

La planification des effectifs médicaux

une entreprise complexe et rigoureuse

Dans son commentaire, le D^r Roper fait référence à l'un de nos articles et soutient que celui-ci donne une image trompeuse de la situation de la main-d'œuvre en médecine générale au Québec. Sur la même lancée, il met en doute la rigueur avec laquelle le Comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale MSSS/FMOQ s'est penché sur l'exercice des plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et laisse entendre que les objectifs de croissance régionaux indiqués pour les régions de Montréal et de Québec sont inadéquats. Nous aimerions répondre à quelques-uns des points évoqués par le D^r Roper.

TOUT D'ABORD, un éclaircissement s'impose. Les éléments cités par le D^r Roper ne font pas partie de l'article publié en octobre 2001 dans le *Médecin du Québec*, et intitulé « Trop ou trop peu d'omnipraticiens au Québec ? ». Il s'agit plutôt d'extraits du document *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec* qui présente une série d'indicateurs et de statistiques descriptives décrivant la situation des effectifs et l'évolution des profils d'exercice des médecins omnipraticiens sur une décennie. Nous n'avons pas cherché, dans ce document, à positionner les régions les unes par rapport aux autres ou à établir le niveau des pénuries d'effectifs. Il s'agirait là d'une utilisation abusive de telles données. Quant à l'article auquel le D^r Roper fait référence dans son commentaire (*Trop ou trop peu d'omnipraticiens au Québec?*¹), il visait à faire reconnaître deux choses : il faut aller au-delà d'une mesure strictement basée sur un ratio population/omnipraticien dans la détermination des effectifs médicaux et il existe un écart entre la demande et l'offre de services de médecins omnipraticiens au Québec. Nous avons également ouvert le chemin à l'utilisation de ratios population/ETP selon les lignes de soins, qui permet un raffinement plus grand dans nos observations sur la situation des effectifs. Là s'arrêtent les prétentions de cet article.

Pour le bénéfice des lecteurs et afin de lever tout doute quant à la rigueur avec laquelle l'exercice des PREM et de la détermination des objectifs de croissance a été fait, il

nous apparaît important de préciser la méthodologie utilisée par le Comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale MSSS/FMOQ.

Le D^r Roper sera heureux d'apprendre que la méthodologie utilisée par le comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale MSSS/FMOQ dans l'exercice des PREM est effectivement fondée sur une approche de besoins de la population et non pas sur une évaluation qui ne tiendrait compte que des ratios population/omnipraticiens. Cet exercice s'est fait en collaboration avec les départements régionaux de médecine générale et les régies régionales ; les normes établies dans le cadre des PREM ont été validées auprès de groupes d'experts composés de médecins omnipraticiens travaillant sur le terrain.

Dans un contexte de pénurie, l'exercice des PREM et de la répartition des objectifs de croissance n'est pas chose facile. Par le passé, les régions déterminaient leurs PREM à l'aide de méthodologies parfois fort différentes, ce qui rendait difficile la comparaison et l'attribution d'objectifs de croissance. Pour la première fois, les PREM des différentes régions ont été mis sur des bases comparables afin de pouvoir en dégager un niveau de besoins normalisés. Le ratio population pondérée/équivalents temps plein (ETP_{omni}) a été utilisé pour déterminer les besoins en première ligne. Ce ratio tient compte du facteur de pondération âge/sexe/défavorisation matérielle et sociale auquel le D^r Roper faisait référence dans son commentaire, mais également de la force de travail disponible dans une région, indépendamment du nombre réel de médecins qui y contribuent. Quant aux besoins évalués en deuxième ligne, ils l'ont été sur la base de normes établies en concertation avec les comités de direction des DRMG et

M^{me} Isabelle Savard, B.Sc., M.A.P., est conseillère en politiques de santé à la Direction de la planification et de la régionalisation de la FMOQ. Le D^r Jean Rodrigue, M.Sc., en est le directeur.

qui tiennent compte, du moins en partie, des particularités régionales dans l'organisation des services. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, nous devons maintenir cinq salles d'urgence avec des équipes complètes alors qu'à Montréal, pour une population semblable, une seule salle d'urgence serait nécessaire. Cette réalité, aucun calcul de ratio, aussi sophistiqué soit-il, n'est capable de la saisir. Toutefois, grâce à la méthode que nous avons utilisée, nous avons pu en tenir compte. Il s'agit donc bien d'une approche fondée sur les besoins qui nous a permis d'aller bien au-delà de l'utilisation de ratios.

Une fois que les régies régionales ont déposé leurs PREM et que le comité de gestion des effectifs médicaux, en collaboration avec les DRMG et les conseillers-médicaux des régies, a fait l'exercice de les mettre sur une base commune, il a fallu passer à l'étape de la détermination des objectifs de croissance pour chacune des régions. Durant les deux dernières années, et compte tenu de l'ampleur de la pénurie qui touche toutes les régions, il a été décidé de maintenir le niveau de services dans chacune des régions en remplaçant systématiquement les pertes anticipées. L'ajout net prévu a ensuite été réparti selon la part relative de chaque région à l'ensemble des besoins normalisés. Une marge de manœuvre supplémentaire a été prévue. Elle a été répartie en fonction de trois indicateurs, soit la proportion d'activités en deuxième ligne des omnipraticiens dans la région, l'indice d'autosuffisance mentionné par le D^r Roper dans son commentaire et l'indice d'accès combiné*.

L'exercice des PREM et de détermination des objectifs de croissance régionaux comporte ses lacunes, nous en convenons et nous travaillons déjà sur des raffinements méthodologiques à apporter lors du prochain exercice (notamment en ce qui concerne la détermination des besoins en effectifs dans les centres hospitaliers). La prise en

compte du bassin de desserte dans la détermination des objectifs de croissance, auquel le D^r Roper fait référence lorsqu'il fait ses calculs de ratios, est l'un des éléments à l'étude. Lors du dernier exercice, il nous est apparu prématuré de tenir compte du bassin de desserte étant donné l'approfondissement que cette question mérite. Selon le MSSS, il s'agit d'une réalité essentiellement montréalaise ; les activités de première ligne de certains médecins spécialistes en milieu urbain contrebalanceraient le surplus de demande de services, occasionné par les personnes d'autres régions qui consomment des services dans les grands centres urbains. Cette question mérite donc d'être regardée sous toutes ses coutures.

L'exercice de calcul de ratios auquel s'est prêté le D^r Roper donne une image tronquée de la réalité. On ne peut déterminer les besoins en effectifs médicaux sur la seule base d'un ratio qui, en soi, ne veut rien dire. Faut-il un ratio population/omnipraticiens de 1000, 1500 ou 2000 au Québec ? Faut-il comparer les ratios régionaux au ratio de l'ensemble du Québec ? Ces questions n'ont pas de sens. De nombreux autres paramètres entrent en ligne de compte dans le calcul des besoins en effectifs. Toutes les régions sont actuellement en manque d'effectifs, mais l'écart n'est pas semblable partout. Comme l'ajout net de médecins omnipraticiens est limité, il n'y a rien de surprenant à ce que des régions comme Montréal ou Québec se voient attribuer un nombre de postes très limité même si elles sont manifestement en pénurie.

Grâce à l'exercice des PREM et à la rigueur avec lequel il a été mené, nous avons réussi à faire reconnaître l'existence d'une pénurie de plus de 800 ETP en médecine générale et donc à enclencher le processus de résolution. Rappelons-nous que jusqu'en 2002, plusieurs parlaient encore de *présomée pénurie* alors que les omnipraticiens sur le terrain en étaient déjà rendus au point de rupture... ❧

M^{me} Isabelle Savard et D^r Jean Rodrigue

1. Savard I, Rodrigue J. Trop ou trop peu d'omnipraticiens au Québec ? *Le Médecin du Québec* 2001 ; 36 (10) : 107-14.

* L'indice d'accès combiné représente le rapport entre la consommation de la population d'une région et sa consommation attendue en ce qui a trait aux services des médecins omnipraticiens, de ceux des spécialités médicales et de psychiatrie.