

**AVIS
SUR LES CIBLES EN SPÉCIALITÉ :
MYTHES ET RÉALITÉS**

JUIN 1999

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 99-01

Les bureaux du Conseil médical du
Québec sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
E-mail : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
ISBN 2-550-34537-1

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Michel Brunet*

Ministère de l'Éducation

Madame Isabelle Cataphard

Étudiante en médecine
Université de Montréal

Dr Yves Dugré

Oto-rhino-laryngologiste
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Marie Girard*▲

Conférence des régions régionales
de la santé et des services sociaux

Dr Yves Landry*

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Madame Michèle Laverdure

Directrice générale
CLSC Saint-Hubert

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Hôpital Royal Victoria

Dr André Munger

Omnipraticien
CLSC SOC de Sherbrooke

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay*

Ministère de la Santé et des Services
sociaux

Madame Micheline Ulrich

Directrice des soins infirmiers
Hôpital Charles-Lemoyne

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

▲ Jusqu'au 11 avril 1999

*** Membres sans droit de vote**

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants: Dr André Bonin, madame Isabelle Cataphard, Dr Yves Dugré (Président), Dr Marie Girard, Dr Sophie Gosselin, Dr Raymonde Vaillancourt ainsi que monsieur Christian Coullée de la permanence du Conseil.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. HISTORIQUE DE LA RÉPARTITION DE L'EFFECTIF ENTRE OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES	3
1.1 L'ATTEINTE DES CIBLES EN SPÉCIALITÉ	6
1.2 L'ÉVALUATION DES CONTINGENTS EN MÉDECINE	7
1.3 LA COMPOSITION DES COHORTES EN SPÉCIALITÉ	8
1.4 L'ÉVALUATION DES BESOINS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES À COURT TERME	9
1.5 LE MOUVEMENT DES RÉSIDENTS D'UNE SPÉCIALITÉ VERS LA MÉDECINE FAMILIALE	13
1.6 LES PROGRAMMES DE FIN DE CARRIÈRE	13
1.7 LE MODE MIXTE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES	14
2. LA RÉPARTITION ENTRE LES SPÉCIALITÉS	15
3. LES ENJEUX D'UNE TELLE SITUATION POUR L'AVENIR	21
4. LA RECHERCHE DES CAUSES	25
4.1 LA RIGIDITÉ DES MÉCANISMES DES SYSTÈMES.....	26
4.2 L'INSÉCURITÉ FACE AUX TRANSFORMATIONS ENTREPRISES DANS LE RÉSEAU ET À L'ENVAHISSEMENT ADMINISTRATIF.....	28
4.3 LA PRIORISATION DE LA QUALITÉ DE VIE	29
4.4 LA FORMATION	30
4.5 L'INFORMATION.....	32
CONCLUSION	33
RECOMMANDATIONS	37
LES PUBLICATIONS DU CONSEIL	

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, des observateurs ont noté que de nombreuses places de résidence offertes en médecine spécialisée ne trouvaient pas preneurs. L'attention du ministre a été attirée autant par la Direction générale des relations professionnelles du ministère de la Santé et des Services sociaux (DGRP et MSSS) que par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le Conseil médical du Québec (CmQ) dans de récents avis sur les projets de politique triennale. Dans un document publié il y a quelques semaines à peine, et intitulé *Les programmes de spécialités médicales dans les universités québécoises : constats et recommandations*, la Commission des universités sur les programmes abondait dans le même sens. Les données sur le suivi des cohortes dans les programmes de résidence sont recueillies et traitées par la Conférence des recteurs et présidents des universités du Québec (CREPUQ) depuis 1992. Le relevé fourni chaque année confirme l'existence de ce phénomène.

Le phénomène de la non-atteinte des cibles en spécialité (33 places offertes qui n'ont pas été comblées en 1997-1998 et 42 en 1998-1999) n'a rien d'inquiétant pour l'instant concernant l'équilibre recherché dans la composition globale de l'effectif médical entre omnipraticiens et médecins spécialistes, surtout s'il s'avérait n'être que passager. Cependant, conjugué à d'autres facteurs comme celui de la diminution significative du nombre annuel d'admissions dans les programmes doctoraux en médecine (-10 en 1994-1995, puis -25 en 1995-1996 et enfin, -40 depuis 1996-1997) et celui de la croissance du mouvement des résidents d'une spécialité vers la médecine familiale, le phénomène de non-atteinte des cibles en spécialité soulève des interrogations.

Il importe de rappeler que le nombre d'admissions en médecine dans chacun des contingents ainsi que le nombre de places de résidence dans chacune des spécialités fait l'objet d'un décret gouvernemental chaque année. Quoique généralement, le Conseil des ministres adopte les recommandations de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, c'est lui qui, en dernière instance, décide du nombre de médecins dont la population québécoise disposera une dizaine d'années plus tard. Il faut aussi souligner la stratégie déployée depuis 1993 par le Conseil des ministres, c'est-à-dire la prise en compte de la capacité de payer de l'État. C'est dans cette optique que la réduction des admissions en médecine s'est conjuguée aux programmes de cessation de carrière pour tenter de stabiliser l'enveloppe de rémunération des médecins.

La plus importante des questions concerne la disponibilité future d'un nombre suffisant de médecins spécialistes pour répondre aux besoins de la population en services médicaux spécialisés. Il faut cependant ajouter que les instruments de planification des effectifs médicaux utilisés présentement ne prennent essentiellement en compte que les aspects démographiques et ne permettent pas encore d'évaluer les besoins

réels comme le Conseil médical du Québec l'a démontré dans l'*Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*¹.

Les interrogations sont d'autant plus justifiées que les programmes de fin de carrière déployés pour répondre à des impératifs budgétaires ont fait recette auprès des médecins spécialistes (720 s'étaient prévalu des programmes au 7 décembre 1998), ce qui correspond à une ponction de l'ordre de 10 % de l'effectif total de médecins spécialistes. Les chiffres montrent que certaines spécialités sont plus affectées que d'autres par chacun des facteurs mentionnés soit : les places de résidence en spécialité non comblées, l'abandon de places en spécialité en cours de formation et l'impact, à court terme cependant, des programmes de retraites.

Après avoir établi les faits, le Conseil médical du Québec a entrepris une recherche des causes pouvant expliquer la non-atteinte des cibles en spécialité, sans porter de jugement sur le bien-fondé des objectifs actuels de composition de l'effectif global en médecins omnipraticiens et en médecins spécialistes. Le comité prend pour acquis que, quel que soit l'objectif qui sera fixé dans l'avenir concernant la composition de l'effectif, des cibles de places de résidence en spécialité devront être déterminées et comblées chaque année.

Le but du travail du Conseil consiste à étayer la problématique et à tenter d'identifier les facteurs qui font en sorte que les places de résidence en spécialité ne sont pas toutes comblées.

Le Conseil médical du Québec tient à remercier les personnes qui, au nom de leurs organismes ou institutions, ont spontanément accepté de livrer leur perception de la situation ainsi que leur point de vue sur les causes ayant provoqué ce début de désaffection à l'endroit de la formation en médecine spécialisée et sur les moyens d'y remédier. Il s'agit, dans l'ordre des rencontres organisées par le Conseil, du D^r Harold Olney et M. Jean Gouin, respectivement président (remplacé à la présidence par le D^r Jean-François Cailhier) et directeur général de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), de MM. Jean-Sébastien Delisle et Jean-Sébastien Joyal, respectivement président et vice-président de la Fédération des associations des étudiants en médecine du Québec (FAEMQ) et du D^r Adrien Dandavino, directeur de la Direction des études médicales au Collège des médecins du Québec (CMQ). Le Conseil tient également à remercier les docteurs Claude-L. Morin, Jacques Frenette, Denis Lepage, Richard Gagné et Anne-Marie MacLellan, vice-doyens chargés des programmes doctoraux et postdoctoraux dans les quatre facultés de médecine du Québec.

¹ Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*, mars 1998.

1. Historique de la répartition de l'effectif entre omnipraticiens et spécialistes

La détermination du nombre de places de résidence en médecine spécialisée, tout comme le nombre d'admissions en médecine, est effectuée chaque année par le Conseil des ministres. Elle est établie, en très grande partie, sur la base de normes générales utilisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (ministère des Affaires sociales à ce moment) vers le milieu des années 1980. C'est également à partir de ces normes générales que le nombre de places accordées pour chacune des spécialités est déterminé. Les variations relativement minimales qui existent dans l'application de ces normes, sont le fruit d'analyses de plus en plus fines réalisées année après année par la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec*, créée en 1986. Ces normes de rapports population/médecin, retenues par le ministère pour le Québec en 1985, découlaient de comparaisons entre différentes propositions formulées à l'époque. Le tableau suivant présente les propositions rendues disponibles alors par de nombreuses sources.²

² Ce tableau est tiré de Évaluation des besoins en effectifs médicaux : Commentaires et réflexions sur les méthodologies et éléments de solutions pour une nouvelle évaluation des besoins pour le Québec, Service de la planification des ressources humaines, Direction générale de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1986.

Tableau 1 - Comparatif des rapports population/médecins selon diverses sources de référence pour fin de planification au Québec pour les années 1980

Spécialités	Comité national des besoins (1975) pour Canada, 1981 (1)	COFM (1975) pour Ontario, 1983 (2)	Rapport Low (1981) pour Ontario, 1981-1983 (3)	Étude Gmenac (1981) pour USA, 1990 (4)	Utilisées par le MAS pour Québec, années 1980
<u>Spécialités médicales</u>					
Med. Int. et sous-spéc.	8 200/1	6 707/1	6 840/1	2 300/1	8 200/1
Dermatologie	65 300/1	-	63 500/1	35 050/1	65 300/1
Neurologie	90 000/1	-	69 100/1	44 275/1	90 000/1
Pédiatrie	20 000/1	21 400/1	16 800/1	6 700/1	20 000/1
Physiatrie	100 000/1	70 000/1	94 950/1	76 100/1	70 000/1
Psychiatrie	11 000/1	9 650/1	8 650/1	5 125/1	8 650/1
Santé communautaire	180 000/1	80 000/1	47 500/1	11 700/1	80 000/1
<u>Spécialités chirurgicales</u>					
Chirurgie générale	11 000/1	13 000/1	16 350/1	10 350/1	11 000/1
Chir. Cardio-vasc et thor	117 000/1	100 000/1	84 700/1	118 800/1	117 000/1
Neurochirurgie	166 700/1	165 000/1	137 150/1	91 900/1	166 700/1
Obstétrique-gynécol.	17 500/1	16 500/1	15 500/1	10 150/1	17 500/1
Ophtalmologie	28 000/1	28 000/1	28 700/1	21 000/1	28 000/1
ORL	50 000/1	50 000/1	45 950/1	30 450/1	50 000/1
Chirurgie orthopédique	30 400/1	30 000/1	32 500/1	16 125/1	30 400/1
Chirurgie plastique	100 000/1	100 000/1	85 550/1	90 190/1	100 000/1
Urologie	50 000/1	50 000/1	52 350/1	31 625/1	50 000/1
<u>Autres spécialités</u>					
Anesthésie-réanimation	13 100/1	13 741/1	14 150/1	11 600/1	11 300/1
Médecine nucléaire	250 000/1	120 000/1	180 000/1	-	250 000/1
Biochimie médicale	204 000/1	-	-	-	204 000/1
Microbiologie médicale	100 000/1	(25 000/1)	(19 800/1)	-	000/1
Anatomo-pathologie	16 100/1	-	-	-	100 000/1
Radiologie diagnost.	15 300/1	16 500/1	16 700/1	13 525/1	32 100/1
Radiothérapie (oncol.)	154 000/1	160 000/1	146 450/1	-	15 300/1
<u>Ensemble des spécial.</u>	1 230/1	1 230/1	1 190/1	640/1	1 201/1
<u>Médecine générale</u>	1 440/1	1 800/1	1 650/1	2 900/1	1 178/1
<u>Ensemble des médecins</u>	665/1	731/1	690/1	525/1	595/1

(1) Comité national de la main-d'œuvre médicale, 1975, Rapport du comité des besoins en main-d'œuvre médicale, Santé et Bien-être social Canada

(2) Comité national de la main-d'œuvre médicale, 1975, Committee Report on Postgraduate Manpower, Ministry of Health, Ontario

(3) Post Graduate Manpower Committee, Graduate Medical Education Guidelines for the Resident Establishment, novembre 1981 (Rapport Low)

(4) Graduate Medical Education National Advisory Committee (GMENAC), 1980, Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health and Human Services.

Si, dès 1985, le Québec disposait d'un plus grand nombre de médecins que l'Ontario (ainsi que de toutes les autres provinces) et du Canada dans son ensemble, il a su conserver cette position au cours des années comme en fait foi le tableau suivant.³

Tableau 2 - Comparaison interprovinciale de l'effectif médical pour l'année 1997

	Québec	Ontario	Colombie-Britannique	Canada
Nb d'habitants pour un md omnipraticien	980	1163	926	1075
Nb d'habitants pour un md spécialiste	952	1087	1136	1111
Nb d'habitants pour un md (toutes catégories confondues)	483	562	510	546

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, octobre 1998 ; MSSS

Les auteurs du document du MSSS de 1985 dont nous avons extrait le Tableau 1 signalent que lorsque le *Comité des besoins en main-d'œuvre médicale* mis sur pied par Santé et Bien-être social Canada, a défini, dès 1975, l'ensemble des ratios pour chacune des spécialités, il définissait, de façon implicite un partage des tâches entre les omnipraticiens et les médecins spécialistes et il en découlait la répartition omnipraticiens/spécialistes proposée par le Comité des besoins soit un ratio 46/54 alors que la répartition découlant des normes utilisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à cette époque était de 50,5/49,5. Mais en 1985, le ministère a énoncé un objectif à long terme en vue d'atteindre une proportion de 60% d'omnipraticiens dans la perspective « ...d'avoir un système de services médicaux composé d'une première ligne forte et compétente, et de services spécialisés qui ne débordent pas sur la première ligne »⁴. Au fil du temps, le choix social fait alors d'une première ligne forte et compétente fut considéré comme la véritable finalité de l'objectif. Estimant alors que des services de première ligne étaient également rendus par des médecins spécialistes notamment en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique, la proportion de 60% d'omnipraticiens fut révisée à la baisse.

En 1998, la répartition entre omnipraticiens et spécialistes est, à quelques décimales près, de 50/50. On dénombrait en effet 6456 omnipraticiens et 6608 médecins spécialistes en 1998⁵.

Ce ratio global n'est pas remis en question pour l'instant et, bon an mal an, jusqu'à aujourd'hui, le nombre de nouveaux médecins sortants des quatre facultés de médecine du Québec confirme cet état de chose. Ainsi, dans son analyse du profil de

³ Des informations veulent que le nombre total de médecins en Colombie-Britannique soit légèrement supérieur à celui du Québec en 1999

⁴ Évaluation des besoins en effectifs médicaux : Commentaires et réflexions sur les méthodologies et éléments de solutions pour une nouvelle évaluation des besoins pour le Québec, Service de la planification des ressources humaines, Direction générale de la santé, MSSS, septembre 1986, p.10

⁵ Il s'agit des effectifs médicaux qui, au premier trimestre de l'année, ont une rémunération minimale de 5500\$. Ces effectifs sont des estimations qui prennent en compte l'effet des programmes de retraite négociés avec les fédérations médicales. Données tirées de Les effectifs du réseau de la santé et des services sociaux, MSSS 1998

la relève 1998, le Collège des médecins du Québec rappelle qu'il a émis, durant cette année, des permis d'exercice à 213 médecins de famille et 235 médecins spécialistes.⁶

Cependant, si ce ratio n'est pas remis en question par les planificateurs dans l'élaboration de la politique triennale des admissions dans les programmes doctoraux et postdoctoraux en médecine, les cibles en spécialité fixées en nombres absolus qui correspondent aux nécessités identifiées par ailleurs par les planificateurs, sont de moins en moins atteintes.

1.1 L'atteinte des cibles en spécialité

Afin d'illustrer la situation, le Conseil a d'abord examiné les données concernant l'atteinte des cibles en spécialité.

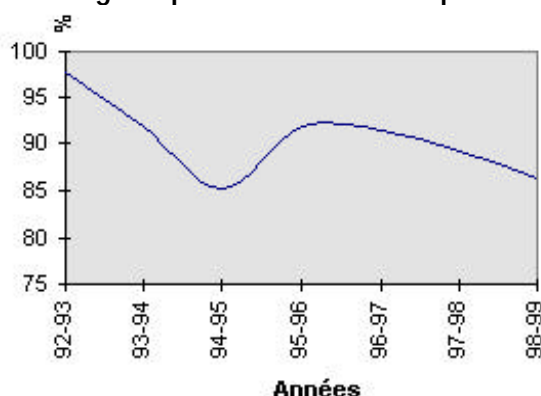
Tableau 3 - les cibles en spécialité de 1992-1993 à 1998-1999

Années	Places au décret	Places comblées	%
92-93	310	303	97,7
93-94	315	290	92
94-95	315	268	85,1
95-96	320	294	91,8
96-97	320	293	91,5
97-98	308	275	89,2
98-99	308	266	86,3

Source : CREPUQ, Bilan des cohortes au 30 juin 1998

Ce tableau se traduit par la courbe apparaissant à la figure 1.

Figure 1 - Pourcentage de places comblées en spécialités depuis 1992



Cette courbe montre la tendance à la baisse du niveau d'atteinte des cibles fixées en nombres absolus durant la période observée. Le pourcentage de succès est passé de 97,7% en 1992 à 86,3% en 1998.

⁶ Collège des médecins du Québec. Profil de la relève - 1998 . L'actualité médicale. 3 mars 1999

1.2 L'évaluation des contingents en médecine

Nous serions tentés d'expliquer cette diminution d'atteinte de la cible par la diminution importante au cours des 6 dernières années du nombre d'admissions dans les programmes doctoraux, mais tel n'est pas le cas. En effet, les deux tableaux suivants montrent que le bassin réel de diplômés en médecine disponibles au moment des choix de résidence pour chacune des années de 1992-1993 à 1998-1999 est demeuré relativement stable. Afin de connaître le nombre de diplômés disponibles à compter de 1992, il faut dresser un historique des contingents aux études doctorales à partir de 1988.

Tableau 4 - Historique des contingents aux études doctorales

Contingents à l'entrée	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Niveau doctoral	Politique des admissions en médecine MSSS/MEQ											
Étudiants québécois (1)	478	481	481	481	481	481	471	446	406	406	406	N/D 2
Étudiants non-Qcois	87	94	94	94	84	84	66	51	51	51	55	55
* Canadiens avec entente	N/D 3	24	26	26	31	31	26	21	21	21	21	21
* Canadiens hors entente	N/D	40	38	38	23	23	10	0	0	0	0	0
* Étrangers (visa) (4)	N/D	30	30	30	30	30	30	30	30	30	34	34 (5)

(1) Contrairement à son appellation, ce contingent, du moins au cours des dernières années, comprend des étudiantes et des étudiants québécois et jusqu'à un maximum de 10 étudiantes et étudiants d'autres provinces ou territoires canadiens.

(2) Le décret de la Politique 1999-2000 n'est pas encore disponible. Cependant, la recommandation de la Table de concertation pour 1999-2000 était de 406 alors que celle du Conseil médical du Québec était de 416.

(3) Donnée non disponible.

(4) Les étudiants étrangers avec visa sont inclus dans la somme des diplômés en position de choisir une place de résidence en médecine spécialisée mais il est convenu que ces étudiants ne s'installeront pas au Québec au terme de leur formation.

(5) Comprenant quatre étudiants malaysiens dans le cadre d'un projet pilote de trois ans avec l'U.McGill, amorcé l'année précédente.

Le tableau 5 qui suit montre que les bassins réels de diplômés disponibles pour combler les places offertes en spécialité à partir de 1992-1993 sont demeurés relativement stables, si on fait exception de l'année de départ où l'on comptait un nombre un peu plus élevé de diplômés. Par ailleurs, ces données montrent également que le pourcentage de diplômés optant pour la résidence en spécialité est, lui aussi, demeuré à peu près constant.

Le tableau 5 montre enfin, quoique les chiffres ne soient évidemment pas connus avec exactitude, que le bassin réel de diplômés disponibles pour occuper des places de résidence en spécialité diminuera considérablement à compter de 2000-2001 en raison de la baisse substantielle du nombre d'admissions en médecine à compter de 1996-1997.

Tableau 5 - Les bassins de diplômés

Années	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Bassin potentiel (1)	N/S	575	575	575	565	565	537	507	457	461	461	461

Bassin réel (2)	N/S	N/S	N/S	N/S	542	497	497	520	503	505	488	N/S
Places comblées en spécialité	N/S	N/S	N/S	N/S	303	290	268	294	293	275	266	N/S
Nombre total de places comblées	N/S	N/S	N/S	N/S	536	503	502	529	508	487	465	N/S
% places comblées en spécialité sur le nombre total de places comblées	N/S	N/S	N/S	N/S	56,5%	57,6%	53,4%	55,6%	57,7%	56,5%	57,2%	N/S

(1) Le bassin potentiel représente le nombre possible de diplômés en additionnant les admissions en médecine des contingents d'étudiants québécois et non-québécois.

(5) Le bassin réel représente le nombre de diplômés en médecine au 31 décembre de l'année académique concernée soit, par exemple, le nombre de diplômés au 31 décembre 1998 pour l'année académique 1998-1999. La différence entre le bassin potentiel et le bassin réel tient à l'attrition normale et au fait que certains étudiants consacrent plus de quatre ans à la formation doctorale.

1.3 La composition des cohortes en spécialité

Cependant, ce tableau cache une réalité qu'il faudra rapidement prendre en compte si on veut établir une corrélation claire entre le nombre déterminé de places de résidence dans la Politique triennale pour chacune des spécialités et le nombre réel de médecins spécialistes qui demeureront au Québec au terme de leur formation, abstraction faite de la migration normale observée jusqu'à maintenant. En effet, le bassin de diplômés disponibles pour occuper des places de résidence en médecine spécialisée, comprend aussi bien les diplômés issus du contingent de Québécois (ex : 406 pour l'année académique 1998-1999) que les étudiants non-québécois (ex : 55 pour l'année académique 1998-1999), dont les 34 étudiants étrangers munis d'un visa et les 21 médecins formés dans le cadre de l'entente avec le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard qui ne s'installeront pas au Québec au terme de leur formation mais qui sont cependant comptabilisés dans les cibles déterminées de places en spécialité. Ainsi, si par exemple, sur les nouveaux certifiés en radio-oncologie cette année, un seul était québécois, les trois autres venant, un de l'Ontario et les deux autres du Nouveau-Brunswick, l'ajout net serait loin de combler les attentes et surtout les besoins au Québec.

Le Conseil pense qu'il est essentiel, aux fins de la planification des effectifs médicaux pour le Québec, de connaître avec précision la nature et la composition des cohortes, tant au niveau des études doctorales que postdoctorales. Il suffirait en somme d'élargir le mandat de la CREPUQ qui assure déjà, de manière admirable, le suivi annuel des cohortes dans les programmes de résidence.

Il y aurait avantage à ce que la Politique triennale détermine le nombre total et la répartition des places par spécialité à l'intention des diplômés québécois et prévoit, d'une manière séparée, le nombre et la répartition des diplômés non-québécois. À tout le moins, il faudrait connaître la composition des cohortes inscrites dans chacune des

spécialités afin d'ajuster subséquemment le nombre de places requises pour répondre aux besoins du Québec. Est-ce nécessaire de rappeler que la Politique triennale constitue l'outil ultime de la planification de l'effectif médical pour le Québec ? Il ne s'agit pas ici de créer une iniquité entre les étudiants des différentes cohortes dans le processus de sélection pour les places d'entrée en spécialité, mais bien de doter le Québec des médecins spécialistes requis en termes quantitatif et qualitatif, tel que prévu par le processus de planification.

1.4 L'évaluation des besoins de médecins spécialistes à court terme

La non-atteinte des cibles en spécialité sera d'autant plus délicate dès l'an prochain, en raison de la réduction du bassin réel de diplômés, conséquence normale de la diminution significative du nombre d'admissions en médecine depuis l'année académique 1995-1996, qu'entre-temps, des travaux de consultation réalisés par le Comité du suivi de la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux au Québec auprès des associations de médecins spécialistes en vue de connaître leur estimation des besoins en effectif dans chacune des spécialités laissent entrevoir la nécessité d'une hausse appréciable et immédiate des cibles en spécialité au cours des prochaines années. (Tableau 6, page suivante)

Bien qu'aucune décision n'ait été prise à ce sujet, la compilation sommaire des recommandations formulées par les associations lors de la consultation, qui vient de se terminer, montre que la nécessité d'un accroissement du nombre de places en spécialité est fortement ressentie.

Rappelons aussi qu'aux fins de la préparation du Plan de répartition de l'effectif médical pour la période 1997-2000, la Conférence des régions régionales et le MSSS avaient conjointement mené une consultation dans les régions afin d'identifier leurs besoins en médecins pour cette période. Notons ici que les besoins exprimés par les régions régionales étaient fortement teintés par la volonté d'autosuffisance régionale doublée d'orientation d'équité interrégionale, cette dernière étant souvent interprétée comme un prorata avec la région la mieux pourvue à ce moment. À tout événement, la compilation des besoins exprimés par les régions s'élevait à 1119 médecins par rapport à un ajout net prévu de 514 médecins pour la période 1997-2000. Une révision des besoins exprimés, devant correspondre plus fidèlement à la capacité réelle d'accueil de médecins par les régions dans un contexte de rationalisation, ramena l'expression des besoins à une plus juste réalité.

Tableau 6 - Recommandations d'ajout ou de réduction de places d'entrée en spécialité faites par les associations de médecins spécialistes *

Spécialité	Scénario minimal	Scénario maximal	Cibles 1997-1998
psychiatrie	12	15	33
médecine interne	0	0 (1)	26

pédiatrie	22	22	8
immuno-allergie	0	1	2
cardiologie	0	0	15
dermatologie	0	1	3
gastro-entérologie	2	2	4
gériatrie	4	8	5
héματο-oncologie	0	0	9
néphrologie	-2	-2	6
pneumologie	4	4	6
génétique	1	2 ⁽¹⁾	-
anesthésie-réanimation	-9	-7	29
chirurgie générale	5	5	33
chirurgie orthopédique	0	2 ⁽²⁾	10
gynécologie-obstétrique	9	9	19
chirurgie plastique	0	1	3
oto-rhino-laryngologie	0	0	6
ophtalmologie	0	2	5
urologie	2	2	8
anatomo-pathologie	0	0	11
radiologie diagnostique	3	3	13
médecine nucléaire	0	0	3
microbio-infectiologie	2	2	2
C.C.V.T.	-2	-2	3
neurochirurgie	0	0 ⁽¹⁾	6
neurologie			8
radio-oncologie	5	5 ⁽³⁾	8
endocrinologie			4
Ajout net	58	75	308

* Source : Rapport préliminaire de synthèse des mémoires, Groupe de travail sur l'organisation des services médicaux, Comité du suivi, avril 1999

(1) peut varier selon l'organisation des services

(2) si émigration se poursuit

(3) limitation de la capacité actuelle de formation

Malgré tout, les attentes des régions pour des omnipraticiens s'élevaient à 459 alors que l'ajout net anticipé n'était que de 185.⁷ Le bilan réalisé au 30 septembre 1998, soit à mi-chemin de la période, montre que l'ajout net d'omnipraticiens était de (-66). Quant aux médecins spécialistes, l'ajout net estimé par le ministère s'élevait à 329 pour la

⁷ MSSS et Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, *Plans régionaux d'effectifs médicaux : bilan des consultations*, 26 novembre 1996

même période. Le bilan établi au 30 septembre 1998 était de (-74) installés dans les régions.

Le tableau suivant fait état des écarts entre les objectifs autorisés par le Ministre, et le nombre réel de médecins installés à mi-chemin de la période triennale débutant le 1^{er} avril 1997.

Tableau 7 - PREM 1997-2000 après 18 mois*

	Omnipraticiens			Spécialistes		
	réel	autorisé	atteinte	réel	autorisé	atteinte
Ensemble du Qc	-66	185	-36%	-74	329	-22%
Québec (03)	-20	-22	91%	-25	-19	132%
Estrie (05)	5	10	50%	7	26	27%
Montréal (06)	-35	20	-175%	-120	-33	364%
Sous-total	-50	8	-625%	-138	-26	531%
Chaudière-Appalaches (12)	-12	8	-150%	7	34	21%
Laval (13)	-9	8	-113%	14	11	127%
Lanaudière (14)	-3	12	-25%	-1	28	-4%
Laurentides (15)	8	8	100%	11	41	27%
Montréal (16)	8	33	24%	10	51	20%
Sous-total	-8	69	-12%	41	165	25%
Saguenay-Lac-St-Jean (02)	-15	8	-188%	-5	17	-29%
Mauricie-Bois-Francs (04)	-1	20	-5%	-4	41	-10%
Outaouais (07)	2	10	20%	5	37	14%
Sous-total	-14	38	-37%	-4	95	-4%
Bas-St-Laurent (01)	-1	15	-7%	14	29	48%
Abitibi-Témiscamingue (08)	-12	10	-120%	3	26	12%
Côte-Nord (09)	-2	18	-11%	9	20	45%
Nord-du-Québec (10)	8	9	89%	-2	3	-67%
Gaspésie-des-Îles-de-la-Madeleine (11)	13	18	72%	3	17	18%
Sous-total	6	70	9%	27	95	28%

* Les données de ce tableau sont tirées de *Données statistiques sur les effectifs médicaux et l'accès aux soins de santé en région*, DGRP-MSSS, mars 1999

Si ce tableau est révélateur sur l'état de réalisation du plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, il ne dit cependant pas deux choses importantes qu'il faut mentionner. Premièrement, non seulement constatons-nous des écarts importants entre les objectifs autorisés et l'atteinte de ceux-ci à mi-chemin de sa réalisation mais une analyse plus attentive des données du document du ministère montre que certaines spécialités sont plus particulièrement affectées.

Ainsi, en anatomo-pathologie, l'ajout autorisé de 9 s'est traduit par une diminution de 5. Pour les psychiatres l'ajout autorisé de 26 se solde, toujours au 30 septembre 1998, par -12 psychiatres en exercice, bien que le total des besoins « rationalisés » des régions s'élevait à 122. Toujours à la même date et toujours à titre d'exemples, le Québec comptait dix chirurgiens généraux et deux orthopédistes en moins qu'au premier trimestre de 1997.⁸

Deuxièmement, ce tableau ne révèle pas le degré d'amélioration significative du nombre de médecins dans les régions du Québec depuis l'implantation du premier PREM, en 1992. Les chiffres du tableau suivant montrent en effet que la croissance des effectifs de médecins entre 1992 et 1998 est observée dans toutes les régions sauf dans les régions universitaires où l'effectif en médecins a globalement diminué de 5,1%. Cependant, la croissance du nombre de médecins spécialistes dans toutes les régions sauf les régions universitaires a été du double de celle des médecins omnipraticiens.

Tableau 8 - Évolution de l'effectif médical dans les régions entre 1992 et 1998

Régions	Omnipraticiens	Spécialités	Total
Universitaires	-2,8%	-6,5%	-5,1%
Périphériques	9,7%	23,2%	14,5%
Intermédiaires	4,1%	8,5%	5,9%
Éloignées	12,2%	23,9%	16,1%
Total pour le Québec	3,6%	1,4%	2,5%

On ne saurait clore cette question sans rappeler que le but du Plan de répartition de l'effectif médical consiste essentiellement à répartir l'ajout net de médecins prévu. Cet ajout net représente en fait une estimation du nombre de médecins qui obtiendront leur permis d'exercice durant la période triennale concernée, duquel on soustrait le nombre de médecins qui quitteront la pratique selon l'attrition prévisible. Il est donc important de rappeler que le Plan de répartition ne peut en aucun cas constituer un indicateur pouvant orienter les étudiants dans leur choix d'une spécialité parce que le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) n'est pas une expression des besoins réels. Par ailleurs, l'importance de la surestimation de l'ajout net renforce la nécessité de connaître la composition (étudiants québécois et non-québécois) des cohortes dans chacune des spécialités.

Enfin, considérant qu'à mi-chemin de l'application du Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, les régions universitaires disposaient alors de 179 places libres en spécialité et de 60 places en omnipratique, toute velléité de prolongation du présent plan de répartition ne ferait qu'accentuer la pénurie relative dans les régions éloignées.

⁸ Données statistiques sur les effectifs médicaux et l'accessibilité aux soins de santé en région, MSSS, mars 1999

Ainsi, le Conseil médical du Québec adresse une sévère mise en garde sur la proposition éventuelle d'une telle stratégie.

1.5 Le mouvement des résidents d'une spécialité vers la médecine familiale

Sur un autre plan, on constate, comme l'indique le tableau suivant, un accroissement du mouvement des résidents d'une spécialité vers la médecine familiale depuis 1992-1993 également.

Tableau 9 - Mouvement des résidents d'une spécialité vers la médecine familiale

Années	Transferts
1992-1993	24
1993-1994	29
1994-1995	38
1995-1996	39
1996-1997	26 ⁹
1997-1998	13

Signalons cependant que durant la même période, si 169 résidents sont passés d'une spécialité vers la médecine familiale, 24 résidents ont fait le chemin inverse et sont passés de la médecine familiale vers une spécialité. Il n'en demeure pas moins que le bilan net montre une perte totale de 145 résidents pour l'ensemble des spécialités durant cette période. Parmi celles qui sont les plus touchées par les transferts d'une spécialité vers la médecine familiale, on retrouve le tronc commun de la médecine interne (50), la chirurgie générale (28) et l'anesthésie-réanimation (10).¹⁰

1.6 Les programmes de fin de carrière

Il n'est pas inutile, à ce moment-ci, d'attirer l'attention sur un autre fait marquant et déterminant quant à son impact sur l'effectif de médecins spécialistes et sur certaines spécialités plus particulièrement. Au 7 décembre 1998, 720 médecins spécialistes avaient déjà bénéficié des programmes de fin de carrière lancés l'année précédente. Les deux spécialités les plus affectées par ces retraites touchent également l'anesthésie-réanimation (100), la chirurgie générale (97) auxquelles il faut ajouter, à titre d'information et pour en montrer l'importance, la psychiatrie (78) et la radiologie

⁹ Note au lecteur : Les données contenues dans ce tableau ne sont pas définitives pour les deux der-nières années. Elles peuvent en effet s'accroître au cours des prochaines années au fur et à mesure de l'évolution de chacune des cohortes.

¹⁰ Ces données sont tirées de: Inventaire des motifs de changement de programme en cours de résidence, réalisée par Le Groupe Multi Réso, à la suite d'une entente entre la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, auprès de l'ensemble des résidents ayant changé de programme en cours de résidence durant les années 1992 à 1998. Ce document a été rendu public en octobre 1998

(62). Il importe cependant de mentionner ici le fait que les programmes de retraite, s'ils ont pu créer des difficultés temporaires dans certaines spécialités, n'ont fait que devancer l'attrition normale anticipée jusqu'en 2002 ou 2003.

1.7 Le mode mixte de rémunération des médecins spécialistes

Enfin, nous ne connaissons pas encore l'impact que pourrait avoir l'entente conclue récemment entre le MSSS et la FMSQ concernant l'implantation de nouveaux modes de rémunération pour les médecins spécialistes, sur l'offre de services médicaux généraux et spécialisés.

2. La répartition entre les spécialités

À compter de 1987, la répartition des places de formation en spécialité a été faite en grande partie sur la base des ratios retenus deux ans plus tôt et dont il est fait référence au tableau 1, en tenant compte de la structure d'âge de la population médicale dans chaque spécialité. Signalons que des spécialités qui n'existaient pas à cette époque ont été reconnues par le Collège des médecins du Québec. Certaines sont tout à fait nouvelles comme la génétique, l'oncologie médicale ou la médecine d'urgence, alors que d'autres résultent d'orientations spécifiques au sein d'une même spécialité comme c'est le cas, par exemple de la chirurgie thoracique et de la chirurgie cardiaque. Le tout, cependant, demeure dans l'optique de maintenir une répartition à peu près semblable entre omnipraticiens et spécialistes.

Au début des années 1990, il était déjà évident que certaines spécialités rencontraient des problèmes majeurs de renouvellement de leur effectif. Pour remédier à ce problème, la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec décida, suite à la recommandation en ce sens faite par le Collège des médecins du Québec, d'introduire dans la politique triennale débutant en 1992, la notion de répartition des places de résidence sur la base d'un regroupement de spécialités soumis à des règles simples mais strictes de transfert d'une spécialité à une autre.

La classification des spécialités selon les groupes et la détermination du nombre de places dévolues aux spécialités fait désormais partie du processus de révision annuelle de la politique triennale. L'objectif global poursuivi vise à ajuster le nombre de médecins spécialistes certifiés au terme de la formation en spécialité, mais il arrive souvent que cette classification véhicule des messages contradictoires pour les étudiants qui ont à choisir une spécialité. Cette classification véhicule aussi des messages déstabilisants pour les résidents déjà engagés dans leur formation, sans compter que les règles de gestion qui y sont associées sont, à notre avis, trop contraignantes. Il existe en effet une certaine tolérance sur les cibles annuelles, considérant qu'il s'agit d'une politique triennale mais les règles de transfert d'une spécialité à l'autre ne valent que dans un sens comme le montre le tableau suivant.

Tableau 8 : Groupes de spécialités et règles de transfert pour la politique triennale débutant en 1998

<u>GROUPE A :</u>	Anesthésie-réanimation, médecine interne et psychiatrie : spécialités ciblées par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme nécessitant un plus grand nombre de spécialistes. Les places non comblées dans les spécialités sont transférables entre elles et vers le groupe B (voir tableau 9).
<u>GROUPE B :</u>	Spécialités prioritaires où le recrutement doit être favorisé. Les places non comblées dans ces spécialités sont transférables entre elles ou au groupe A seulement (voir tableau 9).
<u>GROUPE C :</u>	Spécialités où le recrutement doit être maintenu à peu près au même niveau compte tenu des besoins. Les places non comblées dans ces spécialités sont transférables entre elles ou aux groupes A et B seulement (voir tableau 9).
<u>GROUPE D :</u>	Spécialités où le recrutement doit être égal ou inférieur au niveau des années antérieures. Le maximum d'entrée dans chaque spécialité de ce groupe ne peut être dépassé. Les places non comblées dans ces spécialités ne sont pas transférables entre elles, mais bien aux groupes A, B ou C (voir tableau 9)

D'année en année, le mécanisme des groupes de spécialités se traduit par des propositions de places offertes en spécialité présentées sous forme de tableaux comme ceux qui suivent.

Tableau 9 - Les places prévues dans les regroupements de spécialités pour l'année 1998-1999

ENTRÉES DANS LES PROGRAMMES DE BASE	GROUPE	SPÉCIALITÉS	306 Places	8 Places en surspécialités pédiatriques ^{2 3}
CHIRURGIE 72 places	B	Chirurgie générale	60	
	B	Chirurgie CVT		
	B	Chirurgie orthopédique		
	B	Neurochirurgie		
	B	Oto-rhino-laryngologie		
	C	Urologie	12	
	C	Chirurgie plastique		
Sous-total:			72	
MÉDECINE 99 places	A	Médecine interne	26	
	B	Génétique	32	*
	B	Gériatrie		
	B	Néphrologie		
	B	Neurologie et EEG		
	B	Oncologie médicale		
	B	Gastro-entérologie		*
	C	Cardiologie	34	*
	C	Hématologie		*
	C	Immunologie et Allergie		*
	C	Physiatrie		
	C	Pneumologie		*
	C	Rhumatologie		*
	D	Dermatologie	3	*
D	Endocrinologie	4		
Sous-total:			99	
PÉDIATRIE 14 places	C	Sous-spécialités de la Pédiatrie ^{3 4}	6	
	D	Pédiatrie générale ⁵	0	
	Sous-total:		6	8
AUTRES PROGRAMMES 129 places	A	Anesthésie-réanimation	62	
	A	Psychiatrie ⁶		
	B	Anatomo-pathologie	19	
	B	Radio-oncologie		
	C	Biochimie médicale	38	
	C	Obstétrique-gynécologie		
	C	Radiologie diagnostique		
	C	Santé communautaire		
	D	Médecine nucléaire	3	*
D	Microbiologie et infectiologie	2		
D	Ophtalmologie	5		
Sous-total:			129	
TOTAL			306	8

Le tableau 10 sert à illustrer les modifications annuelles qui peuvent être apportées dans les groupes de spécialités et le nombre de places de résidence disponibles. Il s'agit des ajustements des places de résidence de l'année 1997-1998 par rapport à l'année précédente, soit 1996-1997. En plus du nombre de places dévolues à chacune des spécialités durant ces deux années, qui a varié sensiblement (le nombre total de places de résidence en spécialité étant passé de 330 en 1996-1997 à 308 en 1997-1998), on remarquera, par exemple, que la chirurgie générale qui faisait partie du groupe A durant ces années est passée au groupe B l'année suivante, comme nous l'avons vu au tableau 5, tandis que la psychiatrie était classée dans le groupe C en 1996-1997 puis dans le groupe B en 1997-1998 et enfin, dans le groupe A en 1998-1999.

Le Comité estime qu'autant de changements de classification en si peu de temps ne transmettent pas un message clair, c'est le moins que l'on puisse dire, sur les besoins réels (en psychiatrie comme dans ce cas que nous évoquons à titre d'exemple) et risquent même de provoquer la confusion dans l'esprit des étudiants et des résidents, voire même provoquer de l'instabilité et de l'insécurité dans leurs rangs.

Tableau 10 - Ajustement des places entre 1996-1997 et 1997-1998

Références du tableau 10 (page suivante)

- 1 La classification des spécialités par groupe et les cibles par spécialité sont révisées annuellement, si nécessaire.
- 2 Ces places ne sont disponibles que dans les spécialités de niveau local identifiées par un astérisque.
- 3 Ces places ne sont disponibles que dans les surspécialités pédiatriques avec certificat de spécialiste autre que pédiatre et identifiées par un astérisque.
- 4 Ces places disponibles en spécialité pédiatrique avec ou sans certificat sont largement destinées aux milieux universitaires. Les candidats doivent par conséquent se doter d'une formation complémentaire adéquate.
- 5 Dans la mesure où les places en B sont toutes comblées, un maximum de 10 places sans engagement peuvent être transférées aux spécialités du groupe B.
- 6 Incluant les sous-spécialités de la pédiatrie.
- 7 Ces places sont disponibles pour des résidents qui s'engagent à acquérir une formation complémentaire en Urgentologie où des besoins prioritaires existent ainsi que notamment en Génétique, en Néonatalogie et en Soins intensifs.
- 8 Des besoins prioritaires en pédopsychiatrie sont observés pour l'ensemble des régions du Québec.
- 9 Pour les nouveaux résidents des cohortes des années 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000 aucune place à la sortie du programme de pédiatrie générale n'est prévue.

SPÉCIALITÉS	1996-1997 ¹		SPÉCIALITÉS	1997-1998 ¹	
	320 places sans engagement	10 Places avec engagement ²		Places sans engagement	
				300 places	8 Places en surspécialités pédiatriques ^{3 4}
GROUPE A			GROUPE A		
Anesthésie-réanimation	25	*	Anesthésie-réanimation	29 (+4)	
Chirurgie générale	34	*	Chirurgie générale	33 (-1)	
Médecine interne	26	*	Médecine interne	26	
Sous-total:	85 ->75 ⁵		Sous-total:	88 ->78 ⁵	
	A->B=-10			A->B=-10	
GROUPE B			GROUPE B		
Anatomo-pathologie	11	*	Anatomo-pathologie	11	
Cardiologie	15		Cardiologie	15	*
Chirurgie CVT	3		Chirurgie CVT	3	
Chirurgie orthopédique	16	*	Chirurgie orthopédique	10 (-6)	
Gériatrie	5		Gériatrie	5	
Néphrologie	6		Néphrologie	6	*
Neurochirurgie	6		Neurochirurgie	6	
Neurologie et EEG	8		Neurologie et EEG	8	*
Oto-rhino-laryngologie	6		Oto-rhino-laryngologie	6	
Oncologie médicale	4		Oncologie médicale	4	
			Psychiatrie ⁸ (C)	33	
Radio-oncologie	8		Radio-oncologie	8	
Sous-total:	88 ->98		Sous-total:	115 -> 125	
	A -> B=+10			A -> B=+10	
GROUPE C			GROUPE C		
Biochimie médicale	3		Biochimie médicale	3	
Endocrinologie	4		Endocrinologie	4	*
Gastro-entérologie	4		Gastro-entérologie	4	*
Hématologie	5		Hématologie	5	*
Immunologie et Allergie	2		Immunologie et Allergie	2	*
Microbiologie et infectiologie	5		Microbiologie et infectiologie	2 (-3)	*
Obstétrique-gynécologie	17	*	Obstétrique-gynécologie	19 (+2)	
Pédiatrie ⁶	17		Sous-spécialités de la Pédiatrie ^{4 7}	8	
Physiatrie	3		Physiatrie	3	
Pneumologie	6		Pneumologie	6	*
Psychiatrie	33	*			
Radiologie diagnostique	17		Radiologie diagnostique	13 (-4)	
Rhumatologie	2		Rhumatologie	3 (+1)	*
Santé communautaire	3		Santé communautaire	3	
Urologie	7		Urologie	8 (+1)	
Sous-total:	128		Sous-total:	83	
GROUPE D			GROUPE D		
Chirurgie plastique	3		Chirurgie plastique	3	
Dermatologie	4		Dermatologie	3 (-1)	
Médecine nucléaire	4		Médecine nucléaire	3 (-1)	
Ophtalmologie	8		Ophtalmologie	5 (-3)	
			Pédiatrie générale ⁹ (C)	0	
Sous-total:	19		Sous-total:	14	
TOTAL:	320	10	TOTAL:	300	8

3. Les enjeux d'une telle situation pour l'avenir

Bien que la répartition actuelle d'environ 50/50 entre omnipraticiens et spécialistes ne soit pas officiellement remise en cause par les intervenants, nombreux sont ceux qui s'interrogent sur l'opportunité de la maintenir à ce niveau. Au début des années 1980 d'ailleurs, comme il est mentionné plus haut, le ministère de la Santé et des Services sociaux envisageait l'objectif à long terme de 60% d'omnipraticiens afin de disposer d'un système de services médicaux doté d'une première ligne forte et compétente et de services médicaux spécialisés qui ne débordent pas sur la première ligne. Cet objectif de 60% d'omnipraticiens, comme nous l'avons vu également, fut modifié à la baisse parce qu'il est vite apparu évident que des services médicaux de première ligne sont aussi fournis par des médecins spécialistes. Dans les faits, la proportion entre omnipraticiens et spécialistes est relativement arbitraire et tient principalement au modèle d'organisation des services médicaux mis en place.

Dans un document de 1986¹¹, les responsables de la planification des effectifs médicaux au Québec sont on ne peut plus clairs sur cette question : « La quantification d'un objectif de répartition omnipraticiens/spécialistes est essentielle aux besoins des études prévisionnelles sur la main-d'œuvre médicale, tout comme la détermination annuelle du nombre de postes rémunérés en résidence. Par contre, on sait que le 60% a été fixé de manière plus ou moins arbitraire et qu'il s'agissait à l'époque de déterminer une cible assez significative pour permettre l'amorce d'un renversement de tendance. À tort, plusieurs ont pris cette proportion au pied de la lettre (ou plutôt du chiffre), alors qu'il fallait plutôt en retenir l'esprit ».

Les voix se font par ailleurs plus nombreuses qui réclament aujourd'hui un renforcement de la première ligne. C'est un phénomène répandu dans toutes les provinces canadiennes et aux États-Unis; les commentaires à l'effet qu'il y a trop de médecins spécialistes par rapport au nombre d'omnipraticiens ne sont ni nouveaux, ni rares. La question est souvent évoquée, ici même au Québec, lorsque le sujet de la réorganisation des services médicaux et de modifications dans les modes de rémunération des médecins, comme celle de la hiérarchisation des services établie sur

la base de la responsabilité professionnelle et de l'inscription de la population sont abordées.¹²

¹¹ Rapport du groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux aux membres du Comité de coordination pour les négociations avec les professionnels de la santé. MSSS, mai 1986

¹² Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux*. Juin 1995
Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population*. Septembre 1996

Les cibles déterminées chaque année pour chacune des spécialités sont-elles correctes ou devraient-elles être révisées dans leur structure ? Cette question, comme la précédente d'ailleurs, ne constitue pas le propos du présent examen. Cependant, elle est soulevée dans les milieux concernés. À tel point, que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec a confié le mandat à son Comité du suivi d'étudier notamment cet aspect du dossier plus global du processus de planification des besoins en médecins au Québec.

Depuis près d'un an, le Comité du suivi a entrepris une vaste consultation auprès de chacune des 35 associations de médecins spécialistes afin de connaître les modèles d'organisation des services les plus appropriés pour chacune d'elles et les besoins futurs en effectifs qui en découlent. L'exercice s'appliquait également aux médecins omnipraticiens. Le rapport du Comité du suivi devrait être disponible dès le printemps 1999 afin que son contenu puisse être pris en compte dans la confection de la politique triennale débutant en 2000. Un document-synthèse¹³ montre cependant que les recommandations formulées par les associations de médecins spécialistes sont à l'effet d'un accroissement de 58 à 75 du nombre actuel de postes en spécialité.

Rappelons aussi que le Conseil médical du Québec a produit un avis¹⁴ dans lequel il propose un modèle de planification des effectifs médicaux par le biais de l'évaluation des besoins en services par un **Comité d'experts médicaux indépendants**. Un tel comité d'experts devrait prendre en compte et introduire le nombre de variables (évolution des technologies, organisation des services médicaux, féminisation de la profession, etc.) qui constituent autant de facteurs qualitatifs déterminants, qui ont autant et souvent plus d'impacts sur les besoins futurs en médecins que les seuls facteurs quantitatifs considérés jusqu'ici, lors des projections.

La véritable question qui préoccupe le Conseil médical dans le présent avis, concerne l'atteinte des objectifs déterminés en terme de places de résidence en médecine spécialisée dans le but évident de disposer du nombre suffisant de médecins pour satisfaire aux besoins prévus et ce, dans chacune des spécialités. Il s'agit là d'une préoccupation constante du Conseil médical du Québec qu'il a maintes fois rappelé dans des avis sur la politique triennale mais plus spécifiquement dans l'avis précité.

En effet, quelles que soient les méthodes d'évaluation et de détermination des normes de besoins qui seront retenues demain pour déterminer l'effectif global et la composition de l'effectif de médecins spécialistes, des cibles en résidence spécialisée devront être fixées et comblées. Devant l'évidence de cette situation et le constat des difficultés à combler les places disponibles en résidence spécialisée au cours des dernières années, il est apparu urgent et utile d'identifier les principales causes qui

Conseil médical du Québec, *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*. Novembre 1997

¹³ Synthèse des mémoires - Groupe de travail sur l'organisation des services médicaux - Comité du suivi - Document de travail - (version préliminaire). Service de la recherche et de la planification, MSSS, avril 1999

¹⁴ Conseil médical du Québec. *Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*. Mars 1998

compromettent l'atteinte des objectifs déterminés et en contrepartie, de tenter de dégager des conditions qui soient de nature à la favoriser.

4. La recherche des causes

Pour faciliter sa démarche d'identification des facteurs qui peuvent expliquer les difficultés de combler les places disponibles en résidence spécialisée et le mouvement de transfert des résidents d'une spécialité vers la médecine familiale depuis l'année académique 1992-1993¹⁵, le Conseil médical a choisi de consulter les intervenants les plus directement concernés soit : les étudiants en médecine qui sont appelés, au terme de leur formation doctorale, à opter pour l'un ou l'autre des programmes de formation postdoctorale, les résidents qui sont déjà engagés dans ces programmes, le Collège des médecins du Québec dont l'une des responsabilités majeures consiste à s'assurer du nombre suffisant de médecins dans toutes les disciplines pour dispenser les services médicaux à la population, sans compter sa responsabilité directe dans le contenu même de la formation et enfin, les vice-doyens des programmes doctoraux et postdoctoraux dans les quatre facultés de médecine du Québec en raison de leur rôle majeur auprès des étudiants et des résidents ainsi que de leur position stratégique par rapport aux programmes de formation.

Le Comité sur les effectifs médicaux du Conseil médical a donc rencontré les représentants de chacun de ces groupes pour connaître leur analyse de la situation et les moyens à mettre en œuvre pour y remédier. Les représentants des quatre groupes ont d'emblée reconnu l'existence du problème.

Mises à part quelques remarques spécifiques à chacun d'eux, les groupes ont témoigné d'une surprenante unanimité sur les causes du phénomène général de désaffection des étudiants en médecine à l'endroit de la formation en spécialité et du désistement des résidents en formation spécialisée vers la médecine familiale au cours des dernières années. Les raisons évoquées par les quatre groupes peuvent être rassemblées sous les cinq têtes de chapitres suivants :

- Rigidité des mécanismes des systèmes;
- Insécurité face aux transformations entreprises dans le réseau et à l'envahissement administratif;
- Priorisation de la qualité de la vie;

¹⁵ La Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ) assure le suivi systématique des cohortes en formation postdoctorale en médecine depuis 1992-1993. La Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine, révisée annuellement stipule que la CREPUQ doit fournir un bilan au 30 juin de chaque année, qui fait foi du respect des cibles d'entrée.

- Problèmes dans la formation et insuffisance des ressources disponibles pour les fins d'enseignement et de recherche et enfin, démotivation des enseignants;
- Information inadéquate et insuffisante.

Dans les pages qui suivent se retrouvent une énumération et un regroupement, en fonction des cinq thèmes identifiés et les nombreuses observations recueillies auprès des intervenants concernés. Le comité des effectifs médicaux du Conseil médical a reçu de ces groupes de nombreuses suggestions pouvant favoriser l'atteinte des cibles de résidence en spécialité mais le Conseil médical estime qu'il est préférable d'élargir ses consultations et d'approfondir sa réflexion avant de formuler des recommandations à cet effet.

Les membres du Conseil médical du Québec ont acquis la conviction que les faits évoqués par les représentants de la FMRQ, de la FAEMEQ, du Collège des médecins du Québec et par les vices-doyens des facultés de médecine sont fondés en raison du fait que, malgré certaines réserves parfois soulevées, les points de vue exprimés sont essentiellement convergents.

4.1 La rigidité des mécanismes des systèmes

La rigidité évoquée par les intervenants touche principalement les programmes de formation mais touche aussi les mesures administratives concernant la pratique médicale. Les intervenants ont dénoncé la limitation trop pointilleuse, malgré une certaine tolérance, quant au nombre de places fixées chaque année pour chacune des spécialités dans la politique triennale. Les étudiants et les résidents considèrent également que les règles de transfert d'un programme à l'autre en cours de formation limitent trop souvent leurs aspirations professionnelles qui peuvent évoluer rapidement au contact des réalités cliniques.

Ils estiment aussi que les universités manquent de souplesse, tant en ce qui regarde les choix de base afin de répondre à leurs exigences en matière de main-d'œuvre, qu'en ce qui concerne la poursuite de la formation dans une université différente que celle de départ ainsi que la réalisation de stages hors du circuit universitaire traditionnel. Ils soutiennent que la rigidité actuelle de la gestion dans les facultés de médecine répond mal aux besoins d'adaptation pour les étudiants, hormis les quelques rares cas d'espèce qui ne font que confirmer la règle générale.

À maintes reprises, les personnes consultées ont évoqué l'attitude de directeurs de programme qui semblaient davantage préoccupés par le respect de l'intégrité de la pyramide d'enseignement que par le souci d'accommoder le résident en formation. Le Comité a également remarqué l'intérêt des étudiants en médecine pour le système CARMS (Canadian Resident Matching Service) qui semble, par sa souplesse, satisfaire plus de 90% des intentions exprimées par les participants à ce programme d'échange.

Par ailleurs, malgré l'insistance du gouvernement à cet effet et malgré leur profond désir de formation dans des milieux autres que des centres hospitaliers universitaires pour être mieux préparés à exercer partout sur le territoire, les étudiants et les résidents considèrent que les universités n'apportent pas tout le soutien requis à la formation dans les régions autres qu'universitaires.

D'autre part, ils souhaitent que les régions universitaires fassent toute la place requise aux résidents qui, au terme de leur formation dans une spécialité, acceptent de poursuivre des études de formation surspécialisée qui répondent à des besoins clairement identifiés par les facultés de médecine. Dans la lettre¹⁶ qu'il faisait parvenir aux régies régionales le 30 juin 1997 pour annoncer les objectifs du Plan de répartition de l'effectif médical pour la période 1997-2000, le ministre de la Santé et des Services sociaux indique que les régions universitaires pourront accueillir des médecins qui retardent le début de leur pratique dans le cadre du régime d'assurance-maladie afin de poursuivre des études de formation surspécialisée dans leur spécialité. Le Ministre précise que ces « ... études doivent correspondre à un besoin clairement identifié par les facultés de médecine, être approuvées par la régie régionale concernée et résulter par une nomination dans un centre hospitalier universitaire, un institut universitaire ou un centre affilié universitaire ». Le Ministre détermine ensuite les conditions essentielles requises pour agir en cette matière.

Les vice-doyens ont exprimé leur satisfaction face à l'application de cette directive par les régies régionales et les centres hospitaliers concernés. Les vice-doyens ont admis que la situation s'était déjà améliorée de beaucoup.

Les intervenants évoquent enfin toutes les autres formes de rigidité qui s'installent progressivement dans le système de santé du Québec et qui visent à réglementer ou limiter l'exercice de la médecine et à contrôler la pratique médicale. Ils craignent de perdre l'autonomie professionnelle qui leur est si chère en évoquant, notamment, les pouvoirs qui pourraient être éventuellement accordés aux régies régionales sur le contrôle des effectifs médicaux.¹⁷

¹⁶ Lettre que le ministre de la Santé et des Services sociaux transmettait aux régies régionales des régions universitaires le 30 juin 1997 pour leur signifier les objectifs régionaux de croissance et de décroissance de médecins.

¹⁷ Note au lecteur : Sur cette question, le Comité doit reconnaître que les craintes des étudiants et des résidents sont fondées si on se réfère notamment à l'Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1- Les plans d'effectifs médicaux, que le Conseil médical du Québec publiait en juin 1995.

Bref, les intervenants évoquent les limitations à la pratique médicale qui sont liées à la transformation du réseau, aux plans d'effectifs, à la disponibilité de postes dans les régions universitaires et, pour certains, la crainte plus globale de ne pas obtenir de poste dans leur spécialité au terme de leur formation.¹⁸

4.2 L'insécurité face aux transformations entreprises dans le réseau et à l'envahissement administratif

L'aspect de l'insécurité soulevé par les interlocuteurs revêt diverses dimensions. On y retrouve bien sûr l'insécurité croissante provoquée par l'introduction de mesures visant le contrôle de la pratique comme celles évoquées au point précédent mais également l'insécurité engendrée par le climat économique général à la faveur duquel toutes sortes de rumeurs, du genre « billing number », apparaissent comme solution potentielle pour limiter les dépenses publiques ou entraver la liberté d'installation. Cette rumeur serait sans doute l'une des principales raisons à l'origine des mouvements de transfert d'une spécialité vers la médecine familiale.

S'ajoute l'insécurité causée par la transformation du réseau qui est souvent perçue comme improvisée et surtout instable. L'âge moyen d'entrée en médecine (l'âge moyen d'arrivée d'un médecin sur le marché est aujourd'hui autour de 30 ans) a crû au cours des dernières années et les étudiants craignent que le nombre requis d'années pour compléter une spécialité ne leur permettent pas d'atteindre leurs objectifs financiers et personnels au cours d'une carrière écourtée dangereusement considérant de plus l'avènement des programmes d'incitation à la retraite pour les médecins.

L'insécurité naît aussi de l'incertitude d'obtenir un poste intéressant au terme de la longue formation en spécialité. Des événements récents en ce sens et l'application sévère des plans d'effectifs sont de nature à renforcer cette perception. Les étudiants se demandent en fait ce qu'ils pourraient bien faire avec une certification dans une spécialité s'ils n'ont pas de poste. « Au moins, la médecine familiale permet de travailler plus librement ». Par ailleurs, les étudiants croient que l'avenir de la médecine spécialisée est menacé au Québec. « Cela ressort clairement des querelles publiques concernant les centres hospitaliers universitaires et c'est trop souvent le message que nous livrent les médecins spécialistes que nous côtoyons au cours de notre formation ».

¹⁸ **Note au lecteur :** Si le Conseil médical du Québec partage une grande partie des appréhensions soulevées par les intervenants qui ont fourni des exemples concrets justifiant leur existence, il s'inscrit en faux contre la crainte répandue sur la disponibilité de postes au terme de la formation parce que les faits démontrent que tous les médecins qui le veulent peuvent exercer la médecine dans leur spécialité et qu'il n'existe aucun cas de médecin-chômeur au Québec. La seule limitation connue à cet égard a trait au lieu géographique d'installation des médecins. La disponibilité de postes est déterminée par les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) conçus pour répartir les ressources le plus équitablement possible sur le territoire. Il faut savoir par ailleurs que les PREM découlent d'un exercice de répartition de l'ajout net de médecins et ne représentent pas l'expression des besoins globaux en médecins identifiés par les régions.

Les groupes que nous avons rencontrés ont insisté sur le phénomène de l'endettement significatif des étudiants et des résidents en médecine qui ferait en sorte que plusieurs optent pour la médecine familiale pour limiter l'endettement et rembourser le plus rapidement possible. « D'autant plus que la différence de rémunération entre un spécialiste et un omnipraticien n'est pas très significative entre certains omnipraticiens et certains spécialistes. »

4.3 La priorisation de la qualité de vie

Au même titre que les autres travailleurs dans la société, les médecins attachent de plus en plus d'importance à la qualité de vie. Comme pour les autres travailleurs, la recherche de la qualité de vie se traduit par une diminution des heures de travail au profit de la vie familiale et des loisirs.¹⁹ Nous constatons également que les jeunes médecins ont de plus en plus tendance à ajuster leur niveau d'activité en fonction de leur objectif personnel de revenu annuel.

Au moment du choix de leur spécialité, les étudiants en médecine prennent désormais en considération la charge de travail qu'implique telle ou telle spécialité. Quelle est la fréquence des gardes dans une spécialité ou l'autre et quelles sont les possibilités en ce qui a trait à l'installation sont devenues des critères sérieusement pris en compte. Des intervenants ont dit être préoccupés du fait que certains responsables de programmes de formation ne respectent pas le règlement négocié entre le gouvernement et la FMRQ concernant la fréquence de garde durant la résidence. « Cela explique en grande partie la perte d'attrait des étudiants pour certaines spécialités plus exigeantes sous ces rapports. »

Rappelons aussi que les femmes sont de plus en plus présentes dans la profession médicale.²⁰ Jusqu'à maintenant, on a constaté que, dans leur choix d'une spécialité, les femmes privilégient les spécialités les moins contraignantes en terme de disponibilité. Dans leur Rapport de l'étude,²¹ les auteurs signalent : « On trouve peu de femmes dans les spécialités chirurgicales et davantage dans les spécialités médicales de laboratoire et de radiologie. Elles représentent plus du tiers des effectifs de trois spécialités : la dermatologie, la microbiologie médicale et infectiologie et la pédiatrie ».

¹⁹ Des données présentées dans le document : Les effectifs médicaux au Québec. Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000, publié en avril 1997 par le Collège des médecins du Québec, révèlent que le nombre d'heures hebdomadaires consacrées par les médecins omnipraticiens aux soins des patients est passé de 42,3 en 1984 à 38,5 en 1994. Les médecins spécialistes ont connu une variation moins considérable que leurs confrères omnipraticiens, le nombre d'heures consacrées aux soins aux patients étant passé de 40,6 en 1984 à 39,4 en 1994.

²⁰ Le même document montre que le pourcentage de femmes dans la profession médicale s'accroît rapidement. Chez les omnipraticiens, il est passé de 22,7% en 1984 à 33,4% en 1994. Chez les spécialistes, le pourcentage de femmes passait de 10,8% en 1984 à 18,7% en 1994. Cette tendance à la féminisation de la profession médicale se maintiendra dans l'avenir comme en fait foi la proportion croissante de femmes admises en médecine au cours des dernières années. Enfin, depuis 1992, elles représentent plus de 60% des admissions en médecine.

²¹ Collège des médecins du Québec, *Les effectifs médicaux au Québec : Mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir. Situation de 1980 à 1994 et projections pour les années 2000*, avril 1997

Il ne fait pas de doute, estime le Conseil médical, que l'application moins rigide des PREM, telle le calcul de l'ajout net en ETP comme il l'a déjà suggéré²², serait de nature à régler certaines difficultés qui peuvent être associées à la féminisation de la profession ou à la pratique à temps partiel.

Par ailleurs, les quatre groupes interrogés ont fait ressortir des considérations à caractère économique pouvant expliquer en partie la tendance à la baisse de l'intérêt des étudiants à l'endroit des spécialités. D'une part, ils considèrent que la différence de rémunération, dans certains champs d'activité, entre les spécialistes et les omnipraticiens est si mince qu'elle ne saurait justifier un investissement personnel de trois ou quatre années supplémentaires de formation et parfois davantage.

Enfin, un cri du cœur unanime s'élève contre l'introduction de la rémunération différenciée pour les nouveaux médecins, négociée entre le gouvernement et la FMSQ en 1995 et qui venait ajouter aux effets négatifs du décret de 1982 sur le niveau de rémunération des nouveaux médecins en fonction de leur lieu d'exercice. Malgré des assouplissements récents, les étudiants et les résidents considèrent que cette clause orphelin est unique et inacceptable, considérant d'une part que cette mesure leur a été imposée et, d'autre part parce qu'ils assument le même niveau de responsabilité professionnelle que leurs aînés lorsqu'ils posent des actes médicaux. Ils signalent aussi que, dans certaines spécialités, contraints de se bâtir une clientèle en ce début de carrière, les premières années de pratique ne sont pas celles offrant le meilleur revenu, surtout dans les zones urbaines.

Force est de constater que les mentalités évoluent. Toutefois, pour le Conseil médical, la recherche d'une qualité de vie doit s'effectuer dans un environnement équilibré où chacun collabore dans un esprit de solidarité face à la couverture des services à offrir et à la tâche à partager.

4.4 La Formation

Dans un premier temps, les étudiants considèrent que la méthode de sélection des candidats aux études médicales semble privilégier certains profils, notamment en ce qui concerne l'âge et le sexe. Ils signalent en outre que des considérations comme, par exemple, l'intérêt manifeste du candidat pour la spécialisation, n'entrent pas ou peu en ligne de compte au moment de la sélection. Il semble que la méthode de sélection des étudiants en médecine de McGill soit déjà orientée en ce sens puisque qu'une plus grande proportion des finissants en médecine de la faculté optent d'année en année pour la médecine spécialisée. « Il ne faut cependant pas pécher par excès contraire, affirment-ils, parce qu'il est essentiel de conserver une grande variété dans l'éventail des candidats. Il serait pourtant essentiel d'introduire et de doser ce facteur lors de la sélection des candidats si l'on veut stimuler la formation en spécialité ».

²² Conseil médical du Québec. *Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998. Décembre 1994*

Les vice-doyens, les résidents et les étudiants en médecine considèrent par ailleurs que la formation dans plusieurs spécialités est trop longue et devrait être raccourcie rapidement. Ils craignent surtout les rumeurs qui ont cours présentement au sujet de la possibilité d'allongement de la formation en médecine interne ou d'une troisième année en médecine familiale. Ils dénoncent en outre la tendance au développement de l'arbre complet des spécialités pédiatriques.

L'unanimité est éloquente au sujet des difficultés posées par le manque lorsque ce n'est tout simplement pas l'absence d'exposition des étudiants à certaines spécialités comme en anatomo-pathologie, pour n'en citer qu'une. « Comment voulez-vous choisir une spécialité à laquelle vous n'avez jamais été exposé ? Les facultés auraient avantage à faire débiter les stages cliniques dès la première ou la deuxième année de médecine ». Les intervenants suggèrent que les étudiants devraient être immergés en permanence dans le cadre clinique, dès le début des études médicales. Selon les vice-doyens notamment, les périodes de vacances estivales accordées durant les deux premières années de médecine devraient faire l'objet de stages rémunérés pour les étudiants qui le désirent. Il existe déjà de tels stages d'été mais en nombre insuffisant pour satisfaire à toutes les demandes des étudiants.

Ce qui ressort le plus dramatiquement des commentaires recueillis concerne la qualité de la formation qui laisserait à désirer, autant en omnipratique qu'en spécialité. « La formation n'est plus adaptée aux réalités de la pratique médicale, surtout en terme de technologie de pointe mais également par rapport à d'autres aspects de la pratique comme, par exemple, l'implantation du virage ambulatoire ».

Les groupes rencontrés ont affirmé que, d'une manière générale, les enseignants étaient démotivés et que ceci a eu une influence trop souvent désastreuse auprès des étudiants. Cette démotivation des enseignants (surtout dans les spécialités) serait une conséquence de la difficile constitution des centres hospitaliers universitaires qui provoque une fuite des enseignants vers des hôpitaux non-universitaires. Ajouté au peu de reconnaissance de l'enseignement clinique, le phénomène aurait également rendu difficile le recrutement d'enseignants. Les groupes rencontrés suggèrent à cet égard que les universités s'engagent directement dans le financement de l'enseignement clinique. « Bref, depuis quelques années, nous vivons une période de morosité malsaine pour la formation médicale en général et pour la formation en spécialité, en particulier ».

Ils estiment par ailleurs que les compressions, imposées aux universités en même temps que celles qui ont prévalu dans le réseau de la santé, ont fait en sorte que les facultés de médecine ont différé le remplacement des professeurs qui ont quitté depuis 1995.

Enfin, les résidents dénoncent la sempiternelle intimidation de la part des « patrons » qui est toujours présente et marquée. Celle-ci serait principalement liée au fait de la présence plus importante de femmes en formation. « Ce phénomène est de plus en plus discuté entre les résidents qui parlent plus aisément de cette situation, depuis les cinq dernières années. Les résidents ont d'ailleurs décidé d'un seuil de tolérance zéro

à cet égard ». Nous tenons à signaler qu'un groupe en particulier a insisté sur le fait que l'intimidation pouvait également se manifester dans le sens inverse et que les « patrons » sont aussi victimes de cette expression de lutte de pouvoirs.

4.5 L'information

Tous les commentaires formulés plus haut, au sujet du manque d'exposition des étudiants aux spécialités en général et à certaines spécialités en particulier, sont sous-jacents au problème d'information soulevé par les étudiants, les résidents et le Collège des médecins. Le climat de morosité, qui fait en sorte que trop souvent les étudiants reçoivent une information déformée sur le potentiel d'avenir d'une spécialité et des conditions professionnelles qui y sont rattachées, est aussi vrai.

Par ailleurs, les trois groupes ont rapporté des incohérences monumentales souvent véhiculées par le ministère ou par des associations de médecins spécialistes. Un exemple récent témoigne bien de cette incohérence. Il y a quelques années, on soutenait qu'il n'y avait plus de postes disponibles pour les futurs radiologues. Les étudiants délaissèrent automatiquement cette spécialité. Aujourd'hui, on constate un déficit flagrant ; on manque de radiologues sur tout le territoire. Le phénomène a été le même en ophtalmologie récemment.

Enfin, certaines spécialités qui éprouvent des difficultés de recrutement, comme l'anatomo-pathologie, semblent déployer peu d'efforts pour sensibiliser les étudiants aux attraits réels de la discipline.

CONCLUSION

Les travaux du Conseil médical ont mis en évidence un faisceau convergent de faits et de situations qui le conduisent à croire que le système de santé québécois pourrait se retrouver assez rapidement en pénurie générale de médecins spécialistes.

En effet, la difficulté de combler les places de résidence offertes dans les programmes de médecine spécialisée au cours des dernières années s'ajoutant à d'autres considérations comme l'accroissement des transferts de résidents en médecine spécialisée vers la médecine familiale, la diminution significative du nombre d'admissions dans les facultés de médecine depuis le milieu de la décennie, les programmes d'accès à la retraite qui ont réduit subitement de plus de dix pour cent l'effectif de médecins spécialistes, la surestimation de l'ajout net pour la confection du Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, créant des attentes mais aussi hélas, d'amères déceptions dans les régions et l'ajout important de places de résidence en médecine spécialisée réclamé par les associations de médecins spécialistes, ne laisse pas de doute sur l'existence d'un véritable problème.

Les groupes rencontrés, comme la Fédération des associations d'étudiants en médecine du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, le Collège des médecins du Québec et les vice-doyens responsables des programmes doctoraux et postdoctoraux en médecine, sont unanimes et considèrent que des correctifs appropriés doivent être apportés le plus rapidement possible pour éviter la catastrophe annoncée. Ces groupes ont identifié de nombreuses causes, les unes plus évidentes que les autres. Ils ont également suggéré des moyens susceptibles d'y remédier. Le Comité sur les effectifs médicaux du Conseil médical du Québec a pris acte de leurs commentaires, observations et suggestions.

Dans un premier temps, le Conseil médical n'émet que deux recommandations.

- 1. Il insiste sur la nécessité de connaître la composition des cohortes de résidents entre étudiants québécois et étudiants hors Québec dans les différentes spécialités afin de s'assurer que les cibles en spécialité, qui sont déterminées, correspondent au nombre de médecins spécialistes dans chacune des spécialités dont le Québec disposera au terme du cycle de formation.**
- 2. Il insiste sur la nécessité impérative d'entreprendre dès maintenant les travaux préparatoires au prochain plan triennal de répartition des effectifs médicaux.**

Cependant, afin de limiter les possibilités de surestimation de l'ajout net, le Conseil médical insiste pour que sa première recommandation soit d'abord réalisée pour que seuls, les candidats québécois qui composent les cohortes dans chacune des spécialités soient pris en compte dans le processus de confection du prochain Plan de répartition des effectifs médicaux.

Quant à la nature très diversifiée des commentaires et observations émis par les personnes rencontrées, le Conseil médical souhaite qu'un mandat lui soit confié pour créer un groupe de travail composé des intervenants concernés afin de dégager un consensus qui permettrait d'actualiser les recommandations dans les plus brefs délais, dans le but de s'assurer que la population du Québec puisse compter en tout temps sur le nombre requis de médecins spécialistes pour répondre à ses besoins.

L'ampleur et la diversité de la problématique commandent la résolution de nombreux paradigmes dont voici quelques exemples :

- Face à la recherche de qualité de vie, faut-il ajuster à la hausse le nombre d'admissions en médecine, faut-il modifier les modes de rémunération pour inciter une meilleure responsabilisation, faut-il modifier les critères de sélection des étudiants aux études pré-doctorales?
- La façon dont s'exerce le choix d'une spécialité permet-il d'exploiter à fond toutes les places disponibles dans chacune des universités, un mécanisme central de coordination serait-il souhaitable? Le processus doit-il être révisé?
- Les cibles déterminées chaque année pour chacune des spécialités sont-elles correctes ou devraient-elles être révisées dans leur structure? Ces cibles tiennent-elles suffisamment compte de l'atteinte répétée dans certaines spécialités alors que d'autres sont délaissées?
- La transformation ou consolidation du réseau de la santé peut-elle se réaliser sans créer des remous chez les cliniciens enseignants? La morosité est-elle davantage induite par le choc culturel des mégastructures que sont les centres hospitaliers universitaires ou est-elle strictement une séquelle des compressions budgétaires? Comment stimuler l'éclosion d'un rôle-modèle dans un tel climat d'incertitude?
- L'enseignement s'est-il adapté suffisamment au virage ambulatoire? Le double rôle d'étudiant et de travailleur des résidents est-il suffisamment éclairci? Les conventions collectives des professeurs sont-elles compatibles avec un renouvellement du corps professoral pour adapter la formation aux nouvelles technologies? La formation en région n'exige-t-elle pas davantage de médecins installés dans ces régions? D'autre part, un tel déploiement aura-t-il un effet d'entraînement pour inciter l'installation en région éloignée?

- Face à l'incertitude du lieu d'exercice, peut-on concilier les aspirations des résidents en formation sans, en contrepartie, exiger un engagement de leur part? Peut-on soutenir plus efficacement la formation complémentaire de type fellowship?
- N'est-il pas temps de procéder à une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux, comme l'a déjà recommandé le Conseil médical du Québec en mars 1998?

Toutefois, devant la récurrence de crises ponctuelles dans des milieux parfois fort différents et la crainte que des actions temporaires puissent paver la voie à des iniquités, le Conseil insiste sur la nécessité de rechercher rapidement des solutions concertées à court et moyen terme afin d'en arriver à proposer une stratégie globale et intégrée.

RECOMMANDATIONS

Le Conseil médical du Québec formule deux recommandations :

- 1. Il insiste sur la nécessité de connaître la composition des cohortes de résidents entre étudiants québécois et étudiants hors Québec dans les différentes spécialités afin de s'assurer que les cibles en spécialité, qui sont déterminées, correspondent au nombre de médecins spécialistes dans chacune des spécialités dont le Québec disposera au terme du cycle de formation .**
- 2. Il insiste sur la nécessité impérative d'entreprendre dès maintenant les travaux préparatoires au prochain plan triennal de répartition des effectifs médicaux.**

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis "Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir", octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation docto-rale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

Rapports d'activités :

1993-1994
1994-1995
1995-1996
1996-1997
1997-1998

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995