

Les effectifs médicaux en omnipraticiens

quelques précisions (ou un peu plus de rigueur s'impose)

Une analyse rigoureuse des statistiques portant sur la main-d'œuvre médicale s'impose, dans le cadre de la production des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par le MSSS, dans la mesure où elles sont destinées à gérer le recrutement des médecins dans les établissements de santé et, depuis 2004, dans les cabinets privés.

LES AUTEURS, le D^r Jean Rodrigue et M^{me} Isabelle Savard de la FMOQ, ont publié un article de fond à ce sujet dans votre revue en octobre 2001, qui apparaissait également sur votre site Web, une année plus tard¹. Je cite quelques passages clés tirés de cet article.

« 1.3 Les effectifs en médecine familiale dans les régions en 2001-2002

En 2001-2002, le ratio population/ETP_{np} total était de 1072 pour l'ensemble du Québec. Comme on peut le voir au tableau 2, celui-ci varie de façon importante d'une région à l'autre. Les ratios les meilleurs se retrouvent dans les régions éloignées Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (734) et Côte-Nord (826) et dans les régions isolées (583). Cela ne signifie pas que ces régions soient dans une situation idéale. Comme nous le verrons plus avant dans les sections régionales, des facteurs tels que la dispersion de la population, la grandeur du territoire à couvrir, le nombre d'établissements à maintenir en fonction rendent nécessaire la présence d'un plus grand nombre de médecins pour maintenir une accessibilité minimale à des services médicaux pour les populations de ces territoires. Il faut donc en tenir compte dans l'évaluation de leur situation. Dans le cas des régions isolées, le paiement d'une garde sur place 24 heures sur 24 a pour effet de gonfler le nombre réel d'ETP_{np}.

Les régions universitaires Québec (949) et Estrie (979) ont également des ratios population/ETP_{np} nettement plus avantageux que la moyenne québécoise.

Les ratios population/ETP_{np} totaux dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de Montréal-Centre, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue et de Chaudière-Appalaches sont près de la moyenne québécoise.

Les ratios population/ETP_{np} totaux des régions Laval, Mauricie-

Le D^r Mark Roper est président du Comité PROSEM, DRMG de Montréal, de même que directeur de la Division des soins primaires au Département de médecine familiale du Centre universitaire de santé McGill et président sortant, région de Montréal, de l'Association médicale du Québec.

Centre-du-Québec, Lanaudière, Laurentides et Montérégie sont les moins bons et se situent tous à plus de 1200. Toutes ces régions sont situées en périphérie des régions universitaires. »

On doit féliciter les auteurs pour leur analyse et pour l'utilisation de médecins équivalents temps plein plutôt que le nombre réel de médecins pour le calcul des effectifs médicaux. Cependant, leur méthodologie se base sur de simples ratios population/omnipraticiens comme indicateurs des effectifs médicaux nécessaires dans les régions où les statistiques concernant les populations se fondent sur le lieu de résidence ou le nombre d'habitants. Le Groupe de travail spécial national sur la planification des ressources (*The National Ad Hoc Working Group on Physician Resource Planning*), formé de représentants de l'AMC et des associations médicales des provinces et territoires, avait reçu comme mandat d'élaborer un cadre de planification nationale des effectifs médicaux. Dans son rapport de 1995², le groupe de travail recommandait aux provinces de modifier la méthode par laquelle elles déterminaient leurs besoins en effectifs médicaux. Selon le groupe, les ratios standard médecins-patients ne tenaient pas compte du fait que les patients peuvent obtenir certains services ailleurs que dans leur localité et que certaines populations ont un besoin plus grand de services médicaux, en raison de leurs caractéristiques particulières. Le groupe de travail demandait donc avec insistance qu'au moment de planifier les ressources médicales, on tienne plutôt compte d'approches fondées sur les besoins². La plupart des provinces canadiennes, comme d'ailleurs plusieurs pays, se fondent sur ce principe pour évaluer leurs besoins en effectifs médicaux en appliquant certains indices pour modifier plus précisément les besoins de la population recevant des services

Ratios omnipraticien/population ajustés

Région	Population	Indice d'âge et pauvreté	Ajustement selon l'âge et la pauvreté	Modification	Indice d'auto-suffisance
1 – Bas-Saint-Laurent	203 680	1,05	213 212,22	9 532,22	1
2 – Saguenay-Saint-Jean	285 877	0,96	275 213,79	-10 663,21	1
3 – Québec	650 396	1,02	660 412,1	10 016,1	1,05
4 – Mauricie-Centre-du-Québec	487 084	1,05	509 343,74	22 259,74	0,97
5 – Estrie	292 710	1,04	303 013,39	10 303,39	1
6 – Montréal	1 824 777	1,08	1 973 313,85	148 536,85	1,09
7 – Outouais	325 354	0,94	306 678,68	-18 675,32	0,94
8 – Abitibi-Témiscamingue	153 540	0,95	146 154,73	-7 385,27	1,01
9 – Côte-Nord	101 560	0,91	92 592,25	-8 967,75	0,97
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	99 889	1,05	105 003,32	5 114,32	0,95
12 – Chaudière-Appalaches	392 791	1,00	390 984,16	-1 806,84	0,94
13 – Laval	354 452	0,97	345 413,47	-9 038,53	0,96
14 – Lanaudière	404 908	0,94	380 775,48	-24 132,52	0,89
15 – Laurentides	480 664	0,96	461 100,98	-19 563,03	0,94
16 – Montérégie	1 330 700	0,97	1 284 125,5	-46 574,5	0,94
Régions isolées	39 628	0,81	31 924,32	-7 703,68	0,94
Total	7 428 010				

dans quelque région que ce soit. Le premier de ces indices, défini par Jarman en 1983³, a été utilisé en Grande-Bretagne. Le Québec semblait suivre la même tendance. Dans une tentative pour rendre sa méthodologie plus adéquate, le MSSS a cherché à intégrer dans le calcul des ratios population/médecins des facteurs comme l'âge, le sexe et la pauvreté (défavorisation matérielle), ainsi que la migration des patients d'une région à une autre. Deux indices clés ont été publiés en 2001⁴ :

● **le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation matérielle**

Cet indice est la moyenne des poids des personnes qui résident dans un territoire. Par exemple, un indice de 1,2 signifie que la consommation attendue des personnes d'un territoire est de 20 % supérieure à la moyenne provinciale en raison uniquement de leur âge, de leur sexe et de leurs conditions socio-économiques (selon les résultats obtenus par les indicateurs de défavorisation matérielle et sociale). Rappelons que cet indice est utilisé par la suite dans le calcul de la consommation attendue⁵.

● **l'indice d'autosuffisance**

Un territoire est autosuffisant lorsque la production de

services dans ce territoire (mesure du nombre de médecins ETP) est égale à la consommation des services en ETP par la population de ce territoire. Un indice inférieur à 1 traduit une situation de dépendance. Un indice supérieur à 1 traduit l'étendue supraterritoriale du bassin de desserte des médecins d'un territoire.

Ces indices n'ont pas été utilisés dans l'article du D^r Rodrigue et de M^{me} Savard, ce qui donne par conséquent une image trompeuse de l'état actuel de la main-d'œuvre d'omnipraticiens au Québec. Si nous appliquons ces indices aux populations de diverses régions, le tableau change du tout au tout (*tableau*). En particulier, les effectifs en périphérie d'une région universitaire, dont les ratios étaient les plus élevés, sont considérablement réduits, alors que ceux des régions universitaires sont considérablement accrus. Par exemple, en Montérégie, où la population a chuté de 126 417 âmes, le ratio population/omnipraticiens est passé de 1276 à 1154. Par ailleurs, à Montréal, où la population s'est accrue de 312 766 âmes, le ratio est passé de 1061 à 1243. Il s'agit d'un raisonnement logique puisque dans les banlieues des centres universitaires les indices « âge » et « défavorisation matérielle »

Ajustement selon auto-suffisance	Modification	Modification totale	Ajustement population	Médecins	Population/ETP	Ajustement population/ETP
203 680	0	9 532,2	213 212,2	205,9	989	1 035,3
285 877	0	-10 663,2	275 213,8	262	1 091	1 050,3
682 915,8	32 519,8	42 535,9	692 931,9	685,3	949	1 011,1
472 471,5	-14 612,5	7 647,2	494 731,2	390,9	1 246	1 265,6
292 710	0	10 303,4	303 013,4	299	979	1 013,5
1 989 006,9	164 229,9	312 766,8	2137 543,8	1 719,9	1 061	1 242,9
305 832,8	-19 521,2	-38 196,6	287 157,4	276,9	1 175	1 037,1
155 075,4	1 535,4	-5 849,9	147 690,1	151	1 017	978,3
98 513,2	-3 046,8	-12 014,5	89 545,5	123	826	728,3
94 894,6	-4 994,5	119,9	100 008,9	136,1	734	734,9
369 223,5	-23 567,5	-25 374,3	367 416,7	361	1 088	1 017,7
340 273,9	-14 178,1	-23 216,6	331 235,4	251	1 412	1 319,5
360 368,1	-44 539,9	-68 672,4	336 235,6	297,9	1 359	1 128,5
451 824,2	-28 839,8	-48 402,9	432 261,1	391,1	1 229	1 105,2
1 250 858	-79 842	-126 416,5	1 204 283,5	1 042,9	1 276	1 154,8
37 250,3	-2 377,7	-10 081,4	29 546,6	68	583	434,7
					1 016,1	1 016,1

sont plus bas. Dans ces endroits, l'indice d'autosuffisance est également plus bas du fait que les habitants des banlieues font des allers et retours entre leur domicile et le centre universitaire où ils travaillent ou étudient et où ils consultent des médecins.

Plus récemment, le comité de planification MSSS-FMOQ a pris en compte le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la défavorisation matérielle, sans toutefois tenir compte de l'indice d'autosuffisance. Trois régions de la province desservait une population nette plus élevée que la leur, soit Montréal (164 230), Québec (32 520) et l'Abitibi-Témiscamingue (1535). En se basant sur le ratio population/médecins de 1016, ces trois régions sont en manque respectivement de 161, 32 et 1,5 omnipraticiens équivalents temps plein. La plan d'effectifs médicaux pour les omnipraticiens en 2004 permet un ajout net de cinq omnipraticiens à Montréal et d'aucun à Québec.

La planification des effectifs médicaux est une science imparfaite, mais de plus en plus raffinée. Il est évident que les besoins d'effectifs médicaux doivent être déterminés avec plus de rigueur pour répondre de façon équi-

table aux besoins réels de la population plutôt que de se baser sur le simple ratio population/omnipraticiens. En outre, le calcul par équivalent temps plein doit remplacer celui du nombre réel de médecins. Cela devient très important en pratique ; l'on doit utiliser toutes les informations pertinentes pour répondre adéquatement aux besoins de la population.

Enfin, rappelons que ces ratios sont relatifs. Le MSSS et la FMOQ reconnaissent que nous sommes à court de 800 omnipraticiens ETP dans la province. Toutes les régions du Québec connaissent une pénurie absolue. Ne devrions-nous pas remettre en question, dans les régions où les patients en ont besoin, la sagesse et les aspects éthiques qui veulent qu'on limite le recrutement de nouveaux médecins ?

Dr Mark Roper

1. www.fmoq.org/planification/pdf/EnsembleQuebec.pdf.
2. National Ad Hoc Working Group. Report of the National Ad Hoc Working Group on Physician Resource Planning. Ottawa : Canadian Medical Association ; 1995.
3. Jarman B. Identification of underprivileged areas. *BMJ* 1983 ; 286 : 1705-9.
4. Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro MSSS, 2001.
5. Plan de l'effectif médical en omnipraticien MSSS, février 2002.

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.