Techniques radiologiques			•		
31 Technologie en radiation médicale		•			
32 Thérapie respiratoire	•				

Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé

<i>Programmes universitaires du CNFS</i>	Université d'Ottawa (Ontario)	Université de Moncton (Nouveau-Brunswick)	Université Laurentienne (Ontario)	Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba)	Université Sainte-Anne (Nouvelle-Écosse)	Campus St-Jean (Université de l'Alberta)	Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick
1 Audiologie	●						
2 Éducation physique et santé			●				
3 Ergothérapie	●						
4 Études de la santé			●				
5 Gériologie	●						
6 Gestion publique (santé)		●					
7 Kinésiologie		●	●				
8 Leadership : activités physiques de plein air			●				
9 Médecine	●						●
10 Nutrition (1er cycle)		●					
11 Nutrition (2e cycle)		●					
12 Orthophonie	●						
13 Pharmacie							●
14 Physiothérapie	●						
15 Promotion de la santé			●				
16 Psychologie (1er cycle)	●		●				
17 Psychologie (2e cycle)		●					
18 Psychologie clinique (3e cycle)	●	●					
19 Sage-femme			●				
20 Sciences de l'activité physique (1er cycle)	●		●				
21 Sciences de l'activité physique (2e cycle)	●						
22 Sciences de la santé	●				●		
23 Sciences de laboratoire médical		●					
24 Sciences du loisir	●						
25 Sciences infirmières (1er cycle)	●	●	●	●		●	
26 Sciences infirmières (programme professionnel)	●		●				
27 Sciences infirmières (formation des infirmières et infirmiers praticiens)	●						
28 Sciences infirmières (2e cycle)	●						
29 Sciences infirmières – infirmière ou infirmier praticien (2e cycle)		●					
30 Sciences infirmières – infirmière ou infirmier praticien en soins de santé primaires (2e cycle)	●						
31 Service social ou travail social (1er cycle)	●	●	●				
32 Service social ou travail social (2e cycle)	●	●	●				
33 Techniques radiologiques		●					
34 Thérapie respiratoire		●					

Annexe B – Estimés des coûts de formation du groupe de travail du CNFS

Fourchettes de revenus du système universitaire*

Baccalauréat		
Ergothérapie, Études de la santé, Éducation physique, Gérontologie, Kinésiologie, Physiothérapie, Promotion de la santé, Sciences de la santé, Sciences de l'activité physique, Sciences du loisir	10 450 \$	19 100 \$
Pharmacie	11 650 \$	19 900 \$
Psychologie	13 500 \$	14 000 \$
Médecine premier cycle	45 000 \$	73 500 \$
Sage-femme		
Sciences	8 600 \$	15 600 \$
Sciences infirmières, Nutrition	12 500 \$	19 100 \$
Travail social	10 500 \$	15 000 \$
Sciences de laboratoire médical*	20 200 \$	
Thérapies radiologiques*	13 500 \$	
Thérapie respiratoire*	13 500 \$	
Certificats de premier cycle		
Tous les certificats	6 900 \$	
Maîtrise		
Sciences de l'activité physique	25 000 \$	43 000 \$
Audiologie, Ergothérapie, Nutrition, Orthophonie, Physiothérapie,	16 000 \$	33 000 \$
Psychologie	22 500 \$	24 800 \$
Sciences	24 700 \$	
Travail social	13 000 \$	24 750 \$
Sciences infirmières	20 500 \$	33 100 \$
Doctorat		
Psychologie	20 400 \$	36 000 \$

* Les revenus de ces programmes ont été utilisés en Alberta étant donné qu'il n'y avait pas de données disponibles ailleurs. Ce sont des programmes collaboratifs Univ-collèges

Un ajustement de 2,5 % par année a été utilisé pour établir la fourchette de 2008-2009

* Les revenus comprennent les subventions provinciales et les droits de scolarité.

Fourchettes de revenus du système collégial

Assist. en ergothérapie et physiothérapie	8 200 \$	
Aide physiothérapeute	7 700 \$	
Autisme et sciences du comportement	5 600 \$	
Commis de bureau - milieu de la santé	6 000 \$	
Échographie diagnostique**	16 000 \$	
Hygiène dentaire	11 500 \$	
Massothérapie	7 500 \$	
Pré-sciences de la santé	6 400 \$	
Préposé au Service de soutiens personnels	9 000 \$	
Promotion de l'activité physique et de la santé	6 600 \$	
Santé et services de soins continus		
Sciences infirmières	9 200 \$	14 000 \$
Service de soutien à l'intégration	6 500 \$	
Soins ambulanciers paramédicaux	8 000 \$	11 600 \$
Soins dentaires**	9 700 \$	14 000 \$
Soins infirmiers auxiliaires (1 an)**	11 900 \$	
Soins infirmiers auxiliaires (2 ans)**	14 900 \$	
Soins palliatifs	2 500 \$	
Techniques d'éducation spécialisée	5 700 \$	
Techniques pharmaceutiques	5 800 \$	
Techniques de laboratoire médical	9 800 \$	17 100 \$
Techniques de thérapie respiratoire	10 200 \$	13 500 \$
Techniques de Travail social	5 800 \$	11 000 \$
Techniques de Travail social - gérontologie	5 800 \$	14 200 \$
Technologie en radiation médicale	11 000 \$	13 000 \$
Techniques radiologiques		
Techniques d'électrophysiologie		
Techniques de réadaptation		

Un ajustement de 2,5 % par année a été utilisé pour établir la fourchette de 2008-2009