

Pénurie d'omnipraticiens au Québec

DANS UN ARTICLE publié dans une section ultérieure de ce numéro du *Médecin du Québec*, M^{me} Isabelle Savard et le Dr Jean Rodrigue affirment que la question de l'adéquation du nombre d'omnipraticiens ne peut avoir de sens que si nous tenons compte des choix d'organisation des soins de santé et des diverses pratiques des médecins de famille. Y a-t-il assez d'omnipraticiens dans un système qui tarde à se réorganiser, où les ressources pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne se font rares ? Y a-t-il assez d'omnipraticiens dans un système où le rôle qu'on veut leur voir jouer en première et en deuxième ligne s'élargit sans cesse ? À ces questions nous devons répondre non.

Problématique

Dans un contexte de diminution puis de stagnation du nombre d'omnipraticiens, l'augmentation de la demande et les modifications intervenues dans la force de travail sont les principales causes de ces pénuries. Les départs massifs à la retraite ont créé un fossé entre l'offre et la demande en services médicaux. La population des médecins omnipraticiens vieillit, se féminise et a un taux d'accroissement inférieur à l'augmentation des besoins de la population. Ce sont autant de facteurs qui contribuent à perpétuer, et même à accentuer cet écart.

Tant les témoignages des omnipraticiens œuvrant sur le terrain que les changements observés dans les profils de pratique et les caractéristiques de la main-d'œuvre médicale ont amené la FMOQ à reconnaître l'urgence de la situation. Il y a un déficit réel en omnipraticiens au Québec, et celui-ci est important. Certains persistent à minimiser la situation.

Au-delà des chiffres bruts

Les statistiques publiées récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) étaient déconcertantes. Comment expliquer que le Québec ait un ratio population/omnipraticiens plus avantageux que la moyenne canadienne alors que des pénuries sérieuses sont signalées un peu partout ? Sur ce plan, la méthode de calcul utilisée

devient déterminante et, comme nous pouvons le constater à la lecture de l'article d'Isabelle Savard et de Jean Rodrigue, celle de l'ICIS comporte des biais importants.

Certains constats sur la situation actuelle sont frappants. Les effectifs en médecine générale ont retrouvé en 2000 leur taille de 1995. Le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) évalue l'augmentation des besoins de la population québécoise à 1 % par année en conséquence de l'augmentation de la population et de son vieillissement. Selon le modèle utilisé par le MSSS, il y aurait un écart de 5 % entre les effectifs nécessaires et les effectifs réels. Nous ne sommes déjà plus en mesure de répondre aux besoins de la population, et cette inadéquation s'aggravera au cours des années.

Des omnipraticiens présents en première et en deuxième ligne

Les médecins omnipraticiens partagent leurs activités entre la première (68 %) et la deuxième ligne (32 %) de soins. Ce phénomène existe dans toutes les régions du Québec. La planification doit tenir compte des besoins aux deux paliers de soins. La médiatisation des pénuries qui ont frappé les services d'urgence et les unités hospitalières ne devrait pas avoir pour effet d'occulter les problèmes d'accessibilité à la prise en charge et au suivi en première ligne. Ce sont là les tâches premières d'un médecin omnipraticien. À ce titre, les cabinets privés ont un rôle de premier plan à jouer. Plus de 4000 omnipraticiens y travaillent, répartis à travers le Québec dans un réseau formé de 839 cabinets de groupe et de 707 médecins travaillant en solo. Ils prodiguent plus de 80 % des soins de première ligne à la population. Il est clair que des ressources humaines et



Le Dr Renald Dutil.

financières supplémentaires devront y être investies. Pour l'ensemble du Québec, et pour la plupart des régions, le nombre d'équivalents temps plein en médecine générale au niveau de la première ligne de soins, incluant les services dispensés dans les cabinets privés, les CLSC et les CHSLD, n'assure même pas un ratio population/médecin de famille suffisant selon les normes avancées par les membres de la commission Clair pour les groupes de médecins de famille (1 médecin pour 1000-1800 personnes). L'augmentation des frais de pratique demeure toujours une menace à la viabilité des cabinets privés; il faudra résoudre ce problème.

Dans un article publié dans *La Presse* du 2 septembre dernier, M^{me} Galipeau semble s'étonner de la pénurie de médecins dans les cabinets privés de Montréal. Elle y cite un porte-parole du MSSS déclarant « n'avoir jamais entendu parler du manque de médecins dans les cliniques privées médicales ». Une affirmation surprenante, puisque ce problème a fait l'objet de multiples représentations de la FMOQ auprès de ce même ministère et des médias. Les données nous indiquent que la région de Montréal a globalement moins d'omnipraticiens en 1999-2000 qu'en 1991-1992, et qu'elle a perdu 5 % des médecins exerçant dans des cabinets privés durant cette même période. L'accessibilité à un médecin de famille est devenue problématique. On observe une situation plus grave dans la région Centre-du-Québec, alors que dans de nombreuses autres régions, on constate une stagnation des effectifs en médecine générale malgré une demande accrue pour leurs services. Point n'est besoin d'épiloguer longuement sur la fragilité des effectifs dans les régions éloignées, où les omnipraticiens n'arrivent plus à assurer une accessibilité raisonnable à des services de médecine familiale dans plusieurs de ces territoires.

Des solutions

À court terme, il faudra composer avec la main-d'œuvre médicale actuelle et donner priorité à certaines activités ou à certains secteurs de pratique. Mais il faut être prudent dans l'établissement de ces priorités. L'accessibilité à des services de prise en charge et de suivi en première ligne, dans les cabinets privés et les CLSC, ne saurait être sacrifiée sous peine de voir le système s'engorger davantage. Ce serait là une grave erreur.

Toutefois, des solutions permanentes aux pénuries qui

affectent tous les secteurs de la médecine familiale devront être appliquées. Il est essentiel d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine et le nombre de résidents en médecine familiale. Dès 1998, la FMOQ faisait des recommandations en ce sens. Le Québec a été la première mais non la seule province canadienne à augmenter ses admissions en médecine. Déjà, l'Ontario et l'Alberta lui ont emboîté le pas. Encore faudra-t-il que l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine se traduise par une hausse du nombre d'omnipraticiens formés. La répartition des postes en résidence pour chacune des cohortes d'étudiants se faisait traditionnellement sur la base d'une proportion de 40 % d'omnipraticiens et de 60 % de spécialistes, ce qui avait pour effet de produire une répartition de 50-50 au terme de la formation en résidence. Or, ce n'est plus le cas depuis quelques années. Si la tendance se maintient, le nombre de nouveaux médecins de famille sera inférieur à celui qui a été prévu dans les exercices de planification, ce qui aggravera les pénuries actuelles. Les représentations de la Fédération pour corriger la situation ont été nombreuses et malheureusement passées sous silence jusqu'à ce jour; mais il ne saurait en être ainsi encore bien longtemps.

L'augmentation du nombre d'omnipraticiens formés devra aussi être accompagnée d'une meilleure organisation des services. La mise sur pied des départements régionaux de médecine générale (DRMG), l'organisation en réseaux et l'implantation des groupes de médecins de famille sont aussi des moyens préconisés par la Fédération. Mais il ne faut pas se faire d'illusions. La mise en place de groupes de médecins de famille n'est pas la panacée aux pénuries actuelles. Bien au contraire, à plus d'un endroit, le succès de cette nouvelle organisation sera rapidement compromis par ce douloureux problème. Le gouvernement doit revoir ses politiques en matière de planification des effectifs en médecine générale et injecter les ressources nécessaires à la prise en charge et au suivi des clientèles dans les cabinets privés et les CLSC. Faute de quoi la réforme des soins médicaux de première ligne telle que la préconise la commission Clair n'aura encore été qu'un vain exercice de planification.

Renald Dutil, m.d.
Président

Le 14 septembre 2001.