

## De pénurie de médecins de famille à surplus ?

Isabelle Paré

EN 2008, la FMOQ est préoccupée par la pénurie de médecins de famille. Deux enjeux s'avèrent cruciaux : l'accès difficile à un médecin de famille et le désintérêt marqué des étudiants envers la profession. Des actions de valorisation de la médecine familiale s'imposent donc. Ainsi, pour sensibiliser les acteurs politiques et la population à ces difficultés, la FMOQ publie en 2008 l'*Énoncé de principe pour une politique nationale sur la médecine familiale*. Une campagne de publicité illustrant les difficultés vécues par la profession sera créée pour la télévision et pour *YouTube*, campagne qui illustre également l'apport important et essentiel des médecins de famille à la santé des Québécois. Cinq ans plus tard, force est de constater que nos efforts ont été récompensés puisque plus d'omnipraticiens sont formés. Au rythme d'installation en pratique des nouveaux médecins de famille, après la pénurie, doit-on maintenant craindre un surplus ?

### Historique de la pénurie

Le Québec n'a pas toujours été en pénurie de médecins de famille. Dans les années 1980, les médecins devaient « monter » leur patientèle. Les cabinets n'affichaient pas la surcharge actuelle et les heures de travail étaient longues. Les médecins ne pouvaient se permettre que leurs patients fassent le saut chez un « concurrent » et devaient alors adapter leur offre de services aux besoins des patients. Parallèlement à cette situation plus favorable en zone urbaine, les régions peinaient à faire le plein d'effectif médical et connaissaient déjà une pénurie chronique.

Cette zone de confort relatif de la pratique médicale n'a pas échappé au gouvernement qui est alors intervenu pour limiter l'accès à la profession. Au début des années 1990, le gouvernement du Québec a élaboré

*M<sup>me</sup> Isabelle Paré est conseillère en politique de santé et chercheuse à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Elle est titulaire d'un doctorat (Ph. D.) en science politique.*

### Tableau

#### Postes de résidence en médecine familiale offerts de 1998 à 2013

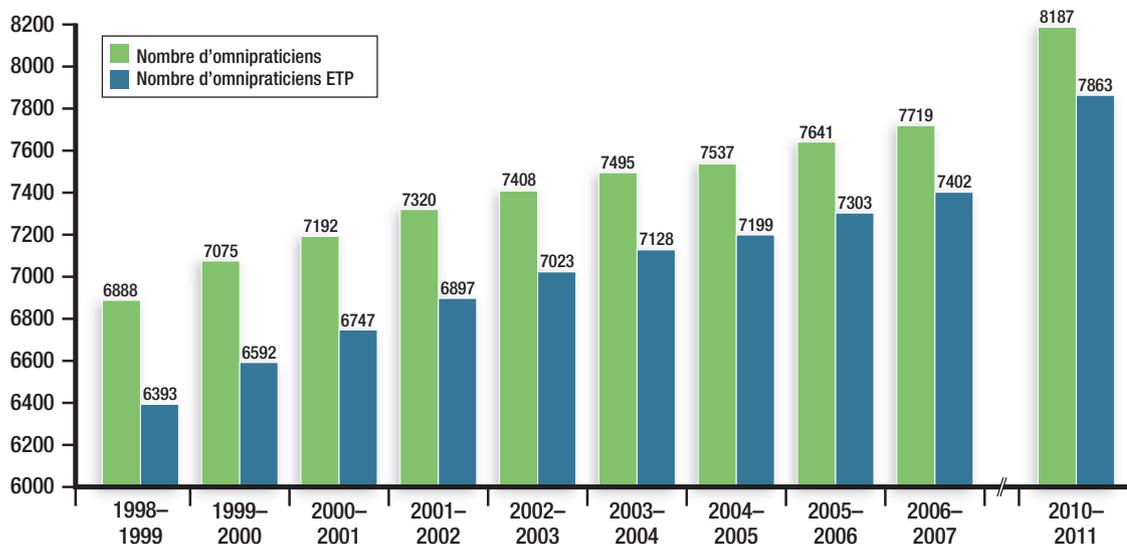
Année	Postes offerts	Taux de postes pourvus (%)
1998	180	100
1999	170	100
2000	161	100
2001	163	95
2002	172	99
2003	205	96
2004	223	96
2005	252	100
2006	265	97
2007	300	78
2008	346	87
2009	381	81
2010	394	85
2011	400	87
2012	409	94
2013	408	89

deux mesures dont les conséquences se font encore sentir. La première est la diminution du nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine (spécialité de médecine familiale et autres spécialités médicales) en deux phases, soit de 1989 à 1993 (où le nombre d'admissions a été réduit de 579 qu'il était en 1982 à 481 en 1993) et de 1996 à 1998 (où le nombre d'admissions a chuté à 406)<sup>1</sup>.

La seconde mesure concerne le programme de retraite anticipée de 1997. L'objectif du gouvernement

## Figure

### Évolution du nombre d'omnipraticiens et d'équivalents temps plein (ETP) de 1998 à 2011<sup>2</sup>



était l'atteinte du déficit zéro. Faisant face à des difficultés financières et étant incapable de répondre à ses obligations budgétaires, l'État a mis sur pied un programme de départ volontaire à la retraite pour les fonctionnaires et les médecins. Plus de 1500 médecins se sont alors prévalus d'une retraite anticipée, ce qui a donné lieu à un départ massif et soudain de ces précieux professionnels de la santé.

#### Conséquences des mesures

Les effets de la réduction du nombre d'admissions dans les facultés de médecine ont été considérables et se font encore sentir. À la fin des années 1990 et au début des années 2000, il y avait moins de la moitié des postes de résidence en médecine familiale qu'aujourd'hui. En 1998, 180 postes étaient offerts pour la résidence en médecine familiale contre 408 en 2013 (tableau).

Évidemment, il ne suffit pas d'offrir des postes de résidence, encore faut-il qu'ils soient pourvus. Les taux de postes pourvus ont commencé à fléchir en 2007, d'où l'inquiétude formulée par la FMOQ et ses actions de valorisation de la médecine de famille en 2008. Sauf en 2009 et en 2013 où le taux n'a pas suivi la courbe de progression des admissions, les efforts de valorisation de la médecine familiale ont donné lieu à des résultats concrets et positifs. Après maintes discussions entre le MSSS, les facultés de médecine, la CREPUQ, le Collège

et les fédérations médicales, le ratio de répartition des postes de résidence entre la médecine de famille et la médecine spécialisée est actuellement de 47 % – 53 %. Il sera de 50 % – 50 % en 2014-2015 et de 55 % – 45 % pour la médecine familiale en 2017. Le nombre de médecins de famille en pratique a légèrement augmenté au fil du temps et sera plus important dans les prochaines années. La figure présente l'évolution du nombre de médecins et d'équivalents temps plein de 1998 à 2011<sup>2</sup>.

#### Planification des effectifs

Il manque aujourd'hui 1063 médecins de famille. Le MSSS a travaillé à différents scénarios afin d'enrayer la pénurie et d'assurer l'accès des citoyens à un médecin de famille. Il a tenu compte de trois facteurs pour estimer les arrivées requises en médecine familiale pour maintenir le niveau de services, soit le taux d'attrition des médecins (vieillesse des médecins et nombre de nouveaux médecins nécessaires pour compenser ceux qui quittent la profession), le taux d'activité (nouveaux médecins nécessaires pour compenser l'activité) et les changements démographiques de la population (accroissement et vieillissement de la population).

Le MSSS estime que le Québec devra compter entre 10 700 et 11 800 médecins de famille en 2032 pour maintenir le niveau de services actuel et résorber la pé-

nurie. En nombre absolu, il devra y avoir au moins 3000 médecins de famille de plus en 2032 qu'aujourd'hui pour une population plus nombreuse.

Sans sous-estimer l'importance de la démographie québécoise, la FMOQ considère que les prévisions du MSSS donnent trop de poids au vieillissement de la population et des nouveaux arrivés (naissances, immigration). Les personnes qui auront 65 ans en 2032 seront différentes de celles qui ont le même âge aujourd'hui, comme ce fut le cas pour la génération précédente. Cette situation entraînera vraisemblablement une modulation de la consommation des services. Également, avec des modèles novateurs comme l'Accès adapté et une pratique de groupe réussie, la responsabilité populationnelle sera répartie au sein d'une équipe au lieu de reposer uniquement sur le médecin. Les scénarios du MSSS ne tiennent pas compte d'une organisation évoluée de la première ligne. Nous savons toutefois que ces scénarios seront réévalués, ce qui permettra de revoir les projections au fur et à mesure que des transformations de pratique tangibles sur le terrain prendront forme.

Par ailleurs, au rythme d'arrivée des nouveaux médecins, la FMOQ craint un surplus. La pénurie actuelle est bien réelle, mais il faut veiller à ne pas former trop de médecins de famille afin d'éviter la situation observée dans certaines spécialités où les chances d'obtenir un poste diminuent.

**I**L FAUT DONC être alerte, ouvert aux changements et bien prendre le pouls de la réalité médicale avant d'ajuster les admissions en médecine. La pénurie actuelle est la conséquence de mauvaises décisions. La planification des effectifs médicaux est primordiale. C'est pourquoi il importe de trouver le juste équilibre pour ne pas corriger de nouveau, encore et encore, les conséquences de mauvaises décisions. Il faut que la planification soit stable au fil du temps afin d'éviter l'effet yo-yo. 🍷

---

## Références

1. Fournier MA, Contandriopoulos AP. *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) ; 2005.
2. Paré I. *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens du Québec 2010-2011*. Montréal : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ; 2013. À paraître.