

**À** LA FIN DES ANNÉES 1970 et au début des années 1980, les principaux décideurs et groupes d'intérêts du système de santé croyaient fermement qu'il y avait un important surplus de médecins au Québec<sup>1,2</sup>. Dans les années 1970, l'entrée de médecins étrangers fut limitée et, dès le début des années 1980, le gouvernement québécois a imposé une baisse substantielle des admissions en médecine, suivant ainsi la tendance observée à l'échelle canadienne<sup>3</sup>. Ces décisions reposaient en grande partie sur le constat d'une augmentation rapide des dépenses de santé et de la densité médicale.

Les pénuries observées à l'époque passaient sous le couvert de la mauvaise répartition des effectifs. Des mesures incitatives et punitives ont été mises en place pour favoriser une meilleure répartition des effectifs. Parmi les plus célèbres, on note la rémunération différenciée, les primes d'installation et le décret d'une rémunération à 70 % dans les régions universitaires et périphériques pour les trois premières années de pratique.

Or, voici qu'au cours des dernières années toutes les régions du Québec ont été affectées par des pénuries de médecins omnipraticiens, non seulement dans les services d'urgence et les unités hospitalières, mais également pour la prise en charge et le suivi en première ligne. Nous les avons même vu poindre dans des régions en équilibre d'effectifs. Cela est d'autant plus surprenant que les dernières statistiques publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ré-

*M<sup>me</sup> Isabelle Savard, B.Sc., M.A.P., est conseillère cadre à la Direction de la planification et de la régionalisation de la FMOQ. Le Dr Jean Rodrigue, M.Sc., en est le directeur.*

## Trop ou trop peu d'omnipraticiens au Québec?

par Isabelle Savard  
et Jean Rodrigue

### Tableau I

#### Nombre de médecins omnipraticiens selon différentes sources et différents critères

	Nombre d'omnipraticiens
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	7821
FMOQ (revenu de 1,00 \$ et plus)	7168

vèlent que le nombre d'omnipraticiens par 100 000 habitants au Québec est de 106, ce qui est nettement plus avantageux que la moyenne canadienne (ratio de 94 omnipraticiens par 100 000 habitants)<sup>4</sup>. Pourtant, il y a des problèmes réels de pénurie. Cette situation réactualise les débats autour du nombre adéquat d'omnipraticiens au Québec et de leur répartition. Y a-t-il trop ou trop peu d'omnipraticiens?

Afin de répondre à cette question, nous aborderons l'évolution des effectifs en médecine familiale, les caractéristiques de cette force de travail et l'évolution de la répartition des effectifs. Nous avons adopté une perspective longitudinale allant de 1991-1992 à 1999-2000, et nous avons porté une attention particulière aux disparités interrégionales.

### Méthodes

#### Source de données

Notre principale source d'information sur la pratique des omnipraticiens

est la base de données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), qui proviennent des fichiers de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). On y retrouve, par secteur d'activité, tout ce qui a été facturé par les omnipraticiens dans la cadre du régime de l'assurance-maladie, que ces médecins soient rémunérés à l'acte, à tarif horaire, à honoraires fixes ou encore, à forfait. Nous avons isolé l'ensemble des données disponibles sur les omnipraticiens de 1991-1992 à 1999-2000. D'autres sources de données auraient pu être utilisées. Cependant, certaines se révèlent peu précises pour l'évaluation de la composition de la force de travail réelle des omnipraticiens. À titre d'exemple, le *tableau I* présente le nombre d'omnipraticiens en 2000 selon l'ICIS et selon la base de données de la FMOQ. Nous notons une différence de 653 médecins. Contrairement aux données de la FMOQ, les données de l'ICIS comprennent non seulement les médecins offrant des

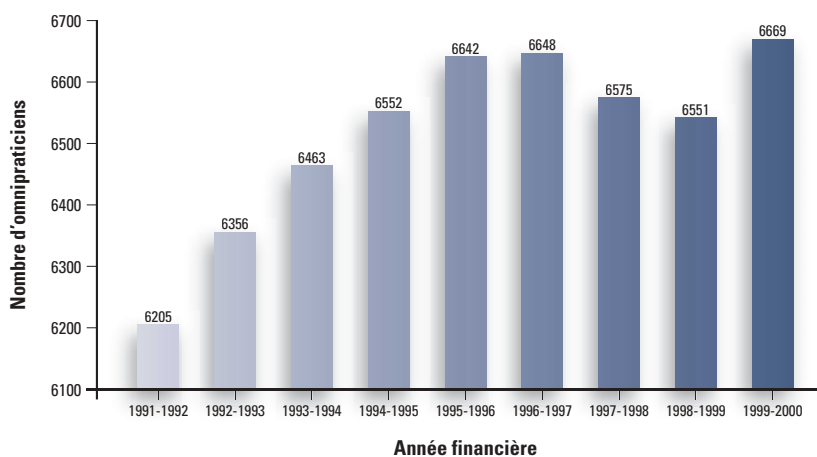
## Tableau II

### Typologie des régions retenue

Régions universitaires	Québec, Estrie, Montréal-Centre
Régions périphériques	Chaudière-Appalaches, Laval, Montérégie
Régions intermédiaires	Mauricie, Outaouais, Lanaudière, Laurentides, Centre-du-Québec
Régions éloignées	Bas-Saint-Laurent, Saguenay/Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine

## Figure 1

### Nombre total de médecins omnipraticiens au Québec entre 1991-1992 et 1999-2000\*



\* Critère de plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière.

services cliniques dans le cadre du régime de l'assurance-maladie, mais également des médecins retraités ou ayant des activités exclusivement administratives. Nous avons donc préféré utiliser les données de facturation qui sont, selon nous, mieux adaptées à une évaluation de la situation des effectifs au Québec.

Il est à noter que les régions dites isolées (10 – Nord-du-Québec ; 17 – Nunavik, et 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James) n'ont pas été incluses dans nos analyses. Étant donné la densité démographique et la situation géogra-

phique de ces territoires, les comparaisons avec les autres régions apparaissent inappropriées.

Les données de populations proviennent du Répertoire des municipalités du Québec 2000, produit par le ministère des Affaires municipales et de la Métropole du Québec.

### Population à l'étude

La population étudiée est composée de tous les omnipraticiens ayant facturé 1,00 \$ et plus à la RAMQ. Ainsi, nos calculs des équivalents temps plein (ETP) sont faits à partir de tous les ser-

vices facturés à la RAMQ par l'ensemble des omnipraticiens du Québec. Dans le cas de l'étude de l'évolution des effectifs, nous avons retenu le critère de plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière pour considérer un médecin comme étant en exercice, ce qui représente 93,1 % des omnipraticiens ayant facturé à la RAMQ en 1999-2000 et 99,1 % de la masse monétaire consacrée aux services médicaux des omnipraticiens au Québec pour la même année.

### Variables et mesures

Les variables démographiques considérées sont l'âge, le sexe et la région de pratique. Plusieurs typologies sont utilisées pour regrouper les différentes régions sociosanitaires selon leurs caractéristiques. Nous avons retenu la classification du *tableau II*.

Nous nous sommes servis du ratio population/ETP comme mesure de répartition des effectifs médicaux. Le calcul des ETP est basé sur la méthode élaborée à l'origine par Santé Canada<sup>5</sup>. Pour chaque individu dont le revenu total se situe entre le 40<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> percentile de la distribution de revenu, nous avons attribué un ETP. Les médecins dont le revenu est inférieur au 40<sup>e</sup> percentile de la distribution de revenu se sont vu attribuer une fraction d'ETP équivalente à leur revenu total divisé par le 40<sup>e</sup> percentile de la distribution. Pour ceux dont le revenu est supérieur au 60<sup>e</sup> percentile, nous avons calculé l'ETP de la façon suivante :  $1 + \ln(\text{revenu total du médecin} \div 60^{\text{e}} \text{ percentile})$ . La division de l'ETP entre la première et la deuxième ligne a été faite selon la proportion du revenu gagné dans chacune des lignes de soins par rapport au revenu total du médecin. Sur la base du niveau d'intensité des activités, de l'expertise et

du plateau technique qu'elles nécessitent, nous avons considéré comme étant de la première ligne les activités réalisées dans les cabinets privés, à domicile, dans les CLSC et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Les activités effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ont été considérées comme des soins de deuxième ligne, bien que certaines activités puissent être considérées comme des soins de première ligne, notamment dans certaines salles d'urgence. Cette typologie semble néanmoins refléter la majeure partie de la réalité.

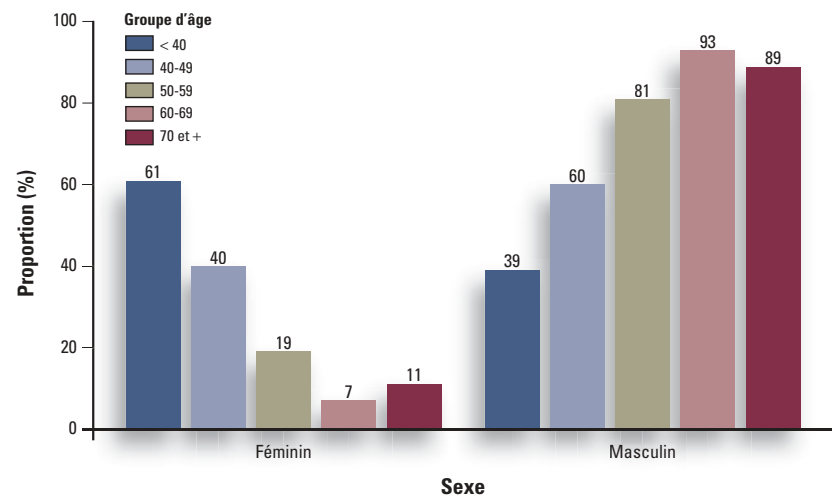
## Résultats

### Évolution des effectifs de 1991-1992 à 1999-2000

Entre les années 1991-1992 et 1995-1996, le Québec a connu une croissance constante du nombre d'omnipraticiens en exercice (figure 1). Durant cette période, l'ajout annuel net de médecins se situait entre 89 et 151. Entre 1995-1996 et 1996-1997, l'ajout annuel net n'a été que de six médecins, marquant le début des effets des départs massifs à la retraite. En effet, la période suivante, soit de 1996-1997 à 1998-1999 inclusivement, est celle à laquelle plusieurs médecins ont choisi de participer aux programmes d'allocation de fin de carrière et de départ assisté. Plus de 550 omnipraticiens s'en sont prévalus. À cette période correspond également un autre phénomène, la diminution du nombre de finissants en résidence en médecine familiale consécutive à la diminution du nombre total d'étudiants en médecine. Ainsi, malgré l'arrivée de nouveaux médecins chaque année, l'écart entre les départs et les arrivées n'a pu être comblé.

Figure 2

### Proportion de femmes chez les omnipraticiens selon le groupe d'âge en 1999-2000\*



\* Critère de plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière.

Nous avons donc connu une diminution nette du nombre d'omnipraticiens entre 1996-1997 et 1998-1999. Ce n'est qu'en 1999-2000 que nous avons eu droit au premier ajout net depuis 1996-1997.

Les régions n'ont pas toutes été touchées de la même façon. Nous n'aborderons ici que les cas les plus marquants. Les régions de Montréal-Centre, de la Mauricie, de Chaudière-Appalaches et du Centre-du-Québec ont été durement éprouvées. Au plus fort de la tourmente, Montréal-Centre avait perdu 6 % de ses effectifs, la Mauricie 5 %, Chaudière-Appalaches 6 %, et Centre-du-Québec, 7 %. Les données nous indiquent qu'en 1999-2000, ces régions n'avaient toujours pas recouvert le niveau d'effectifs qu'elles avaient en 1991-1992, à l'exception de Chaudière-Appalaches, qui se situait au niveau de 1992-1993. À l'opposé, les effectifs des régions de l'Estrie et de la Montérégie ont continué à croître

de façon régulière durant la même période.

Les régions éloignées de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et, à un moindre degré, de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine ont connu des fluctuations importantes du nombre d'omnipraticiens entre 1991-1992 et 1999-2000. Ces fluctuations ne peuvent être attribuées aux départs massifs à la retraite et correspondent à un roulement important de la main-d'œuvre médicale. Dans ces régions, les gains d'une année ne sont pas garants de la situation de l'année suivante<sup>6</sup>.

### Évolution des caractéristiques de la main-d'œuvre médicale

En 1991-1992, 48 % des omnipraticiens avaient moins de 40 ans, et 31 % entre 40 et 49 ans, alors qu'en 1999-2000, le groupe d'âge le plus nombreux était celui des omnipraticiens de 40 à 49 ans, qui représentaient 41 % des omnipraticiens, suivi par celui des moins

## Tableau III

### Répartition interrégionale des omnipraticiens et de la population québécoise en 1999-2000\*

	% de la population totale d'omnipraticiens	% de la population québécoise
Régions universitaires	42 %	38 %
Régions périphériques	25 %	28 %
Régions intermédiaires	19 %	22 %
Régions éloignées	13 %	12 %

\* Critère de plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière.

de 40 ans, représentant 32 % des omnipraticiens. Entre 1991-1992 et 1999-2000, la moyenne d'âge des omnipraticiens est passée de 42 à 45 ans. Les changements dans la structure d'âge des omnipraticiens indiquent un vieillissement des effectifs médicaux.

La féminisation des effectifs est déjà fort présente chez les omnipraticiens. De 30 % de femmes en 1991-1992, cette proportion est passée à 40 % en 1999-2000 pour l'ensemble du Québec. Celle-ci varie d'une région à l'autre entre 36 % et 46 %. Les femmes sont bien entendu plus nombreuses dans le groupe d'âge le plus jeune. Elles représentaient 61 % des omnipraticiens de moins de 40 ans en 1999-2000 (figure 2).

#### La répartition interrégionale des omnipraticiens

Le tableau III nous montre la répartition interrégionale de l'ensemble des médecins omnipraticiens et de la population québécoise en 1999-2000. Ainsi, 42 % de l'ensemble des médecins omnipraticiens sont installés dans les régions universitaires, qui comptent 38 % de la population québécoise. Les régions éloignées ont droit à 13 % de l'ensemble des omnipraticiens pour une population représentant 12 % de celle de l'ensemble du Québec. Les régions périphériques et intermédiaires

ont pour leur part une population médicale inférieure de 3 % à la proportion de la population québécoise qu'elles représentent. Dans le cas des régions périphériques, la croissance démographique importante qu'elles connaissent pourrait en partie expliquer ces résultats. Les régions intermédiaires n'ont, pour leur part, pas su rattraper le retard accumulé avec les départs massifs à la retraite, et ce, malgré un ajout régulier de nouveaux médecins<sup>6</sup>.

Cette répartition semble à première vue relativement équitable. Une analyse détaillée par région fondée sur les ETP et les ratios population/ETP nous permettra de procéder à une analyse plus fine de la situation. En effet, l'utilisation de l'ETP nous permet d'estimer la force de travail disponible, indépendamment du nombre réel de médecins qui y contribuent.

Ainsi, en 1999-2000, le ratio population/ETP<sub>omni</sub> total était de 1104 pour l'ensemble du Québec. Comme on peut le voir à la colonne B du tableau IV, celui-ci varie de façon importante d'une région à l'autre. Les ratios les meilleurs se retrouvent dans les régions éloignées Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine (803) et Côte-Nord (932). Cela ne signifie pas que les régions éloignées soient dans une situation idéale. Comme nous le verrons plus loin,

d'autres facteurs entrent en ligne de compte dans l'évaluation de leur situation. Les régions universitaires Québec (933) et Estrie (961) ont également des ratios population/ETP<sub>omni</sub> nettement plus avantageux que la moyenne québécoise.

Les ratios population/ETP<sub>omni</sub> totaux dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de Montréal-Centre, du Saguenay/Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, des Laurentides et de Chaudière-Appalaches sont proches de la moyenne québécoise.

Les ratios population/ETP<sub>omni</sub> totaux des régions de la Mauricie, de Laval et de la Montérégie sont à plus de 1200, mais les ratios les moins bons appartiennent aux régions du Centre-du-Québec (1421) et de Lanaudière (1371).

Le partage des équivalents temps plein selon les lignes de soins apporte une dimension supplémentaire à notre compréhension de la situation des effectifs en médecine familiale au Québec (colonnes C, D et E du tableau IV). La proportion d'ETP consacrés aux soins de deuxième ligne varie d'une région à l'autre entre 23 % et 56 %, pour une moyenne québécoise de 32 % (colonne E du tableau IV). Le ratio population/ETP<sub>omni</sub> en première ligne pour l'ensemble du Québec est de 1615, alors qu'il est de 3487 en deuxième ligne.

Les régions les plus avantagées en matière de ratio population/ETP<sub>omni</sub> total se retrouvent avec les moins bons ratios en première ligne. Ce qui apparaissait comme de l'opulence se révèle en fait une dilution de la force de travail en médecine familiale, avec pour résultat des activités de deuxième ligne plus importantes que la moyenne et des activités première ligne parfois insuffisantes. Il s'agit des régions de la Côte-Nord (2136) et de l'Abitibi-

Tableau IV

Population et ratio population/ETP<sub>omni</sub> selon les lignes de soins

	(A) Population	(B) Ratio population/ ETP <sub>omni</sub> total	(C) Ratio population/ ETP <sub>omni</sub> 1 <sup>re</sup> ligne	(D) Ratio population/ ETP <sub>omni</sub> 2 <sup>e</sup> ligne	(E) Proportion des ETP en 2 <sup>e</sup> ligne
Bas-Saint-Laurent	207 473	1084	1742	2870	38 %
Saguenay/Lac-Saint-Jean	288 926	1120	1791	2988	38 %
Québec	646 951	933	1417	2733	34 %
Mauricie	266 010	1209	1795	3705	33 %
Estrie	290 493	961	1309	3613	27 %
Montréal-Centre	1 806 082	1028	1499	3272	31 %
Outaouais	319 780	1185	1754	3650	33 %
Abitibi-Témiscamingue	156 680	1150	1993	2715	42 %
Côte-Nord	105 086	932	2136	1652	56 %
Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	104 646	803	1543	1674	48 %
Chaudière-Appalaches	391 087	1133	1463	5033	23 %
Laval	345 527	1284	1717	5089	25 %
Lanaudière	397 485	1371	1936	4693	29 %
Laurentides	464 095	1184	1724	3776	31 %
Montérégie	1 311 320	1229	1675	4612	27 %
Centre-du-Québec	221 028	1421	1946	5275	27 %
Ensemble du Québec	7 363 111	1104	1615	3487	32 %

Témiscamingue (1993).

La situation de Lanaudière, et plus particulièrement celle de la région Centre-du-Québec ne sont guère re-  
leuisantes, que ce soit pour les services  
de première ou de deuxième ligne, leurs  
ratios population/ETP se situant bien  
au-dessus de la moyenne québécoise.

Mis à part le Centre-du-Québec, c'est  
dans les régions Chaudière-Appalaches  
(5033) et Laval (5089) que le ratio po-  
pulation/ETP<sub>omni</sub> est le moins avanta-  
geux en deuxième ligne.

Quant aux régions universitaires,  
leurs ratios population/ETP<sub>omni</sub> sont  
loin d'être démesurés. Montréal-Centre  
a un ratio de 1 omnipraticien pour

1499 habitants en première ligne ; à  
Québec, il est de 1417. Le rapport de  
la commission Clair recommandait  
que, dans le cadre des groupes de mé-  
decine familiale, donc à l'intérieur  
d'une organisation de soins bien struc-  
turée, un médecin soit responsable de  
1000 à 1800 citoyens<sup>7</sup>.

### Interprétation

#### Un écart entre la demande et l'offre de services

Une étude du ministère de la Santé  
et des Services sociaux du Québec pré-  
voit que, entre 1997 et 2006, la popu-

lation québécoise augmentera de plus  
de 444 000 personnes, ce qui corres-  
pond à 6,0 % de la population de 1997<sup>8</sup>.  
Selon Madeleine Rochon, l'augmen-  
tation de la population conjuguée au  
vieillessement exercera une pression  
sur les coûts des services médicaux :

« Sur la période 1997-2022, la pres-  
sion exercée sur le coût des services mé-  
dicaux par l'évolution démographique  
sera d'environ 1,0 % par année. Contri-  
rement à ce qui s'est passé antérieure-  
ment<sup>9</sup>, ce n'est plus la croissance de la  
taille de la population, mais bien le chan-  
gement dans la structure d'âge de la po-  
pulation qui est responsable de la plus  
grande part de cette augmentation<sup>9</sup>. »

Planifier les effectifs médicaux implique qu'il faut s'assurer qu'il y a adéquation entre la demande et l'offre de services. Dans ce cas-ci, il faut tenir compte non seulement de l'augmentation de la demande en services, mais également de la modification de la force de travail que représentent les omnipraticiens et, par conséquent, de l'offre de services.

Les départs massifs à la retraite qu'ont entraînés les programmes de départ assisté et d'allocation de fin de carrière ont durement touché les effectifs d'omnipraticiens. En 1999-2000, nous avons connu le premier ajout net d'omnipraticiens depuis 1996-1997, et il permettait à peine de dépasser le niveau de 1996-1997. Pendant ce temps, les besoins de la population ont continué à augmenter. Un écart entre la demande et l'offre de services de médecine familiale s'est donc creusé pendant la période 1996-1997 à 1999-2000. Selon l'évaluation du MSSS, cet écart est d'au moins 4 % en termes de coûts pour les services médicaux, et donc, en termes de services.

Outre la stagnation du nombre d'omnipraticiens, l'écart entre la demande et l'offre de services est également attribuable à deux phénomènes affectant également la force de travail en médecine familiale, le vieillissement des effectifs et la féminisation.

Le faible ajout d'omnipraticiens durant les dernières années entraîne déjà un vieillissement important de cette population, dont l'effet devrait atteindre son paroxysme d'ici à une vingtaine d'années. Les personnes âgées de 40 à 49 ans forment actuellement 41 % de l'ensemble des omnipraticiens, alors que les médecins de 60 ans et plus comptent pour 7 % de cette population. C'est pourquoi on prévoit que la proportion d'omnipra-

ticiens ayant 60 ans et plus passera à 31 % en 2024<sup>10</sup>.

La féminisation est, quant à elle, une réalité déjà fort présente. Elle a progressé de 1 % en moyenne par année entre 1991-1992 et 1999-2000. Si cette tendance se poursuit, en 2024, 57 % des médecins généralistes seront des femmes<sup>10</sup>. Dans les régions qui accueillent une part plus importante de jeunes médecins, cette féminisation se fait de façon accélérée. Ainsi, dans une région comme la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, les effectifs en médecine familiale sont composés à 46 % de femmes. D'un point de vue strictement quantitatif, l'effet de la féminisation sur le volume de services produits est très important. Les activités des femmes en médecine familiale, calculées en revenu, équivalent à 76 % de celles des hommes<sup>11</sup>. Si cette tendance se maintient, il faut s'attendre à une diminution de la force de travail globale des omnipraticiens à nombre de médecins équivalent. Il faut donc veiller à tenir compte de ce facteur dans l'évaluation de la force de travail.

On note également une diminution générale du nombre d'heures travaillées par les omnipraticiens. Ce phénomène existe depuis les années 1970, mais semble s'être accentué dans les dernières années.

L'évolution des effectifs dans les dernières années conjuguée aux modifications des caractéristiques de la main-d'œuvre médicale ont contribué à créer un écart important entre l'offre et la demande de services médicaux.

### Une méthode de mesure

L'utilisation des ratios population/médecin a fait l'objet de nombreuses critiques<sup>12</sup>. L'un des principaux pro-

blèmes qu'elle pose est de mettre tous les médecins sur un même pied. Cela suppose qu'ils auraient une même charge de travail et une production de services semblable. Ce n'est évidemment pas le cas.

La mesure de ratio que nous avons utilisée, qui se base sur une évaluation de l'équivalent temps plein (ETP), permet de combler cette lacune. Elle permet de faire des observations intéressantes en ce qui a trait à la répartition de la force de travail dans les différentes régions du Québec et selon les lignes de soins. Contrairement au ratio calculé selon le nombre d'individus, le ratio ETP intègre la dimension du volume de services produits, ce qui le rend plus dynamique. Il comprend également un facteur de correction pour les médecins ayant un gros volume de facturation qui rend plus réaliste la mesure de leur apport en services. De plus, notre mesure d'ETP est insensible aux variations dans les tarifs, puisqu'elle se fonde sur des valeurs percentiles. Ce dernier élément la rend particulièrement bien adaptée pour un suivi longitudinal des effectifs médicaux.

Le division des ETP selon les lignes de soins permet de préciser nos observations. Le ratio population/ETP en première ligne est un bon indicateur du niveau de couverture des services de médecine familiale. Le rôle des omnipraticiens en première ligne est fort bien connu, et la littérature actuelle permet déjà de faire certaines comparaisons avec des pays qui ont élaboré des normes relatives à un ratio population/ETP en première ligne idéal.

Par contre, le rôle de l'omnipraticien en deuxième ligne au Québec est très diversifié et mal défini. Les variations observées entre les régions du

Québec quant aux ratios population/ETP en deuxième ligne sont éloquentes. Quelle part de services incombe vraiment aux omnipraticiens ? Il semble que la réponse à cette question soit en train de se définir. De plus, la diversité de l'organisation des services sur le territoire québécois a une grande influence sur le ratio population/ETP en deuxième ligne. Il apparaît donc inapproprié de recourir à un ratio population/ETP pour fixer un ratio idéal d'omnipraticiens en deuxième ligne. Par contre, la proportion des ETP en deuxième ligne met en relief l'importance relative des omnipraticiens dans les activités hospitalières dans les différentes régions. Cette information est en soi précieuse et met en perspective nos observations.

Nous croyons que l'utilisation des ETP selon les lignes de soins et des ratios population/ETP en première ligne est la voie à privilégier dans les prochaines années en matière de calcul des effectifs médicaux. Cependant, l'utilisation de n'importe quel ratio a ses limites, car les ratios ne tiennent pas compte de facteurs tels que la dispersion de la population sur un territoire, la présence d'autres professionnels de la santé, le nombre de points de services à couvrir, les modes de rémunération en vigueur, l'organisation du travail et les caractéristiques de la force de travail dont on dispose. Mais peu importe la méthode utilisée, tout exercice d'évaluation de la main-d'œuvre médicale ne pourra jamais se dispenser de retourner aux réalités du terrain.

### Une répartition équitable ?

L'utilisation des ratios population/ETP nous permet tout de même de remettre en question certaines affirmations. Ainsi, sur la base du nombre de médecins par rapport à la popula-

tion régionale, on pourrait croire à une répartition relativement équitable. Or, l'utilisation du ratio population/ETP et sa division selon les lignes de soins met en lumière des problèmes dans plusieurs régions.

L'excellence des ratios population/ETP des régions éloignées masque une hypertrophie des activités de deuxième ligne par rapport aux activités de première ligne. Nous n'avons pas l'intention de remettre en question la pertinence d'une présence importante des omnipraticiens en deuxième ligne dans ces régions, mais plutôt de souligner le caractère relatif de l'opulence de ces régions. En effet, leur ratio population/ETP en première ligne nous laisse entrevoir un déficit important à ce niveau de soins.

Les régions universitaires ayant une vocation suprarégionale, on peut donc s'attendre à ce qu'elles attirent plus de médecins omnipraticiens. En outre, les problèmes particuliers des clients de ces régions et l'enseignement qui s'y fait justifient en partie une telle attraction. Si les ratios population/ETP des régions universitaires semblent bons, leurs ratios population/ETP en première ligne pourraient être qualifiés de corrects. Il est clair qu'il n'y a pas de surplus.

Nous constatons que les régions qui obtiennent les moins bons ratios sont toutes des régions en périphérie des grands centres. Ces régions sont soumises, dans bien des cas, aux mêmes « désincitatifs » que les régions universitaires en ce qui a trait aux activités en cabinet médical sans avoir l'attraction de ces dernières. La mauvaise situation de la région Centre-du-Québec peut en partie s'expliquer par des difficultés à compenser les nombreux départs à la retraite des années 1996-1997 à 1999-2000. La région de Lanaudière,

quant à elle, semble avoir de la difficulté à recruter des médecins au même rythme que la croissance démographique importante qu'elle connaît.

**U**NE DENSITÉ DE 1 ETP<sub>omni</sub> pour 1104 habitants peut-elle être considérée comme un niveau de ressources suffisant pour satisfaire les besoins de la population ? Cette question ne peut avoir de sens que si nous tenons compte des choix d'organisation des soins de santé et du contenu du travail des médecins de famille.

Plusieurs facteurs contribuent à rendre difficile le calcul des effectifs en médecine générale, notamment la pratique diversifiée de nombreux omnipraticiens, la méconnaissance de l'apport des cabinets privés et de celle des activités médicales dans les CLSC, l'obligation d'offrir une disponibilité constante dans de nombreux cas, et la substitution aux services médicaux spécialisés dans les régions éloignées. Le calcul des effectifs en fonction du nombre de médecins, d'indices de consommation ou des besoins des différents points de services ne donne jamais une mesure exacte de la réalité ni des besoins à venir.

L'autosuffisance régionale et la hiérarchisation des services supposent le maintien d'équipes complètes à tous les niveaux de soins, dans toutes les régions. S'il est facile d'atteindre cet objectif dans les capitales régionales, il n'en va pas de même dans plusieurs sous-régions, où le manque de spécialistes sur place oblige les omnipraticiens à assurer la plupart des services médicaux de deuxième ligne. Mentionnons, à titre d'exemple, la région de l'Abitibi-Témiscamingue, qui doit maintenir quatre centres hospitaliers et deux centres de santé avec des équipes d'omnipraticiens qui assurent des

services de garde sur place en permanence, le tout pour une population totale de 159 586 personnes. Cette situation n'est pas propre aux régions éloignées, comme on l'a vu au cours des dernières années à Sorel, à Saint-Jean et à Joliette.

Plusieurs pistes de solutions nous semblent possibles. La réorganisation des soins médicaux (accompagnée d'une révision des modalités de rémunération) en est une. Durant les dernières années, plusieurs modalités de regroupement des omnipraticiens ont été mises en place afin de mieux répartir les tâches et d'améliorer l'accessibilité aux soins : les réseaux d'accessibilité, les réseaux de garde, les départements régionaux de médecine générale et, plus récemment, les groupes de médecine familiale. Cette réorganisation se fait à petits pas faute de moyens, et nous ne sommes pas en mesure actuellement d'en apprécier tous les effets.

Cela ne saurait suffire à combler les écarts présents et prévisibles entre la demande et l'offre de services. D'autres éléments continuent d'augmenter la pression sur la demande. Le virage ambulatoire a amené une recrudescence des demandes de services pour une clientèle de plus en plus lourde. La hiérarchisation des services de santé a transformé la pratique médicale en suscitant un délestage de certaines activités vers la première ligne, mais aussi vers certaines activités de deuxième ligne assurées par les omnipraticiens. Par exemple, de nombreux centres hospitaliers ont vu augmenter leurs besoins en médecins omnipraticiens parce que certains spécialistes ont choisi de se cantonner à un rôle de consultants, ce qui correspond au principe de la hiérarchisation des services. Il convient cependant de remettre en question la

pratique des médecins spécialistes ou, sinon, de fournir aux médecins omnipraticiens les ressources humaines et financières nécessaires pour assumer leur double rôle de médecins de famille et de médecins hospitaliers. Ces deux phénomènes entraînent donc des pressions pour augmenter la participation des omnipraticiens en première et en deuxième ligne.

Il faudra également miser sur une augmentation des effectifs en médecine générale afin de résoudre les problèmes de pénuries. Dans les années 1980, le MSSS s'était donné comme objectif de faire passer le pourcentage d'omnipraticiens de 45 % à 60 % pour 2011<sup>13</sup>. On visait ainsi à réduire les coûts et à développer une médecine axée sur une première ligne forte. Cet objectif a été abandonné parce que les établissements avaient de la difficulté à recruter certains spécialistes. Peut-être y aura-t-il lieu de revenir sur cette question ? La pénurie actuelle d'effectifs médicaux est fort importante et multidimensionnelle. Les décisions prises par le gouvernement au cours des dernières années quant à la distribution des places en résidence et au nombre de médecins formés dans les facultés de médecine auront pour conséquence de perpétuer cette pénurie pendant encore plusieurs années, et ce, même si récemment il a accepté une hausse substantielle des admissions en médecine. Les effets de cette augmentation ne commenceront à se faire sentir que dans quatre ans, puisque la première cohorte d'étudiants en médecine touchée fut celle de 1999-2000. □

## Bibliographie

1. Fournier M-A. Les politiques de main-d'œuvre médicale au Québec : bilan 1970-2000. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*

2001 ; 7 (2) : 79-98.

2. Conseil médical du Québec. *Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*. Québec : CMQ, 1998.
3. Contandriopoulos A-P, Fournier M-A. *Planification de la main-d'œuvre médicale : l'expérience du Québec*. Montréal : GRIS, 1992.
4. ICIS. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, Rapport 2001, Sommaire. ICIS : www.cihi.ca
5. Kazanjian A, Reid RJ, Pagliccia N, Apalnd L, Wood L. *Issues in Physician Resources Planning in B.C.: Key Determinants of Supply and Distribution, 1991-1996*. Vancouver : Health Resources Unit, CHSPR, University of British Columbia, 2000.
6. Savard I, Rodrigue J. Les premières années de pratique des omnipraticiens : étude des cohortes de 1989 à 1997. *Le Médecin du Québec* février 1999 ; 34 (2) : 105-14.
7. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Rapport et recommandations, Les solutions émergentes*. Québec : Gouvernement du Québec, 2000 : 52.
8. BSQ. *Statistiques démographiques, Perspectives démographiques : Québec et régions 1991-2041 et MRC 1991-2016*. Québec : BSQ, 1996.
9. Rochon M. *Vieillesse démographique, dernières années de vie et évolution des besoins en services médicaux*. Québec : MSSS, 1999.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *La projection de l'effectif médical au Québec, Mise à jour du modèle de projection, Trois scénarios modélisés*. Québec : Direction de la main-d'œuvre médicale, DGAMU, 2001 : 16, 17.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Avis de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec*. Québec : MSSS, 1999 : 14.
12. Pong RW, Pitblado RJ. Don't take "geography" for granted! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2001 ; 6 (2) : 103-12.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Pour un outil de planification régionale des effectifs médicaux au Québec 1984-2011* [document de consultation]. Québec : MSSS, 1985.
14. CREDES. Questions d'économie de la santé, Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche. *Bulletin d'information en économie de la santé* mars 2001 ; 35 : 6 pages.
15. Hutchison B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, Pizzoferrato G. Capitation Formulae for Integrated Health Systems: A Policy Synthesis. Dans : Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University. *Health Policy Commentary series, paper C99-02*.