

**AVIS SUR LE PLAN
DE L'EFFECTIF MÉDICAL 2001-2003**

MAI 2001

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2001-02

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
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>
Courrier électronique : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN : 2-550-37635-8

Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

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 Brigitte Bernard *

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin, vice-président

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Michel Brunet *

Ministère de l'Éducation

Monsieur Patrick Garceau

Étudiant en médecine
Université Laval

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry *

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe

Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé
et services sociaux

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien
Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette

Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay *

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich

Infirmière conseillère-cadre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

*** Membres sans droit de vote**

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants: monsieur Patrick Garceau, Dr Sophie Gosselin, Dr Louis Lapointe, Dr Raymonde Vaillancourt (Présidente) ainsi que monsieur Christian Coutlée de la permanence du Conseil.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
LE PLAN DE RÉPARTITION DE L'EFFECTIF MÉDICAL 2001-2003	5
1.1 Les objectifs du plan de l'effectif et le contexte d'application.....	5
1.2 Les exigences	9
1.3 Le calendrier	11
CHAPITRE 2	
DES OUTILS MIEUX ADAPTÉS	13
2.1 Une démarche concertée.....	13
2.2 Des mesures législatives	15
CHAPITRE 3	
LES ASPECTS POSITIFS ET NÉGATIFS.....	16
3.1 Les aspects positifs.....	16
3.2 Les aspects négatifs	18
CHAPITRE 4	
RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS.....	21

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a engagé, le 9 février dernier, le processus devant conduire à l'adoption du Plan de l'effectif médical pour la période s'échelonnant du 1er avril 2001 au 31 mars 2003.

Dans une lettre adressée alors aux présidents des conseils d'administration des régies régionales, la ministre d'alors, madame Pauline Marois, rappelait que cet exercice a pour but d'assurer « une plus grande équité d'accès aux services médicaux ».

La ministre rappelait aussi aux régies régionales que : « parallèlement aux décisions qui seront prises pour doter le Québec d'une organisation moderne de ses services médicaux, la population est en droit de s'attendre à ce que les 1 006 médecins omnipraticiens et spécialistes qui arriveront sur le marché du travail entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2003 se répartissent de façon équitable sur l'ensemble du territoire québécois et que la main-d'œuvre déjà en exercice ait également des retombées positives sur l'accessibilité aux services médicaux ».

En médecine de famille, la ministre signalait également que les disparités régionales relatives à la répartition géographique des effectifs sont moins prononcées que dans les autres disciplines, et que l'amélioration de l'accès aux services devait s'appuyer sur le développement d'équipes médicales de première ligne et la participation des médecins de famille à des activités particulières. Dans cette optique, elle suggérait que les objectifs de croissance et de décroissance prévus pour la période 1996-1999 continuent de s'appliquer jusqu'au 31 mars 2002.

Pour les médecins spécialistes, la Ministre précisait que l'exercice de planification en cours était « l'occasion d'approuver des plans d'effectifs qui offriront en priorité des opportunités de recrutement aux établissements de santé pour lesquels nous aurons établi, avec la collaboration des régies régionales et celle de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qu'ils doivent compter à court terme sur un ajout d'effectifs particulièrement dans les spécialités de base essentielles à l'accomplissement de leur mission ».

Conscient des difficultés rencontrées dans l'application des plans de répartition des effectifs antérieurs, le Ministère introduit, cette fois, le concept d'une limitation des opportunités de recrutement d'un certain nombre d'établissements en stabilisant leur plan d'effectifs au niveau du nombre de médecins qui y exercent déjà ou à un niveau inférieur. Le Ministère insiste en outre sur l'obligation de s'assurer que le nombre d'effectifs médicaux autorisés au plan de chaque établissement de santé soit respecté.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère demande aux établissements de compléter leur plan d'organisation clinique en fournissant même les listes nominatives des médecins détenteurs de privilèges dans l'établissement et de toutes nominations accordées par anticipation. Le Ministère exige également que toutes les régies régionales fournissent les informations pertinentes à la justification de leurs besoins additionnels de médecins, les avisant d'avance que leur plan « reflétera essentiellement les besoins prioritaires de recrutement de médecins que la régie régionale reconnaît aux établissements de santé de son territoire dans la perspective d'une organisation des services hiérarchisée ».

Pour aider les régies régionales dans leur démarche, le Ministère a élaboré un outil d'analyse plus raffiné que celui en usage lors de la confection des plans précédents. Cet outil permet la détermination d'indices relatifs de besoins des régions, sur la pondération des populations régionales en fonction de leurs caractéristiques sociosanitaires. L'outil permet également une comparaison des bassins de desserte pondérés des hôpitaux, pour chacune des régions et pour chacune des spécialités de base. Il fournit le même genre d'information pour le nombre de médecins équivalent temps plein (ETP) et précise le nombre requis de médecins pour combler les déficits constatés dans les régions par rapport au ratio provincial de chacune des disciplines. Enfin, cet outil désigne pour chaque spécialité, les hôpitaux dont la situation risque d'être critique et qui, en conséquence, montrent un besoin de recrutement prioritaire.

L'ensemble de l'actuelle démarche de répartition de l'effectif a été élaboré en concertation entre le ministère de la Santé et des services sociaux, les régies régionales et la Fédération des médecins spécialistes du Québec. C'est ensemble, également, qu'ils entendent proposer un nouveau cadre législatif et réglementaire pour supporter l'élaboration, le suivi et le respect de l'application des plans d'effectifs médicaux.

Le Conseil médical du Québec a examiné le projet ministériel avec attention. Il lui apparaît évident qu'une démarche de planification d'une telle ampleur, qui avive des sensibilités de toute nature, n'est jamais parfaite, mais perfectible. Il lui apparaît cependant évident que le Ministère s'est résolument engagé dans une voie de recherche d'une solution à cet épineux problème de déploiement des ressources médicales et qu'il est déterminé à la trouver, considérant les efforts de concertation mis en œuvre. Le Conseil déplore que la confection de ce plan de répartition ne repose pas encore sur un projet arrêté d'organisation des services, bien qu'il y soit fait référence dans la lettre de la ministre. Le Conseil

estime qu'un tel projet aurait été essentiel et qu'en son absence, on risque de faire fausse route en allouant les trop rares ressources sans véritable vision d'ensemble d'une organisation rationnelle fondée sur la hiérarchisation des services médicaux.

Enfin, le Conseil constate avec plaisir, qu'un grand nombre des recommandations qu'il a formulées au cours des dernières années concernant les plans d'effectifs médicaux ont été prises en considération dans le nouveau processus.

CHAPITRE 1

LE PLAN DE RÉPARTITION DE L'EFFECTIF MÉDICAL 2001-2003

1.1 Les objectifs du plan de l'effectif et le contexte d'application

Comme le mentionnait la ministre dans sa lettre aux régies régionales, l'objectif fondamental des plans d'effectifs médicaux consiste à assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux.

Le Conseil constate que, même si les objectifs spécifiques de croissance et décroissance des plans d'effectifs antérieurs n'ont jamais été atteints, le résultat global peut tout de même être considéré positif, qu'il s'agisse de la médecine familiale ou de la médecine spécialisée, du moins dans les spécialités de base.

On note, en effet, que les médecins omnipraticiens sont mieux répartis sur le territoire, quoique l'on soit par ailleurs à même d'observer des problèmes d'accessibilité. On remarque également que, dans les spécialités de base (anesthésiologie, chirurgie générale, médecine interne, psychiatrie, gynécologie-obstétrique, l'anatomopathologie et la radiologie diagnostique), la situation dans les régions intermédiaires et éloignées s'est considérablement améliorée depuis le premier plan de répartition. Le dernier plan de répartition de l'effectif médical au Québec (1996-1999) s'est, quant à lui, trouvé coincé dans un contexte particulier qui le rendait difficile, sinon impossible à appliquer.

En effet, la mise en vigueur des programmes d'accès à la retraite pour les médecins, négociés dans le cadre des efforts devant être déployés pour

atteindre le déficit zéro, ont dégagé un grand nombre de postes déjà autorisés dans les régions universitaires. Connaissant l'attrait naturel de ces régions, on devait s'attendre à ce que le plan de répartition s'en trouve perturbé, la capacité de recrutement des autres régions devenant alors limitée par rapport à celle des régions universitaires. Le Conseil médical attirait d'ailleurs l'attention de la ministre sur ce phénomène dès juin 1997.

Le Conseil estime par ailleurs que, si la recherche de l'équité d'accès aux services médicaux est fondamentale, la recherche d'efficience du système de santé devrait l'être tout autant. L'équité d'accès aux services et le déploiement des ressources médicales pour rendre les services doivent nécessairement découler d'un modèle clairement défini d'organisation des services médicaux sur l'ensemble du territoire.

Les intentions ministérielles concernant l'organisation des services de première ligne sont aujourd'hui mieux connues. Dans le dernier discours inaugural, le gouvernement a annoncé officiellement sa volonté d'appliquer les principales recommandations de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* concernant l'organisation des services de première ligne. Ces recommandations, initialement suggérées et décrites par le Conseil médical en 1995, font désormais largement consensus dans les milieux de la santé. Le Conseil soutient toujours que l'implantation de ces recommandations contribuera à faciliter l'accès aux services médicaux de 1^{re} ligne. Ce n'est cependant qu'à l'usage, au fur et à mesure de leur implantation, que l'on pourra mesurer leurs impacts sur les besoins en effectifs médicaux.

Vu l'imminence de leur mise en œuvre, le Conseil considère que la décision de prolonger, pour la médecine familiale, l'application des objectifs de croissance et de décroissance prévus au plan pour 1996-1999 jusqu'au 31 mars 2002 est

justifiée pour l'instant. Cependant, le MSSS devrait profiter de ce délai pour entreprendre des travaux semblables à ceux qui l'ont amené à proposer un outil d'évaluation pour les médecins spécialistes afin de mieux connaître la situation au moment où l'on s'apprête à introduire des changements importants dans l'organisation des services de 1^{re} ligne. Ces travaux pourraient éventuellement faire ressortir l'ampleur de certains aspects prévisibles mais mal documentés comme le rôle majeur et parfois essentiel des médecins de 1^{re} ligne comme supports et compléments aux services de 2^e ligne.

Du côté de l'organisation des services médicaux de 2^e et 3^e lignes, les intentions sont moins claires pour le moment, bien que l'on connaisse mieux la nature et le sens des travaux en cours au *Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés*, regroupant les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Fédération des médecins spécialistes (FMSQ) et de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux. Au moment d'écrire ces lignes, le Conseil est informé que le comité a déjà formulé des propositions d'organisation des services pour plus d'une dizaine de spécialités dont les spécialités de base. Les propositions s'articulent autour du concept de la hiérarchisation des services médicaux spécialisés sur la base de centres hospitaliers désignés comme locaux, régionaux ou supra-régionaux, offrant différents niveaux de services selon leur classification et facilitant l'accessibilité à l'ensemble des services spécialisés par l'instauration de corridors fonctionnels établis sur la base de la recherche d'efficience et d'optimisation dans l'utilisation des ressources matérielles et professionnelles.

Cette approche organisationnelle implique la définition du rôle et de la vocation de chacun des établissements dans les régions. Elle permet, par la même occasion, de cibler les possibilités de recrutement de médecins en fonction de la vocation dédiée à l'établissement.

Le Conseil constate que, malgré les orientations générales déjà annoncées, aucune mesure n'a été prise pour mettre en place une telle organisation des services médicaux puisque les travaux de ce comité ne seront pas complétés avant l'été 2001. Et cela n'est pas sans conséquence sur la méthodologie proposée pour le plan 2001-2003, même si à certains égards, le modèle représente un pas en avant considérable en terme de connaissances sur l'état des lieux, notamment sur la nature et le niveau d'activités des établissements et des ressources professionnelles.

Considérant enfin que les plans d'organisation des services médicaux spécialisés ne seront pas connus et adoptés avant quelques mois, et considérant aussi que les nouveaux médecins qui entreprendront leur carrière en juillet 2001 ont déjà, pour la plupart, contracté des engagements formels avec des établissements, force nous est faite de conclure que le plan de l'effectif médical 2001-2003 ne prendra son véritable envol qu'à compter d'avril 2002.

Le Conseil s'inquiète aussi du fait que le Ministère n'ait pas évalué les impacts d'une reconduction possible du programme de retraite à compter de septembre 2001. Ce programme fait pourtant présentement l'objet de négociations intensives entre le MSSS et la FMSQ. La reconduction éventuelle du programme pourrait modifier sensiblement les prévisions sur l'ajout net, pour les trois prochaines années évalué présentement à 1 006 médecins, et influencer considérablement la répartition des médecins sur le territoire.

Qui plus est, le Ministère ne semble pas prendre en compte dans ses prévisions d'ajout net, l'arrivée massive des nouveaux médecins bénéficiant de permis restrictifs, dans la foulée du jugement Bandi. Le nombre de permis restrictifs a augmenté de façon fulgurante au cours des dernières années, passant de 2 en 1997 à 15 en 1998, puis à 21 en 1999 pour atteindre vraisemblablement le

nombre de 75 cette année. Parallèlement, on apprend que plus de 100 diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) sont présentement inscrits à l'examen du Collège des médecins du Québec en mai 2001. Et comme l'a démontré le Conseil en 1995, les médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes des régions d'accueil, notamment des régions intermédiaires et éloignées.

1.2 Les exigences

La lettre transmise aux régies régionales, le 9 février dernier, formule des exigences particulières aux établissements et aux régies. Certaines des exigences étaient déjà définies dans la Loi sur la santé et les services sociaux.

Ainsi, en vertu des dispositions de cette loi, les régies régionales devaient élaborer un plan d'effectifs médicaux de la région à partir de chacun des plans d'organisation des établissements de son territoire.

Dans sa lettre, la ministre demandait, pour la première fois, à chaque établissement de fournir « l'inventaire nominatif de tous les médecins omnipraticiens et spécialistes détenteurs de privilèges d'exercice régulier ou temporaire au 31 janvier 2001 et la description des ententes de complémentarité de services entre établissements actuellement en vigueur ».

La ministre demandait également à chaque établissement de « transmettre à sa régie régionale et au Ministère » la liste nominative de toutes nouvelles nominations accordées jusqu'à maintenant par anticipation. « En particulier, les établissements universitaires doivent identifier les résidents et les médecins qui, pour répondre aux exigences académiques, sont actuellement en formation

complémentaire (fellowship) ou entreprendront une telle formation. Toute autre nomination par anticipation doit par ailleurs être produite par les établissements universitaires », précise la lettre de la ministre.

Le Conseil juge, par ailleurs, qu'il est primordial d'assurer les CHU de l'apport constant d'air frais que procurent les médecins rompus aux derniers développements des sciences et technologies médicales. Enfin, des membres ont signalé le risque, pour le secteur public, de perdre des éléments de grande valeur au profit de l'entreprise privée où l'expertise des médecins est souvent mieux reconnue et valorisée.

Le Conseil estime que le Ministère devra être particulièrement prudent dans la gestion de cette mesure, s'il veut limiter les contournements qui ont été observés dans l'application de la Loi 27. Il doit être d'autant plus vigilant que le modèle développé ne tient pas compte des besoins réels et particuliers des régions universitaires aux fins de ses missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies qui leur sont confiées par la loi. Les données de la RAMQ ignorent systématiquement les autres sources de financement pour toutes ces activités qui mobilisent tout de même un grand nombre de médecins.

La lettre fait aussi obligation, à chaque région régionale de présenter au ministère son plan d'effectifs médicaux ainsi que les plans d'effectifs médicaux de chacun des établissements de son territoire.

« Ce plan doit contenir toutes les informations que les régions régionales jugeraient pertinentes à la justification de leurs besoins additionnels en médecins. Il reflétera essentiellement les besoins prioritaires de recrutement de

médecins que la régie régionale reconnaît aux établissements de santé de son territoire, dans la perspective d'une organisation des services hiérarchisée », précise la lettre.

Cependant, ces dispositions, pourtant élémentaires, n'ont pas toujours été respectées, dans le passé, par tous les établissements et toutes les régies régionales qui ont utilisé divers moyens de contournement des plans, entraînant du même coup de la confusion, de l'incompréhension et même de la frustration. Dans les circonstances, le Conseil ne peut que se réjouir du fait que le Ministère rappelle aussi clairement ces exigences. Le Conseil se réjouit d'autant plus que ces exigences favorisent une réflexion essentielle sur l'organisation des services dans chacune des régions.

1.3 Le calendrier

La confection du plan d'effectifs médicaux pour la période 2001-2003 s'apparente à une course contre la montre.

Les établissements devaient fournir, au plus tard le 23 février, leur inventaire nominatif de tous les médecins détenteurs de privilèges d'exercice régulier ou temporaire au 31 janvier 2001 et la description des ententes de complémentarité de services en vigueur. Les établissements devaient également y adjoindre la liste nominative de toutes nouvelles nominations accordées jusqu'à maintenant par anticipation et qui deviendraient effectives après le 31 janvier 2001.

Le Ministère s'est engagé à faire connaître ses objectifs de croissance et de décroissance de médecins, par région ou par établissement selon les disciplines, avant la fin de mars. Et c'est à partir de ces objectifs que les régies régionales

doivent soumettre, avant le 11 mai prochain, leur plan régional d'effectifs médicaux et la répartition des effectifs médicaux dans les établissements de leur territoire.

L'approbation ministérielle des plans d'effectifs médicaux sera signifiée aux régies régionales d'ici au 8 juin et c'est entre cette date et le 29 juin que les nouveaux plans d'effectifs médicaux de tous les établissements devront être approuvés par les régies régionales.

Le Conseil trouve que le calendrier proposé est serré et qu'il risque de ne pas être respecté. Cependant, il ne s'inquiète pas d'éventuels retards, compte tenu du fait que le plan de l'effectif médical proposé ne pourra être véritablement mis en œuvre avant 2002.

CHAPITRE 2

DES OUTILS MIEUX ADAPTÉS

2.1 Une démarche concertée

Le Ministère a développé un nouvel outil méthodologique dont l'objectif vise à faire ressortir le niveau d'autosuffisance ou de dépendance des régions et des établissements. Cet outil a été développé sur la base de la consommation réelle de services médicaux dans chacune des régions et chacun des établissements qui s'y trouvent, à partir des données de la RAMQ. Cette approche introduit la notion de pondération des besoins en médecins par région et par établissement. Il s'agit d'un outil inégalé jusqu'à maintenant, en terme d'informations utiles.

Si le Conseil médical considère que cet outil est essentiel, il estime cependant qu'il ne peut être considéré comme seul instrument décisionnel pour le déploiement de l'effectif médical. Il ne peut surtout pas être retenu comme instrument d'évaluation des besoins réels

Aussi élaboré soit-il, cet outil demeure essentiellement mathématique. Les décideurs doivent aussi (et peut-être d'abord) tenir compte des facteurs humains, autant ceux de la population générale que de la population médicale avant d'appliquer systématiquement un tel modèle. Le Conseil considère en effet qu'il serait improductif de disséminer les nouvelles ressources en l'absence de plans régionaux et supra-régionaux d'organisation des services médicaux spécialisés. L'exercice de répartition de l'ajout net doit viser à rassembler des masses critiques de médecins spécialisés afin d'assurer la stabilité de l'effectif et l'accès à des services de qualité.

En somme, l'exercice consistant à déterminer des masses critiques de médecins devrait conduire le Ministère et ses partenaires à établir le meilleur équilibre possible entre les besoins de la population, les besoins des régions et des établissements avec ceux de la main-d'œuvre réelle disponible.

En effet, ce modèle, fort utile par ailleurs, décrit la situation qui prévaut actuellement dans le réseau, mais ne considère aucune forme de changement organisationnel dans la manière de dispenser les services médicaux. Or, de tels changements seraient imminents. Le Conseil médical a toujours soutenu qu'il fallait d'abord définir et instaurer le modèle d'organisation hiérarchisée des services et que la répartition des effectifs devait être assujettie à une telle organisation rationnelle du travail à accomplir.

Nous savons que des travaux sur des modèles d'organisation sont présentement en cours. Ils impliquent le Ministère, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et ses associations, ainsi que les régies régionales.

Le Conseil estime que ce n'est qu'à partir du moment où les plans d'organisation des services médicaux découlant de ces travaux seront connus et acceptés que le travail d'allocation des ressources professionnelles prendra toute sa signification. Et à ce moment, la méthodologie conçue par le Ministère sera d'un apport inestimable.

Le Conseil trouve par ailleurs que l'effort de concertation du Ministère lors de l'élaboration du plan d'effectif et surtout les efforts pédagogiques qu'il a déployés auprès de ses partenaires, pour expliquer et diffuser son projet et son outil méthodologique, sont autant de promesses de succès pour l'avenir.

2.2 Des mesures législatives

Dans sa lettre transmise aux régies régionales le 9 février dernier, la ministre mentionnait qu' « en accord avec les régies régionales et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, un nouveau cadre législatif et réglementaire sera proposé pour supporter l'élaboration, le suivi et le respect des plans d'effectifs médicaux ».

Le Conseil ne connaît pas, pour l'instant, la nature du nouveau cadre législatif et réglementaire envisagé. Il ne peut donc pas fournir d'opinion à ce stade-ci. Cependant, dans un avis précédent le Conseil avait examiné le cadre législatif actuel et avait conclu que le législateur exigeait que les plans d'effectifs médicaux découlent directement des plans d'organisation des services des établissements et des régions.

Le Conseil estime qu'avant d'envisager des modifications législatives, le Ministère aurait avantage à faire d'abord respecter les dispositions déjà prévues dans la loi. Le Conseil pense que si les plans d'organisation des services des établissements et des régies étaient complétés et acceptés, les dispositions contenues dans la loi seraient sans doute suffisantes pour assurer la répartition correcte des médecins. L'exercice peut, par ailleurs, être grandement facilité par la concertation qui s'est développée au cours des derniers mois, sur cet aspect majeur de la planification des effectifs médicaux entre le MSSS, la FMSQ et la Conférence des régies régionales.

CHAPITRE 3

LES ASPECTS POSITIFS ET NÉGATIFS

3.1 Les aspects positifs

Le Conseil médical identifie de nombreux aspects positifs dans le Plan de l'effectif médical 2001-2003. Le premier d'entre eux réside dans le fait que ce plan vient enfin remplacer celui autorisé pour la période 1996-1999, reconduit depuis deux ans en raison des changements majeurs survenus dans le réseau, de l'impact considérable de l'instauration des programmes de fin de carrière des médecins (environ 10 pour cent de l'effectif en ont bénéficié en peu de temps) et des perspectives que laissait entrevoir le débat en cours sur les meilleurs modes d'organisation des services notamment les propositions avancées par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ainsi que celles soumises devant la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et recommandées par cette dernière en janvier 2001..

Un autre point positif évident concerne l'outil méthodologique développé par le MSSS. Cet outil permet de mieux connaître le poids réel supporté par chaque établissement et chaque région au chapitre de la prestation de services médicaux. Les pondérations introduites pour établir les indices de besoins et les vrais bassins de desserte des régions et des établissements fournissent des informations d'une précision inégalée. Elles permettent surtout de mieux apprécier l'idée de plus en plus répandue d'une planification organisationnelle, aussi bien locale que régionale et supra-régionale pour les services médicaux spécialisés. Les informations maintenant disponibles ne permettent plus de

doute quant à l'évidence de l'interdépendance entre les régions limitrophes en ce qui a trait à l'accès aux services médicaux spécialisés.

Un autre aspect positif concerne l'exigence faite désormais à chaque établissement du réseau ainsi qu'à toutes les régies régionales de produire des plans d'organisation des services et d'effectifs médicaux. Le Conseil tient à signaler aussi l'obligation faite à la régie régionale de fournir les informations pertinentes à la justification de ses besoins additionnels en médecins. Les régies sont dûment informées, par ailleurs, que le plan régional devra refléter essentiellement les besoins prioritaires de recrutement de médecins que la régie reconnaîtra aux établissements de santé de son territoire dans la perspective d'une organisation des services hiérarchisée. Il s'agit-là, selon le Conseil, d'un pas significatif en vue de l'instauration de la nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux qui fait présentement l'unanimité. Cette exigence ministérielle contraint les régies régionales à des arbitrages qui seront parfois douloureux mais toujours essentiels.

Enfin, un dernier point positif est noté par le Conseil. La démarche de planification qui vient d'être entreprise ainsi que la disponibilité du nouvel outil d'évaluation devraient vraisemblablement conduire les partenaires (établissements, régies régionales, fédérations professionnelles et médecins individuels) à considérer, de plus en plus, l'urgence de la prise en charge des populations dans la satisfaction de leurs besoins en santé. L'approche de prise en charge avancée par le Conseil médical, il y a quelques années, constitue également l'essence des recommandations contenues dans le rapport de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, déposé en janvier dernier.

3.2 Les aspects négatifs

L'effet négatif, qui saute spontanément aux yeux de l'observateur, concerne les limitations à la mobilité des médecins. Même si les résultats découlant de la méthodologie utilisée montrent que certaines régions sont déjà mieux pourvues que d'autres en médecins, il est entendu qu'aucun médecin déjà installé ne sera forcé de se déplacer. Les régions et établissements en surplus relatif de main-d'œuvre médicale verraient, selon le projet, leur plan d'effectifs stabilisé à ceux qui y exercent ou à des niveaux inférieurs. Il s'agit, plus souvent qu'autrement, des régions universitaires qui seront touchées par ce phénomène.

Cela veut également dire, qu'à toutes fins utiles, ce sont tous les nouveaux médecins, actuellement en formation et qui obtiendront leur permis d'exercice au cours des prochaines années qui seront tenus de s'établir dans les seuls établissements qui auront été ciblés par les objectifs de croissance.

De même, à moins de disposer déjà des autorisations requises, les « médecins de retour des régions » où ils avaient accepté volontairement d'offrir leurs services pendant quelques années, verront leurs possibilités de revenir s'installer dans des régions universitaires anéanties pour un certain nombre d'années. Ces limitations à la mobilité vont engendrer un mouvement de mécontentement, principalement chez les jeunes médecins en formation, étudiants ou résidents qui se considèrent déjà victimes d'ententes discriminatoires, conclues entre l'État et la FMSQ au sujet de la rémunération différenciée.

Il faut signaler cependant que de nouveaux scénarios d'objectifs de croissance et de décroissance dans les spécialités de base en prévision du PREM 2001-2003, découlant des travaux du comité technique FMSQ-MSSS, laissent entrevoir des

perspectives concernant la mobilité. Il semble, selon ces scénarios que les régions universitaires pourraient bénéficier d'environ 25 % de l'ajout net dans ces spécialités.

Le Conseil constate également que, si la méthodologie d'évaluation comparative fournit des renseignements plus précis sur les besoins relatifs en fonction du ratio provincial pour chacune des spécialités, il ne fournit pas les données requises pour établir l'adéquation entre les besoins en services et la force réelle de travail des médecins disponibles.

D'une part, aux fins du calcul du nombre d'équivalent temps plein (ETP), l'outil méthodologique considère tout médecin qui a facturé 30 000 \$ et plus en honoraires à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), au cours de l'année de référence. Le Conseil considère que le niveau de rémunération retenu aurait avantage à être rehaussé pour mieux refléter la réalité de la pratique des médecins. Ce niveau devrait, selon le Conseil, se rapprocher davantage de la moyenne de rémunération de chaque spécialité pour signifier un apport professionnel représentatif.

D'autre part, l'outil ne fournit pas d'indications sur le potentiel réel de travail des médecins en exercice, si aucune barrière ne les limitait, notamment la disponibilité des ressources techniques et budgétaires des centres hospitaliers. Il n'est donc pas tenu compte de ce potentiel dans l'estimation des besoins en médecins. Pourtant, les données comparatives disponibles et les commentaires répandus sur les difficultés d'accès aux plateaux techniques laissent entrevoir un potentiel inexploité de travail. Le Conseil estime qu'il est urgent que le MSSS profite des travaux du *Comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés* pour explorer cette avenue le plus rapidement possible.

Le Conseil déplore aussi le fait que l'instrument méthodologique amalgame les besoins cliniques avec ceux de l'enseignement et de la recherche dans les régions universitaires. Ces fonctions essentielles au maintien de la qualité professionnelle des médecins et des services médicaux sont tributaires, pour beaucoup, de l'apport des jeunes, rompus aux méthodologies, technologies et développements scientifiques les plus récents. À cet égard, le Conseil estime que la culture de l'excellence dans les domaines de l'enseignement et de la recherche en médecine ne s'épanouit que dans la continuité et supporte mal les soubresauts.

Enfin, le Conseil constate que les nouvelles technologies offrent désormais de plus en plus d'opportunités d'installation « extra muros » aux médecins spécialistes. Le Conseil y entrevoit des dangers potentiels de dérive de la pertinence au détriment de l'organisation des services et de l'accessibilité de la population aux services médicaux requis.

À cet égard, le Conseil a déjà proposé le développement de contrats d'affiliation entre l'établissement et les médecins spécialistes exerçant en clinique privée dans sa zone d'attraction. Le contrat d'affiliation, comme le précise la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, ferait en sorte que le médecin concerné, exerçant en clinique privée, serait membre du CMDP de l'établissement et relèverait du chef de département clinique de sa spécialité, selon les engagements contractés. L'établissement pourrait alors vraiment compter sur les services de ce médecin pour partager les tâches hospitalières en fonction du niveau de disponibilité négocié au contrat.

CHAPITRE 4

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

Le Conseil recommande de :

- 1. valider la méthodologie utilisée par une recherche évaluative permettant de faire ressortir des indicateurs de besoins en effectifs dans une région et dans l'ensemble du territoire face aux besoins de la population ;**
- 2. développer des indicateurs pour évaluer la force réelle et potentielle des médecins actuellement en exercice ;**
- 3. procéder à une évaluation distincte des besoins en médecins pour le clinique, l'enseignement et la recherche ;**
- 4. entreprendre sans tarder des travaux semblables à ceux réalisés pour la médecine spécialisée afin de mieux connaître la réalité de l'effectif médical en première ligne ;**
- 5. déterminer les objectifs de croissance et de décroissance en fonction de la vocation spécifique dédiée à l'établissement par le plan régional d'organisation des services médicaux et de son degré d'autosuffisance ;**

6. prendre en compte les effets potentiels d'une reconduction du programme de retraite à compter de septembre 2001, dans le calcul de l'ajout net ;
7. évaluer les impacts de l'arrivée massive de DHCEU, suite au jugement Bandi, sur la répartition de l'effectif dans les régions intermédiaires et éloignées ;
8. faire respecter l'exigence faite aux régies régionales de justifier leurs besoins additionnels en médecins sur la base d'un plan régional d'organisation hiérarchisée des services médicaux ;
9. procéder à la répartition de l'ajout net en fonction de la constitution et du renforcement des masses critiques de médecins spécialistes ;
10. implanter le contrat d'affiliation entre l'établissement et les médecins spécialistes exerçant en clinique privée dans sa zone d'attraction, sur la base de la recommandation à cet effet de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*.

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 doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, janvier 1998

Rapports d'activités :

1993-1994
1994-1995
1995-1996
1996-1997
1997-1998
1998-1999
1999-2000

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, juin 1996
- 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
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000