

**AVIS
SUR LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE
DES EFFECTIFS MÉDICAUX**

**TOME 1
LES PLANS D'EFFECTIFS MÉDICAUX**

JUIN 1995

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

(AVIS 95-02)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. LE CONTEXTE GÉNÉRAL..... | 3 |
| 1.1 Le processus légal | 3 |
| 1.2 Un bref historique des PREM..... | 4 |
| 1.3 Des mesures favorisant la répartition régionale | 5 |
| 1.4 L'échéancier du plan 1996-1999..... | 7 |
| 1.5 Le contexte budgétaire | 7 |
| 1.6 La reconfiguration du réseau | 8 |
| 2. POUR PLANIFIER ET RÉPARTIR LES EFFECTIFS MÉDICAUX AU QUÉBEC: une démarche à deux volets..... | 9 |
| 2.1 La description | 9 |
| 2.2 La discussion | 11 |
| 3. L'EXERCICE DE RÉPARTITION 1993-1996, une description et une analyse critique | 14 |
| 3.1 Le rôle et les responsabilités des différents intervenants..... | 14 |
| 3.2 Le Plan de répartition 1993-1996 du ministère | 16 |
| 3.2.1 La description | 16 |
| 3.2.1.1 Ses principes et ses objectifs..... | 16 |
| 3.2.1.2 Sa méthodologie..... | 17 |
| 3.2.1.3 Les règles de gestion et de suivi..... | 26 |
| 3.2.3 La discussion | 29 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.3 | Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). | 38 |
| 3.3.1 | Des résultats mitigés en regard des objectifs du plan. . . | 38 |
| 3.3.2 | Un diagnostic des principaux problèmes | 41 |
| | a) Un processus lourd d'élaboration et d'approbation | 41 |
| | b) Une absence de plans régionaux d'organisation des services cliniques. | 42 |
| | c) Une incompatibilité entre le respect des objectifs régionaux et les plans d'organisation des services cliniques des établissements ainsi que leur système de nomination. | 43 |
| | d) L'exclusion des PREM de la pratique en cabinet privé | 46 |
| | e) Des mécanismes de gestion inadéquats. | 47 |
| 4. | LE FRACTIONNEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL | 49 |
| 5. | DES BESOINS À PUBLICISER AUPRÈS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET DES RÉSIDENTS ET DES RÉORIENTATIONS À ENVISAGER | 50 |
| 6. | UNE CERTAINE MOBILITÉ INTERRÉGIONALE À ASSURER ET DES SITUATIONS DE CRISE À GÉRER. | 51 |
| 7. | CONCLUSION | 54 |
| 8. | LISTE DES RECOMMANDATIONS | 55 |

N.B.: Le genre masculin utilisé dans ce document désigne à la fois les femmes et les hommes.

LEXIQUE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS DANS CET AVIS

| | |
|-------|---|
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| ETP | Équivalent temps plein |
| FMOQ | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec |
| FMSQ | Fédération des médecins spécialistes du Québec |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec |
| POC | Plan d'organisation clinique (de l'établissement) |
| PREM | Plans régionaux d'effectifs médicaux |
| PROS | Plans régionaux d'organisation des services |
| RAMQ | Régie de l'assurance-maladie du Québec |
| RRSSS | Régie régionale de la santé et des services sociaux |

INTRODUCTION

La *Loi sur le Conseil médical du Québec* précise que ce dernier « a pour fonction de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population ». La même loi fait obligation au ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur des questions spécifiques, entre autres, concernant « le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec ».

Dans une lettre en date du 24 novembre 1994, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Jean Rochon, demandait au président du Conseil médical du Québec, le Dr Juan Roberto Iglesias, d'étudier deux aspects particuliers de la planification et de la répartition des effectifs médicaux. Le premier concernait la politique gouvernementale à l'égard des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis et sur leur contribution à l'amélioration de la répartition géographique des médecins. Le second aspect avait trait, quant à lui, aux mesures favorisant la répartition géographique des effectifs médicaux au Québec.

La première partie du mandat confié par le ministre au Conseil médical a fait l'objet de deux avis distincts. Le premier intitulé « *Avis sur la place des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux* » a été transmis au ministre en décembre 1994. Le second intitulé « *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis* », remis au ministre en mars 1995, complétait le précédent par la proposition d'un modèle d'intégration de ces diplômés.

La deuxième partie du mandat confié par le ministre, objet du présent rapport, a été examinée puis décrite dans une lettre au ministre, le 23 mars dernier. Dans ce document, le Conseil fait état des constats préliminaires qu'il dégage à la lumière des résultats obtenus au mi-temps de l'étape d'application du *Plan de répartition 1993-1996 de l'effectif médical*

¹ Loi sur le Conseil médical du Québec, (L.R.Q., c.C-59.0001)

au Québec.

Le présent avis fournit un examen plus attentif et exhaustif de la démarche de planification des effectifs médicaux au Québec, et plus particulièrement de l'exercice de répartition 1993-1996. Le Conseil examinera toutes les étapes du processus allant de la confection à l'application et au suivi du plan ministériel de répartition, ainsi que de son véhicule opérationnel, les plans régionaux d'effectifs médicaux. Cet avis fournit en outre un examen des problèmes de mobilité interrégionale qu'engendre l'application des plans. Ultérieurement, lorsque les paramètres des plans d'effectifs auront été examinés, le Conseil pourra étudier les autres mesures facilitant leur réalisation. Cet examen des mesures incitatives de répartition fera l'objet d'un avis distinct au cours des prochains mois.

La première section du présent avis sera consacrée à la description du contexte légal et historique dans lequel s'inscrit la démarche globale de planification des effectifs dans sa triple dimension, nationale, régionale et locale. Dans cette section, nous tenterons aussi de dégager les impacts de l'évolution du contexte budgétaire et des modifications organisationnelles du réseau sur les ressources médicales.

Dans la section 2, le Conseil décrit l'approche en deux volets adoptée par le Québec pour planifier et répartir les effectifs médicaux. La section 3 examinera l'ensemble de l'exercice de répartition à partir du plan 1993-1996. Nous rappellerons le rôle et les responsabilités des différents intervenants, les principes et les objectifs de ce plan, sa méthodologie, ses propositions de croissance et de décroissance ainsi que ses mécanismes de gestion et de suivi. Dans cette section également, nous scrutons les faiblesses des plans régionaux d'effectifs médicaux, notamment la lourdeur de sa mécanique de confection et d'approbation; la difficulté d'atteindre les objectifs dans les conditions actuelles de mise en vigueur de ces plans et enfin, des carences évidentes en matière de mécanismes de gestion. D'autres considérations comme certaines incohérences dans les textes de lois et l'inexistence d'un moyen pratique et efficace de renseigner les étudiants et les résidents en médecine sur les besoins réels en termes de services requis et sur la disponibilité géographique de postes sont également abordées dans cette section.

Dans la section 4, le Conseil examine une formule accessible à certains médecins et qui est basée sur le fractionnement du temps de travail. Cette formule permettrait de libérer de

places notamment pour les médecins de retour des régions éloignées et les finissants.

Dans la section 5, le Conseil insiste sur l'importance de faire connaître les besoins régionaux aux étudiants en médecine et en résidence. Nous abordons aussi la délicate question des réorientations des finissants dans certaines disciplines.

Dans la section 6, le Conseil examine les moyens d'assurer une certaine mobilité des effectifs malgré les mesures restrictives de plus en plus contraignantes à cet égard. Enfin, avant de présenter une synthèse des recommandations qui ont été formulées au fur et à mesure dans le rapport, nous insisterons sur la nécessité d'introduire un mécanisme qui serait chargé notamment de permettre une certaine mobilité des médecins et d'arbitrer les cas litigieux qui pourraient survenir entre des médecins et des régies régionales de la santé et des services sociaux (RSSS).

1. LE CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1 Le processus légal

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) tout comme d'ailleurs la loi précédente sur les mêmes sujets mais dans des termes différents, fait obligation aux intervenants des différents niveaux, local, régional et national, de confectionner des plans d'organisation de services. C'est ainsi que l'article 18 stipule que : « Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques ». Dans le jargon habituel, le résultat de cette démarche s'appelle : « Plan d'organisation clinique » (POC).

Par ailleurs, l'article 377 de la loi prévoit que la régie régionale doit élaborer un plan régional d'effectifs médicaux à partir de chacun des plans d'organisation des établissements et du nombre de médecins requis pour accomplir les activités particulières. C'est ce que l'on appelle communément les PREM.

Le même article 377 de la loi prévoit en outre que dans « l'élaboration de son plan régional, la régie doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance

que lui signifie le ministre, du nombre de médecins qui pratiquent dans la région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), des activités médicales de ces médecins et du nombre de postes fixé par le ministre qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions ».

Les plans d'organisation clinique servent à l'élaboration du plan régional des effectifs médicaux. Ce dernier doit ensuite être approuvé par le ministre et ce n'est qu'après cette approbation de son PREM que la régie régionale peut approuver les POC. C'est après cette étape que des nominations de médecins peuvent être effectuées au niveau local.

Parallèlement à ce processus d'élaboration des plans pour les effectifs, une démarche semblable devrait, selon la loi, être mise en oeuvre pour la confection des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Les PROS permettraient l'élaboration des POC, lesquels PROS devraient ensuite être approuvés par le ministre. Ce n'est qu'après cette approbation ministérielle que la régie régionale pourrait allouer les ressources financières requises aux établissements qui pourraient ensuite dispenser les services médicaux prévus dans leur POC.

Les obligations légales et administratives qui président à l'élaboration des différents plans présentent des difficultés réelles qui seront examinées plus attentivement dans la section sur les plans régionaux d'effectifs médicaux plus loin dans cet avis.

1.2 Un bref historique des PREM

Le plan de répartition 1993-1996 actuellement en voie d'application est le troisième du genre à avoir été élaboré. En 1987, lors de la mise en vigueur des premiers plans régionaux d'effectifs médicaux, l'ensemble des régions qui ne disposaient pas d'une faculté de médecine regroupait 49 % de la population totale du Québec mais n'en disposaient que de 23 % des médecins spécialistes et 46 % des médecins omnipraticiens pratiquant au Québec.

Entre 1980 et 1986, les régions universitaires ont pu compter sur un ajout net de médecins égal à 46% de l'ajout net provincial. Durant la première période

d'application des plans d'effectifs médicaux, de 1987 à 1990, cette part a atteint 55 % pour redescendre à 43 % entre 1990 et 1992. Alors que la part de l'ajout net dévolue à la région de Montréal a augmenté à 34 % entre 1987 et 1990 pour redescendre à 14 % entre 1990 et 1992, celle de Québec a constamment progressé, passant de 12 % entre 1980 et 1986 à 18 % entre 1987 et 1990, et à 22 % entre 1990 et 1992. Ces données doivent être mises en relation avec l'importante démographique des deux régions. Il s'avère ainsi que la croissance relative de la région de Québec, pourtant l'une des mieux pourvues en omnipraticiens, a été nettement plus forte que celle de Montréal². Malgré une amélioration sensible de la situation, force est de constater qu'il existe encore des disparités entre les régions quant à la répartition des médecins et à l'accès aux services médicaux.

1.3 Des mesures favorisant la répartition régionale

Les plans de répartition des effectifs médicaux constituent, à n'en pas douter, la mesure de répartition la plus importante et le Conseil n'ignore pas que les intentions ministérielles consistent à les maintenir et à les renforcer.

Cependant, il existe une multitude d'autres mesures qui ont, depuis 1974, été successivement implantées pour amener un plus grand nombre de médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus. Le tableau 1 présente la chronologie de l'implantation des différentes mesures.

Tableau 1

² Données tirées du *Plan de répartition. L'effectif médical au Québec 1993-1996. Objectifs régionaux de croissance et de décroissance*, MSSS, 1993

1.4 L'échéancier du plan 1996-1999

Quant au plan 1993-1996, il s'avère de plus en plus probable que les objectifs initialement prévus ne seront pas atteints. Certains facteurs susceptibles d'expliquer ce phénomène seront décrits plus loin dans ce document. Il en ressort tout de même

le fait que plusieurs PREM, dont ceux de Montréal et de Québec, n'avaient pas encore été approuvés par le ministre au moment de l'entrée en vigueur du présent plan triennal. Il est également utile de mentionner que l'annonce des objectifs de croissance et de décroissance par le ministère a toujours été faite tardivement et qu'il est nécessaire pour les régions, d'étudier ces propositions avant de prendre les mesures qui s'imposent pour les respecter.

C'est dans cette perspective que le ministère entend prendre les moyens nécessaires pour que l'élaboration et l'approbation des PREM pour le Plan de répartition 1996-1999 soient plus conformes à l'exercice réel de la planification dans chacune des régions du Québec. Le projet de plan de répartition de l'effectif médical au Québec pour la période 1996-1999, devrait être finalisé par le ministère le 30 novembre 1995 de manière à ce que l'ensemble du processus d'approbation de chacun des PREM soit complété dès le 30 septembre 1996.

1.5 Le contexte budgétaire

Depuis le début des années quatre-vingts, les gouvernements, aux prises avec une dette qui croissait inexorablement au rythme de leurs déficits annuels successifs sont intervenus de diverses façons pour limiter la croissance de leurs dépenses. Parmi les nombreuses interventions en ce sens, mentionnons les coupures salariales imposées à l'ensemble des employés du secteur public.

Les modalités de financement des établissements du réseau ont été changées plusieurs fois; ces derniers ont dû faire face à une situation budgétaire de plus en plus difficile. Durant cette même période, le gouvernement a senti le besoin d'intervenir dans la planification des effectifs médicaux puis, au tournant de la décennie, il a introduit des mécanismes directs pour réduire la croissance des budgets globaux des établissements.

Depuis quelques années, des mesures d'efficacité firent leur apparition dans le réseau de santé et des services sociaux. Par ailleurs, la croissance des déficits gouvernementaux n'a pas été endiguée. Contraint d'en finir avec ce phénomène, le gouvernement s'est engagé, la régionalisation aidant, dans une véritable cure d'amaigrissement en fixant des objectifs précis de réduction des dépenses de santé.

Croissance zéro, gel des enveloppes et réductions de tous ordres représentent pour l'instant un effort total dépassant nettement le milliard de dollars au cours des toutes prochaines années dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Dès cette année, l'enveloppe des programmes consentie à la R.A.M.Q. et comprenant celle dévolue à la rémunération des médecins indique un effort budgétaire de 133 millions de dollars. Les fédérations médicales devront, d'ici l'échéance des ententes à l'automne 1995, déterminer la manière dont elles comptent gérer une enveloppe de rémunération fermée et gelée, comme le propose le gouvernement et cela, sans ajout pour la rémunération des nouveaux médecins qui commenceront désormais à pratiquer au Québec. À coup sûr, cela aura un impact sur les effectifs médicaux.

1.6 La reconfiguration du réseau

L'ampleur de la réduction des ressources financières entraînera une reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux. Il ne serait en effet pas possible, au plan de l'efficacité, de saupoudrer les réductions budgétaires sur une base paramétrique. Il fallait donc entreprendre des modifications majeures dans l'organisation du réseau autant en ce qui concerne les infrastructures qu'en ce qui concerne la manière de dispenser les services médicaux.

L'évolution des connaissances sur la nature des besoins en lits et l'évolution des technologies médicales arrivaient à point nommé pour permettre la reconfiguration du réseau.

En effet, le bilan des lits réalisé au cours des dernières années indique un surplus de lits de courte durée de l'ordre de 2 000 à 4 000 lits. Les régies régionales ont été mandatées pour procéder à une réorganisation de leurs infrastructures en fonction de leurs besoins respectifs et des objectifs de réductions budgétaires qui leur étaient dévolues.

Par ailleurs, le virage ambulatoire amorcé depuis quelques années pouvait être accéléré alors que les temps d'hospitalisation pouvaient être réduits comme cela avait été démontré dans d'autres provinces canadiennes pour la plupart des cas nécessitant

une hospitalisation. Les plans de réorganisation en élaboration font appel à tous ces nouveaux phénomènes et les propositions de solutions vont jusqu'à la fermeture ou le changement de vocation de certains établissements. À l'évidence, cette reconfiguration du réseau aura aussi un impact majeur sur les effectifs médicaux.

2. **POUR PLANIFIER ET RÉPARTIR LES EFFECTIFS MÉDICAUX AU QUÉBEC: une démarche à deux volets**

2.1 **La description**

En matière de planification des effectifs médicaux, l'approche utilisée au Québec présente un caractère singulier. La démarche de planification a en effet été découpée en deux parties; d'abord, la planification des effectifs pour l'ensemble de la province et de façon globale et ensuite, la question de leur répartition géographique et des pénuries régionales et locales. Dans un premier temps, le but de l'exercice est donc de déterminer le nombre de médecins, omnipraticiens et spécialistes, nécessaire pour répondre aux besoins globaux de la population du Québec. Dans un second temps, il s'agit de répartir l'ajout de médecins résultant de la politique globale de main d'oeuvre.

Le premier volet de la démarche a été largement décrit et analysé dans un avis que le Conseil médical du Québec a produit en juin 1994³. Néanmoins, il convient d'en rappeler les grandes lignes.

Jusqu'au milieu des années 1980, soit avant la création de la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec*, la planification globale des effectifs se faisait sur la base de la comparaison des ratios population/médecin avec ceux d'autres provinces et d'autres pays. Depuis l'avènement de la Table de concertation en 1986, la planification de la main d'oeuvre médicale a pris une toute autre orientation. Celle-ci a développé un modèle permettant de projeter l'offre et la demande de services médicaux, qui conditionne depuis les décisions concernant la planification globale des effectifs médicaux pour

³ Conseil médical du Québec, *Offre et demande de services médicaux: Avis sur le modèle de projection*, juin 1994

l'ensemble du Québec. Le Québec est la seule province au Canada qui utilise une telle approche et qui le fasse en impliquant les principaux intervenants du monde médical.

À la base de la démarche, le raisonnement est le suivant. Compte tenu qu'il n'existe aucune méthode reconnue pour déterminer les besoins de la population en services médicaux, la Table de concertation a fait le postulat que le nombre de médecins en 1986 était suffisant pour répondre aux besoins de la population. En 1986, selon le postulat retenu, il y avait équilibre entre l'offre globale et les besoins globaux de services médicaux. Des comparaisons interprovinciales et internationales faites à ce moment ont démontré la plausibilité de cette assertion. Finalement, la méthodologie développée projette cet état d'équilibre à moyen et long terme à l'aide d'un modèle démographique.

Du côté de la projection de l'offre, on prend notamment en compte l'impact des changements dans la structure d'âge et de sexe des effectifs sur la disponibilité de services. Du côté de la demande, les seules modifications qui sont acceptées à ce moment-ci, par comparaison au niveau de 1986, sont celles qui résultent de la variation de la population et de la variation de sa composition par âge et par sexe. Des mesures prises à différents moments de la projection permettent de vérifier le degré de proximité ou d'éloignement de l'état d'équilibre. Des mesures sont alors prises selon les objectifs du moment et selon l'ampleur des écarts à combler.

L'instrument privilégié pour actualiser la planification globale de l'effectif médical est la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. Cette politique, révisée annuellement, détermine le nombre de nouvelles inscriptions dans les programmes de doctorat et le nombre de places d'entrées et de sorties en résidence, ainsi que la ventilation de ces places dans les programmes spécialisés et en omnipratique. Elle régit enfin certains phénomènes migratoires qui ont une influence sur l'offre de médecins. Il faut surtout retenir que cet outil sert à planifier l'ajout de nouveaux médecins au Québec mais aussi la composition de cet ajout. La réponse aux «besoins» de la population en termes d'effectifs médicaux (nombre et composition) est donc planifiée au niveau national, particulièrement lors de la phase d'ajustement des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale.

médecine.

Le second volet de la démarche consiste à répartir cet ajout de médecins dans le système de santé entre les différentes régions du Québec et dans les différents établissements. Historiquement, l'essentiel de la répartition géographique des médecins a été traité par des mesures incitatives et dissuasives affectant le revenu. Depuis 1987, à ces mesures, se sont ajoutés les plans d'effectifs médicaux et leur cadre de référence, maintenant connu sous le nom de plan de répartition. Depuis 1993 surtout, on peut affirmer que les plans d'effectifs sont devenus les principaux instruments pour améliorer la répartition géographique des médecins.

Pour l'instant, le Conseil n'entrera pas dans les détails de ce second volet puisque la section 3 sera consacrée à un examen critique de l'exercice de répartition 1993-1996 dans le but de poser un diagnostic sur ses fondements, sur sa méthodologie, sur son processus d'implantation et de gestion, et sur ses résultats.

2.2 La discussion

Il faut se rappeler que le Conseil s'est déjà prononcé, en partie du moins, sur le premier volet de la démarche lorsqu'il a fourni un avis sur le modèle de projection de l'offre et de la demande de services médicaux. Dans cet avis, le Conseil s'était dit d'accord avec la facture générale de la planification globale de l'offre et de la demande. Il a cependant proposé plusieurs améliorations au modèle pour prévoir plus justement l'évolution de la main-d'oeuvre au Québec. Il a aussi dit que le modèle ne doit pas être considéré comme un absolu mais seulement servir comme une aide à la planification. De nouvelles tendances lourdes sur les plans économique et organisationnel devaient aussi être prises en compte dans la phase décisionnelle. De plus, plusieurs recommandations visaient à améliorer pour le futur la projection des besoins globaux, en omnipratique et en spécialité, dans le domaine clinique et non clinique, par un raffinement de la méthode utilisée. On concevait aussi que les besoins par spécialité et en omnipratique devaient être traités lors de la phase d'ajustement des entrées en résidence. Or, cette phase cruciale n'a jamais fait l'objet d'une véritable analyse de la part du Conseil.

De façon générale, le Conseil est en accord avec la démarche du gouvernement en

deux volets pour planifier et répartir les effectifs médicaux au Québec. Le système de formation et les phénomènes migratoires produisent un ajout de médecins qu'il convient de répartir en vertu de principes comme l'accessibilité et l'équité (nous reviendrons plus loin sur ces principes). Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) sont maintenant les instruments privilégiés du gouvernement pour réaliser cette tâche. Cependant, l'ajout de médecins qui est réparti à l'aide des PREM ne correspond pas nécessairement aux besoins exprimés par les régions à l'échelle nationale et dans les différentes spécialités.

En effet, une comparaison récente entre les demandes en spécialité exprimées par les Régies de la santé et des services sociaux (RSSS), conformément aux objectifs ministériels tels que précisés dans le Plan de répartition 1993-1996, et l'ajout net projeté pour la période 1993-1996, révèle des disparités très importantes. Par exemple, l'ajout net projeté en psychiatrie est de 15 spécialistes alors que les besoins exprimés sont de 59. En pédiatrie, la situation est inversée alors que l'ajout net (46,5) est beaucoup plus grand que les besoins exprimés (14). En ophtalmologie, la situation est aussi critique alors que 20 nouveaux médecins viendront s'ajouter aux effectifs alors que le besoin exprimé correspond à 1 spécialiste. En médecine interne, les besoins exprimés (41) dépassent largement l'ajout net estimé (13,5). Dans ce cas-ci toutefois, le relèvement des entrées en résidence dans cette discipline, il y a quelques années, produira des résultats sous peu, ce qui assurera une meilleure adéquation avec les besoins exprimés.

Ces exemples mettent en relief la principale lacune de cette démarche de planification en deux volets distincts: il peut y avoir inadéquation entre les besoins par discipline, tels que définis par la planification nationale, et les besoins exprimés par les RSSS. Éventuellement, cette inadéquation pourrait dépasser la seule composition de l'effectif et se transmettre aux effectifs globaux. En effet, dans le contexte de la reconfiguration du réseau qui est amorcée et de la fermeture de lits, sinon d'établissements, on pourrait se retrouver dans une situation où l'ajout total de médecins est beaucoup plus grand que les besoins globaux exprimés par les régions et les établissements.

Dans ce contexte, il est urgent selon le Conseil que l'identification des besoins

nationaux, globaux et par discipline, s'enrichisse de l'expérience régionale et locale. Donc, plutôt que de fonctionner séparément, en deux volets distincts, il faut que ces volets soient complémentaires et bien intégrés pour assurer une meilleure adéquation. À défaut d'une telle intégration, on verra dans les prochaines années un nouveau phénomène, soit le chômage chez les médecins dans certaines disciplines, avec une pression accrue pour une plus grande privatisation et une désassurance de services.

Intégration ne veut cependant pas dire que la somme des besoins exprimés dans les plans d'effectifs des régions doit constituer la seule base de la planification nationale. Le ministère doit continuer, après consultation avec son réseau, de définir centralement des orientations et des politiques de main-d'oeuvre, basées sur des modèles optimaux de dispensation des services médicaux, dont la politique triennale des inscriptions en médecine demeure le principal levier d'action. Si le ministère ne remplissait pas ce rôle, on pourrait assister à l'apparition de trop grandes disparités d'une région à l'autre dans la manière de dispenser les services médicaux.

Par ailleurs, le Conseil déplore que la démarche de planification et de répartition ne soit pas fondée, en partie du moins, sur des objectifs de santé. En effet, cette démarche ne tient pas compte, pour l'instant, des objectifs déterminés notamment dans la *Politique de la santé et du bien-être*.

En résumé, le Conseil est critique envers la démarche de planification actuelle à deux volets. Nous croyons que l'exercice pourrait bénéficier d'un arrimage plus étroit entre les deux volets de la démarche pour les rendre plus complémentaires et bien intégrés. La démarche pourrait également bénéficier d'un arrimage notamment avec les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*.

Recommandation 1:

Améliorer cette démarche de planification à deux volets en tenant compte notamment des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* et en faisant en sorte que les deux volets de la démarche soient plus complémentaires et bien intégrés, de façon à assurer une meilleure adéquation entre les besoins exprimés par les régions et l'ajout de médecins résultant des politiques

nationales de main-d'oeuvre médicale.

3. L'EXERCICE DE RÉPARTITION 1993-1996, une description et une analyse critique

Cet examen portera autant sur les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) que sur le plan de répartition ministériel sur lequel ils sont fondés. Tout au long de l'analyse, le Conseil formulera des commentaires et proposera des solutions pour améliorer l'instrument et le processus, si tant est qu'ils soient les meilleurs outils actuellement disponibles.

3.1 Le rôle et les responsabilités des différents intervenants

L'article 377 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2)* précise assez bien le rôle et les responsabilités des différents intervenants à l'égard de l'exercice de répartition. Nous le reproduisons ici intégralement:

« la Régie régionale doit, conformément au règlement pris en vertu du paragraphe 20 de l'article 505, élaborer un plan des effectifs médicaux de la région à partir de chacun des plans d'organisation des établissements qui lui ont été transmis conformément aux articles 184 et 186 et du nombre de médecins requis pour accomplir les activités particulières prévues à l'article 361.

Dans l'élaboration de son plan régional, la Régie doit tenir compte des objectifs de croissance et de décroissance que lui signifie le ministre, du nombre de médecins qui pratiquent dans la région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, des activités médicales de ces médecins et du nombre de postes fixé par le ministre qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions.

Ce plan régional doit être soumis au ministre pour approbation et être accompagné des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration.

Le plan régional doit être révisé au moins à tous les trois ans et continue d'avoir effet tant que le ministre ne s'est pas prononcé sur sa révision »

En pratique cependant, le point de départ de l'exercice de répartition est le cadre de référence ministériel qui détermine des objectifs de croissance et de décroissance. Pour confectionner leur PREM, les régies régionales doivent partir des objectifs déterminés dans le plan de répartition. Le cadre de référence est donc la pierre angulaire de l'exercice de répartition. Les balises de l'exercice de même que les quanta sont définis dans ce plan. Voilà pourquoi le Conseil a jugé opportun d'examiner attentivement, dans un premier temps, toute la mécanique du plan de répartition 1993-1996 avant d'étudier les PREM proprement dit.

3.2 Le Plan de répartition 1993-1996 du ministère

L'analyse du plan de répartition se fera en deux temps: d'abord une description de ses composantes et ensuite une analyse critique. Des recommandations seront formulées au moment opportun.

3.2.1 La description

3.2.1.1 Ses principes et ses objectifs

Les principes fondamentaux à la base du plan de répartition sont au nombre de deux: l'accessibilité et l'équité. L'accessibilité est au coeur même de notre régime de santé et de services sociaux et la réforme a confirmé ce principe. Le processus d'allocation des ressources doit maintenant se faire en fonction des populations à desservir selon leurs caractéristiques propres et leurs besoins. Les plans d'effectifs sont imprégnés de cette orientation. Ils visent

aussi une meilleure équité d'accès aux services médicaux pour les services jugés prioritaires.

Ainsi, le Plan de répartition 1993-1996, en continuité avec les exercices précédents, vise à «assurer à la population de chaque région une part équitable de services (tout en) privilégiant l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires»⁴. Le plan précise aussi que «ces objectifs doivent tenir compte de considérations spécifiques telles que la distance, la nature des services dispensés, les infrastructures existantes et les masses critiques».

Dans la perspective du ministère, l'autonomie régionale doit être favorisée et cela doit se traduire tout particulièrement par une rétention, voire un rapatriement des clientèles hospitalisées pour des soins de courte durée. Ainsi, il est précisé que «le recrutement de spécialistes devra viser la constitution d'équipes médicales aptes à traiter la grande majorité des cas d'hospitalisation de niveaux primaire et secondaire dans la plupart des régions. Ceci minimiserait les inconvénients vécus par les bénéficiaires lorsqu'ils doivent se déplacer à l'extérieur de leur région pour recevoir les services et favoriserait l'efficacité du système par une utilisation plus efficace des infrastructures, autant en région que dans les grands centres. En outre, omniratique, le plan 1993-1996 vise la consolidation sur une base régionale des services d'urgence dans les établissements, les réseaux de garde intégrée et les services médicaux de première ligne en CLSC.

3.2.1.2 **Sa méthodologie**

Comme nous l'avons mentionné à la section 2, le plan de répartition ne vise qu'à répartir l'ajout net de médecins produit par la politique nationale de main-d'oeuvre en s'appuyant sur les principes et les objectifs énoncés à la section 3.2.1. Pour ce faire, le ministère a développé une méthodologie particulière basée sur la notion d'autosuffisance régionale. Cette

⁴ MSSS, Direction générale des relations professionnelles, *Plan de répartition, L'effectif médical au Québec 1993-1996, objectifs régionaux de croissance et de décroissance*, 1993

méthodologie comprend un certain nombre d'étapes.

Les portraits descriptifs régionaux

Ces portraits visent à décrire la situation de chacune des régions sous deux volets: la consommation de ressources médicales et l'accès aux services médicaux. Ils permettent donc d'apprécier si la part des services reçus par la population d'une région est équitable par rapport aux services reçus par les populations des autres régions. Ils permettent aussi d'évaluer le niveau d'autosuffisance régionale qui est le rapport entre la consommation et la production de services: plus une région est autosuffisante, moins sa population devrait se déplacer à l'extérieur de la région pour recevoir des services.

Tous les calculs ont été faits en «médecins équivalents temps plein (ETP) cliniques», à partir des données intégrales de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) sur les montants versés aux médecins au cours d'une période déterminée. Le ministère a ainsi fait l'hypothèse, qu'en moyenne, il y a correspondance entre le revenu que reçoit un médecin de la RAMQ et sa production de services cliniques.

Pour rajouter à la plausibilité de cette hypothèse, les revenus ont été standardisés. Dans un premier temps, les tarifs des actes dispensés en cabinet privé ont été ramenés au niveau de ceux en établissement. Dans un second temps, l'effet de la rémunération différenciée a été annihilé. Enfin, les montants reçus pour des services qui ne sont pas véritablement des services médicaux (ex.: formulaires à compléter), de même que les sommes versées au chapitre des mesures incitatives, ont été retranchés.

La formule utilisée pour déterminer le nombre de médecins ETP est basée sur le revenu moyen de la discipline.

Les principales variables retenues pour établir les portraits descriptifs régionaux sont au nombre de trois. Elles représentent autant de points de vue sur le volume de services médicaux de chacune des régions:

a) Le nombre de médecins cliniciens (ETP) installés dans la région (**I**)

Chaque région est examinée en regard de la principale région de pratique des médecins, c'est-à-dire celle où il a réalisé le plus fort pourcentage de son revenu. Il s'agit de déterminer combien il y a de médecins ETP cliniques installés dans chacune des régions à partir de leur production effective sans égard à la région de provenance des bénéficiaires.

b) La consommation en médecins cliniciens (ETP) de la population d'une région (**C**)

Cette variable réfère à la consommation d'une population qui réside dans une région déterminée sans égard à la région où elle a consommé les services ou à la région de provenance du médecin.

c) La consommation attendue en médecins cliniciens (ETP) de la population d'une région (**A**)

Cette variable permet de déterminer la part équitable de services que la population d'une région recevrait si son profil de consommation était le même que celui observé à l'échelle du Québec chez les personnes ayant les mêmes caractéristiques d'âge, de sexe et d'état de santé. La consommation attendue permet d'évaluer les besoins relatifs d'une région.

Ces portraits (I C A) permettent d'évaluer la situation d'une région. L'écart entre I et C montre le niveau d'autosuffisance d'une région. Celui entre C et A permet d'apprécier l'accès aux services médicaux pour une population résidant dans une région indépendamment de la région de consommation et de la provenance des médecins.

La détermination des objectifs de croissance et de décroissance

Une suite d'opérations permet d'assigner à chacune des régions des objectifs

de croissance et de décroissance. Il faut rappeler que ces objectifs visent à favoriser l'accès aux services et à rehausser l'autonomie régionale, du moins en omnipratique et dans les spécialités de niveaux local et régional.

La première opération consiste donc à classifier les spécialités selon trois niveaux (local, régional, suprarégional) et à les regrouper par champs de spécialisation. Le tableau 2 illustre le résultat de cette opération. Il a été tiré intégralement du Plan de répartition 1993-1996. Cette classification a pour but la prise en compte de la configuration actuelle du réseau hospitalier à l'échelle des régions et de la province. Ces regroupements permettent de rendre opérationnelles les orientations du ministère concernant la consolidation des services de base en régions nonuniversitaires et permettent aussi la reconnaissance de vocations particulières et suprarégionales de centres hospitaliers universitaires.

Tableau 2

La seconde opération consiste à appliquer un modèle de réduction des écarts de consommation et d'installation entre les régions qui touchent à tous les regroupements de disciplines sauf les spécialités de niveau suprarégional. Ce modèle présenté au tableau 3 permet de distribuer l'ajout net de médecins produit par les politiques de main-d'oeuvre médicale. Avant de préciser les objectifs du modèle, nous présentons aux tableaux 4 et 5 deux exemples exposés lors d'un séminaire sur le plan de répartition des effectifs médicaux. Le premier exemple illustre une région en croissance ($I < C < A$), celle du Bas-Saint-Laurent, dans les spécialités médicales de niveau régional. Dans ce exemple, il s'agit de réduire de 50% la dépendance de la région, c'est-à-dire la différence entre I et C, et de 25% la sous-consommation, c'est-à-dire l'écart entre C et A. Le second exemple présente une région en décroissance ($A < I < C$), celle de Montréal-centre, dans les spécialités médicales de niveau régional. Pour cette région, l'objectif est de réduire de 5% le bassin de desserte suprarégional (écart entre I et C) et de 20% la consommation (écart entre A et C)

Pour revenir aux objectifs du modèle, dans les spécialités de niveau suprarégional, la croissance de l'effectif est répartie uniquement entre les régions universitaires. Dans les spécialités de niveau régional, en plus d'une

réduction de la surconsommation, l'objectif est de réduire de 5% le bassin de desserte suprarégional. Dans les spécialités locales, cette réduction est de 10%. Dans les régions intermédiaires et éloignées, les objectifs visent à diminuer de 50% leur dépendance à l'égard des régions universitaires. Dans les régions périuniversitaires, cet objectif n'est que de 10%; pour la région de Laval, il n'est que de 5%. Cette modulation des objectifs prend en compte le fait que la dépendance d'une région est moins pénalisante pour les populations des régions près des grands centres.

La troisième opération permet d'ajuster les objectifs lorsque l'ajout net prévu de médecins dans un regroupement de disciplines est supérieur aux résultats de l'application du modèle mathématique de réduction des écarts. À ce moment, le solde est réparti prioritairement entre les régions sous-desservies ($I < C$).

Tableau 3

Tableau 4

Tableau 5

En omnipratique, une attention particulière a été portée aux régions éloignées en raison de la grande dispersion de la population sur le territoire et du rôle élargi de l'omnipraticien dans ces régions, éléments qui justifient des besoins supplémentaires. Dans les régions de Québec et de Montréal, les objectifs ont été modulés en fonction de la grande concentration de spécialistes et des activités médicales particulières susceptibles d'entraîner une augmentation de la pratique en établissement pour les médecins ayant moins de dix ans de pratique.

Finalement, un élément de flexibilité a été introduit pour permettre aux régions de planifier en fonction de priorités régionales. Des transferts intrarégionaux ou interrégionaux d'objectifs sont ainsi autorisés, ce qui peut permettre aux régions de s'organiser différemment.

La portée des objectifs de croissance et de décroissance

Pour déterminer les objectifs de croissance et de décroissance, il a fallu dans un premier temps établir des portraits descriptifs par région, comme nous l'avons vu précédemment. Ces portraits prenaient en compte autant la pratique en cabinet privé que celle en établissement. Pour leur part, les objectifs de croissance et de décroissance contenus dans le plan de répartition ne visent que la pratique en établissement, puisque le gouvernement ne dispose d'aucun levier d'action pour contrôler la pratique en cabinet privé.

Par ailleurs, les objectifs du plan de répartition sont formulés en individus plutôt qu'en ETP cliniques, contrairement aux portraits descriptifs régionaux. Le système de nomination dans les établissements correspond actuellement à ce système puisque tout est basé sur la notion d'individu.

La méthode d'estimation de l'ajout net de médecins

L'ajout net de médecins entre 1993 et 1996 a été estimé à partir de la moyenne annuelle de la croissance en omnipratique et dans les spécialités entre 1987 et 1991. Par la suite, deux ajustements ont été introduits pour tenir compte de la baisse du nombre d'entrées en spécialité et la diminution du nombre de spécialistes recrutés à l'étranger. Ces opérations sont présentées au tableau 6. L'ajout net estimé, c'est-à-dire la différence entre les nouveaux arrivants et les départs, s'élevait à 432 omnipraticiens (144 en moyenne par année) et à 372 spécialistes (124 en moyenne par année) pour la période 1993-1996. Ces estimations rejoignent les projections de l'accroissement annuel moyen entre 1990 et 1995 présentées dans une étude sur les effectifs médicaux du Collège des médecins du Québec, connue en 1992 sous l'appellation de Corporation professionnelle des médecins du Québec⁵. Plus récemment, le ministère a révisé à la baisse l'ajout net projeté entre 1993-1996. En spécialité, le ministère estime maintenant que 324 médecins s'ajouteront aux effectifs actuels entre 1993 et 1996. En omnipratique, cette estimation a été ramenée à 341 pour la même période.

Cette opération est très importante puisque les objectifs de croissance et de décroissance répartissent cet ajout net. Ainsi, une surestimation entraîne nécessairement une non atteinte des objectifs dans certaines régions alors qu'une sous-estimation se traduit théoriquement par des dépassements.

⁵ Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Les effectifs médicaux au Québec Situation de 1972 à 1990 et projections pour 1995*, septembre 1992.

3.2.1.3 **Les règles de gestion et de suivi**

Le Plan de répartition 1993-1996 énonce quelques règles pour encadrer minimalement la phase d'élaboration des plans régionaux et celles de gestion et de suivi.

Tableau 6

Lors de la phase d'élaboration des plans régionaux, il est mentionné que, pour l'ensemble des régions non universitaires, les priorités de recrutement doivent aller aux spécialités de niveau local et à l'omnipratique et que le recrutement de spécialistes de niveau régional ne sera autorisé par le ministère que si la population à desservir est suffisamment nombreuse pour permettre la constitution d'une équipe viable dans la spécialité concernée. Pour les régions universitaires, la priorité va aux spécialités de niveaux suprarégional et régional.

Il est cependant possible de transférer des objectifs entre regroupements de spécialités à l'intérieur d'un même champ de spécialisation (chirurgie médecine, etc.). De plus, dans les régions non universitaires, les régions peuvent transférer des objectifs dans les spécialités régionales vers les spécialités de niveau local. Dans les régions universitaires, la modification des objectifs doit se faire à l'avantage des spécialités régionales et suprarégionales.

Il est aussi possible que des régions procèdent entre elles à des transferts d'objectifs de croissance en spécialité. Dans la pratique, cette possibilité n'a pas été utilisée jusqu'à présent dans le cadre du plan 1993-1996.

Parmi les règles énoncées, il faut aussi souligner l'obligation pour les régions régionales de présenter au ministère un bilan annuel pour évaluer périodiquement le degré d'atteinte des objectifs.

Enfin, il était prévu que le ministère collabore avec les régions régionales pour le développement d'un outil de suivi pour constater l'évolution des effectifs sur une base régionale pour chacun des établissements et pour chaque discipline. Il s'agissait de se doter d'un système d'information pour suivre les

plans régionaux.

3.2.3 La discussion

Le Conseil est en accord avec les principes fondamentaux du plan de répartition, à savoir l'accessibilité et l'équité. Il s'agit de principes inhérents à notre régime de santé et de services sociaux. Il est également d'accord avec l'objectif d'assurer à la population de chaque région une part équitable des services tout en privilégiant l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires. Idéalement, l'accès aux services devrait être le même pour tous. Cependant, il serait contre-productif de retrouver toute la gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec, sans compter les problèmes de qualité qui pourraient en résulter. Les notions de volume et de masse critique entrent ici en ligne de compte.

Le plan de répartition tient compte de ces éléments lorsqu'il vise à favoriser l'autonomie régionale, prioritairement dans les spécialités de niveau local et communautaire. Le Conseil croit en effet que, dans les spécialités que sont la psychiatrie, la médecine interne, la pédiatrie, l'obstétrique-gynécologie, l'anesthésie, la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, l'anatomopathologie, la radiologie diagnostique, et dans les spécialités de niveau régional lorsque le volume est suffisant, il est justifié que les services de niveaux primaire et secondaire soient accessibles le plus près possible du lieu de résidence du patient pour minimiser les inconvénients.

En effet, lorsque des patients nécessitant une hospitalisation doivent se faire traiter loin de leur lieu de résidence, faute de médecins ayant l'expertise requise, eux-mêmes et leur famille en subissent les inconvénients économiques et sociaux. De la même façon, les services rendus à un patient nécessitant une chirurgie d'un jour peuvent se transformer en hospitalisation si les services requis ne sont pas disponibles dans la région.

Il est aussi préférable que les services soient dispensés par des médecins installés dans la localité ou la région. Pour plusieurs spécialités, l'implication du médecin dans la continuité des soins est davantage assurée, particulièrement dans le contexte du virage ambulatoire, s'il demeure à proximité du patient que s'il s'agit de services dispensés par des médecins «itinérants». Le sentiment d'appartenance à une région et la «loyauté» à une équipe médicale qui en découle sont davantage assurés si le médecin y réside ou s'il y dispense des services sur une base régulière.

Recommandation 2:

De maintenir les objectifs d'équité et d'accessibilité en favorisant l'installation des médecins dans la région de résidence des bénéficiaires en omnipratique et dans les spécialités de niveaux local et régional, du moins pour les services de niveaux primaire et secondaire.

Le Conseil est d'accord avec le corollaire de ces objectifs, à savoir une rétention voire un rapatriement des clientèles hospitalisées pour des soins de niveaux primaire et secondaire. Ce rapatriement doit bien sûr être progressif et tenir compte du choix des patients, des infrastructures existantes et des masses critiques, plus particulièrement dans les régions intermédiaires et éloignées.

À propos des infrastructures, il ne faudrait cependant pas sous-estimer la capacité en lits et en équipements desdites régions permettant de rapatrier, dans une certaine mesure, les clientèles hospitalisées dans les établissements des régions universitaires. De surcroît, le Conseil estime que la reconfiguration actuelle du réseau hospitalier, particulièrement le virage ambulatoire, aura une influence positive sur la capacité des régions à recevoir de nouveaux médecins et à traiter de nouvelles clientèles. Puisque ces changements sont déjà en cours, il faudrait que le prochain plan de répartition en tienne compte.

À propos des masses critiques, nous croyons que des efforts plus systématiques devraient être entrepris pour définir ce qu'est une masse critique dans chacune des spécialités et qu'elles sont les composantes d'une équipe médicale viable. À ce chapitre, le ministère pourrait s'inspirer de l'expérience de l'Association de

neurochirurgiens qui a défini un modèle d'organisation pour cette discipline⁶. Le ministère pourrait aussi consulter les associations de spécialistes, le Collège des médecins du Québec et la Conférence des régies régionales de la santé et de services sociaux à ce propos. Enfin, le Conseil médical du Québec se rend disponible pour aider le ministère dans l'éventualité où une expertise particulière serait nécessaire.

Recommandation 3:

Approfondir davantage la notion de masse critique et évaluer la capacité des différentes régions à recevoir des effectifs additionnels et de nouvelles clientèles, en tenant compte des infrastructures en place et des changements anticipés dans ce secteur.

Concernant la méthodologie du plan de répartition, le Conseil est satisfait de la façon dont sont conçus les portraits descriptifs régionaux. La méthode de calcul des ETP cliniques à partir des données intégrales de la RAMQ semble inspirée par la rigueur. Les opérations de standardisation introduites pour rendre plus plausible l'hypothèse qu'il y a correspondance entre le revenu que reçoit un médecin de la RAMQ et sa production de services cliniques en est un exemple. Les variables retenues pour établir les portraits descriptifs régionaux selon trois points de vue (installation des médecins, consommation réelle, consommation attendue) sont une excellente façon de montrer le volume de services rémunérés par la RAMQ et l'équité d'accès aux services. Concernant la variable «consommation attendue», soit l'expression des besoins relatifs de la population d'une région une fois contrôlé l'effet de l'âge, du sexe et de l'état de santé, nous insistons sur le terme «relatif». La détermination des besoins en effectifs médicaux, au sens absolu du terme, est en effet absente de la démarche de planification à deux volets du ministère. Ainsi comme nous l'avons relevé à la section 2, il n'existe aucune méthode reconnue pour déterminer les besoins de la population en services médicaux et, en conséquence, la Table de concertation avait retenu le postulat que le nombre de médecins en 1986 était suffisant pour répondre aux besoins de la population.

⁶ Association des neurochirurgiens, *La neurochirurgie en crise au Québec*, 1995

Concernant la façon de déterminer les objectifs de croissance et de décroissance, le Conseil y retrouve l'expression logique des fondements et des objectifs du plan.

De façon générale, la classification des spécialités selon trois niveaux répond à la configuration souhaitée du réseau hospitalier à l'échelle des régions et de la province. Cette classification reconnaît les différences de vocation entre les régions et est ainsi porteuse de la notion de complémentarité. Cependant, la détermination d'objectifs par champ de spécialisation (spécialités médicales de niveau local), peut présenter des inconvénients comme nous le verrons plus loin.

Même si le Conseil ne se prononce pas sur les quantités, le modèle proposé de réduction des écarts de consommation et d'installation (ou de distribution de l'ajout net) entre les régions est aussi cohérent avec les objectifs visés en omnipratique et dans les spécialités de niveaux local et régional. L'objectif de réduction des bassins de desserte des régions universitaires dans les spécialités régionales et locales est aussi en omnipratique, jumelé à un objectif de réduction de la surconsommation relative ($A < C$) pour les populations de ces régions, est conforme aux attentes du Conseil. L'objectif de réduction de la dépendance des régions intermédiaires et éloignées à l'égard des régions universitaires est acceptable au Conseil, tout comme celui de réduire la dépendance des régions périuniversitaires, et même celle de Laval. Cette modulation des objectifs selon le degré d'éloignement des grands centres tient compte de réalités géographiques fondamentales.

Cependant, même si les objectifs de réduction de la dépendance nous semblent raisonnables, il faudra, à notre avis, toujours tenir compte du flux naturel des clientèles desservies.

En omnipratique, le Conseil constate, qu'au-delà du modèle de réduction des écarts, des «besoins» additionnels ont été reconnus pour les régions éloignées pour tenir compte de la grande dispersion de la population sur le territoire et du rôle élargi de l'omnipraticien dans ces régions. Pour le Conseil, cette reconnaissance doit être davantage prise en compte par un raffinement de la méthodologie. Ce raffinement devrait aussi prendre en compte la notion d'équipes médicales viables. Ce qui vaut pour l'omnipratique dans les régions éloignées devrait aussi s'appliquer aux spécialités de niveau local et être étendu aux régions intermédiaires et même

périuniversitaires.

Recommandation 4:

Raffiner la méthodologie pour tenir davantage compte de la constitution d'équipes médicales viables, de l'effet de la dispersion des établissements et de la population sur le territoire des régions éloignées, intermédiaires et périuniversitaires, en omnipratique et dans les spécialités de niveau local.

Toujours en omnipratique, même si le plan 1993-1996 vise une consolidation sur une base régionale des services médicaux de première ligne en CLSC et pour la santé publique, le Conseil voudrait souligner une incompatibilité apparente entre les ambitions du *Cadre de référence sur l'organisation des services médicaux en CLSC*⁷ et l'ajout de médecins réparti par le plan 1993-1996.

À titre d'exemple, sans parler du phénomène de l'attrition, le plan en CLSC fait part de besoins additionnels de 461 omnipraticiens pour obtenir le nombre requis de 6,6 médecins ETP pour les CLSC n'ayant pas encore atteint cette norme. Selon le cadre de référence, ce nombre permettrait de constituer des équipes médicales viables selon la norme minimale du plan. Le plan en CLSC précise qu'un horizon de quelques années devrait permettre d'atteindre cet objectif. À notre avis, la réalisation intégrale de ces objectifs serait trop ambitieuse puisqu'elle drainerait la totalité de l'ajout net de médecins omnipraticiens au cours des prochaines années. Cependant, l'avènement des nominations spécifiques amène plusieurs omnipraticiens oeuvrant en cabinet privé ou en établissement à exercer une partie de leur temps en CLSC. Cette complémentarité des CLSC avec les cabinets privés et les autres établissements permettrait d'atteindre cette norme de 6,6 médecins par CLSC sans trop puiser à même l'ajout net de médecins. Ceci est particulièrement vrai dans les zones urbaines où les cabinets privés sont en nombre important.

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence, L'organisation des services médicaux en CLSC*, 1993

Recommandation 5:

Assurer une meilleure compatibilité entre les objectifs du plan de répartition et les objectifs du plan d'organisation des services médicaux en CLSC en mettant l'accent sur la notion de complémentarité entre les différents lieux de dispensation.

Puisque les objectifs de croissance et de décroissance sont déterminés en fonction de l'ajout net de médecins à répartir, il est clair qu'une surestimation ou une sous-estimation de cet ajout entraîne nécessairement une non-atteinte ou un dépassement des objectifs dans certaines régions. L'ajout net tel que prévu dans le plan 1993-1996 semble avoir été surestimé par le ministère. Cette surestimation a eu pour effet direct de défavoriser les régions plus éloignées puisque le pouvoir d'attraction des grands centres fait en sorte que les régions plus centrales ont atteint en premier les objectifs fixés dans le plan de répartition.

Cette situation a d'ailleurs été reconnue implicitement par le ministère puisqu'il a révisé ses prévisions à la baisse. Il est vrai que ces estimations sont difficiles à faire puisqu'il faut prévoir le comportement de l'effectif en place (attrition) et des nouveaux médecins issus des politiques de main-d'oeuvre (ajout brut).

La méthode utilisée par le ministère pour simplifier les choses consiste, à partir des données de la RAMQ, à calculer la différence entre deux périodes déterminées concernant le nombre de médecins par discipline et d'extrapoler cette différence aux années couvertes par le plan de répartition. Le critère d'activité utilisé pour établir les portraits des effectifs élimine les médecins qui ont un revenu trimestriel de moins de 5500\$ à la RAMQ.

L'avantage d'une telle méthode réside dans le fait qu'elle définit immédiatement l'ajout net entre deux périodes, qui est la différence entre les départs et les arrivées. Cependant, cet ajout net réel entre deux périodes était issu de politiques d'inscriptions en médecine et en résidence bien déterminées. Or, ces politiques ne sont pas constantes dans le temps. Dans le plan de répartition 1993-1996, la méthode a été quelque peu raffinée pour tenir compte des changements qui surviennent dans les politiques de main-d'oeuvre. L'ajout estimé a donc été réduit

pour tenir compte de deux facteurs: la baisse du nombre d'entrées en spécialité et la baisse du nombre de médecins «sélectionnés» à l'étranger. Malgré ces ajustements à la baisse, il apparaît que l'ajout demeure surestimé.

Pour le Conseil, il est important que cette méthode soit raffinée pour tenir davantage compte des politiques de main-d'oeuvre qui ont eu des impacts sur la période de référence et sur celles qui en auront sur la période de prévision. Ceci est d'autant plus important que le début des années 1990 a été très fertile en changements dans les politiques de main-d'oeuvre, particulièrement en ce qui concerne les entrées en résidence, les diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis et les médecins dits «sélectionnés». La composition de l'ajout selon les différentes disciplines au cours de la période 1996-1999 risque donc d'être différente des années antérieures. Il est important que la méthode d'estimation de l'ajout net tienne compte de ces changements.

Recommandation 6:

Raffiner la méthode d'estimation de l'ajout net et de la composition de cet ajout par discipline, pour tenir davantage compte des changements récents plus particulièrement dans les politiques d'entrées en résidence.

Concernant les règles de gestion et de suivi comprises dans le plan de répartition, le Conseil est en accord avec les priorités de recrutement que sont l'omnipratique et les spécialités de niveau local, pour les régions non universitaires, et les spécialités de niveaux suprarégional et régional, pour les régions universitaires. Dans les régions périuniversitaires et intermédiaires, les spécialités de niveau régional peuvent aussi compter parmi les priorités de recrutement. Cependant, le Conseil est favorable au contrôle exercé par le ministère sur le recrutement de spécialistes de niveau régional dans les régions non universitaires après consultation de celles-ci. La taille des populations à desservir doit être suffisante pour permettre la constitution d'une équipe viable dans la spécialité concernée. L'infrastructure à développer doit aussi être prise en considération. On peut d'ailleurs faire les mêmes mises en garde pour le volet tertiaire de la plupart des spécialités de niveau local. Nous tenons enfin à souligner que ces facteurs ne concernent pas seulement les PREM mais aussi les plans d'organisation des services cliniques.

La présentation de cibles par regroupement de spécialités et les règles de transferts d'objectifs peuvent par ailleurs occasionner des difficultés, même si, à prime abord, ces décisions procèdent d'une bonne intention en permettant une plus grande flexibilité.

Comme nous l'avons souligné à la section 2, il est primordial que les politiques de main-d'oeuvre prennent en compte les besoins exprimés par les régions. Les inscriptions en médecine et les entrées en résidence doivent ainsi être ajustées en fonction des besoins exprimés par les régions, afin d'obtenir quelques années plus tard une bonne adéquation entre l'ajout brut de médecins par discipline et les besoins régionaux.

Ceci dit, malgré la meilleure planification qui soit, les besoins régionaux exprimés en 1995 ne permettront toujours que d'ajuster la politique triennale débutant en 1995, par exemple. Lorsque cette politique se traduira quelques années plus tard par un ajout brut de médecins à répartir, en omnipratique et en spécialité (entre 2 et 7 ans si l'on considère uniquement les résidents), les besoins exprimés en 1995 ne seront plus nécessairement d'actualité. Donc, le Conseil constate qu'il y aura toujours une certaine inadéquation inhérente au processus, en raison de la durée de formation.

Les transferts d'objectifs, particulièrement ceux à l'intérieur de regroupement de spécialités, peuvent accentuer cette inadéquation. Imaginons une situation où l'ajout brut de spécialistes par discipline (les finissants) à répartir procéderait d'une planification optimale, sans faille, à partir des besoins régionaux quelques années plus tôt. Le plan de répartition est donc utilisé pour répartir cet ajout brut de médecins. Cependant, les régions ont une grande latitude pour exprimer de «nouveaux besoins» en utilisant les règles de transférabilité. Il est clair que si ces possibilités de transferts sont utilisées sans nuance, les risques d'inadéquation seront toujours amplifiés.

De plus, l'utilisation à outrance des règles de transferts peut amener des choix régionaux qui nient, d'une certaine façon, la possibilité pour le ministère d'implanter à la grandeur du territoire du Québec des modèles optimaux de dispensation de services médicaux. Comment en effet développer une politique nationale alors que

plusieurs régions choisissent de s'y soustraire partiellement en utilisant les règles de transférabilité?

Par ailleurs, l'inadéquation résultant des règles de transferts peut aussi occasionner du chômage chez les médecins d'autant plus que les cabinets privés, porte de sortie pour les médecins de certaines disciplines qui n'ont pas de poste en établissement, seraient dorénavant pris en compte, si nos recommandations étaient retenues par le ministre.

Il convient donc, à notre avis, de présenter des objectifs par spécialité en limitant les possibilités de transferts. Cette limitation aura d'autant moins de conséquences que l'arrimage entre les besoins exprimés par les régions et les politiques de main d'oeuvre aura été bien fait comme nous l'avons souligné à la section 2 du présent avis. Il faut que l'arrimage entre les besoins exprimés par ces dernières et les politiques globales de main-d'oeuvre se fassent de façon à produire un ajout par discipline qui corresponde aux besoins des régions. Cependant, lorsqu'il s'agit de déterminer les objectifs finaux dans le cadre du plan de répartition, il faudrait à notre avis que les objectifs soient précisés par spécialité avec un minimum de possibilités de transferts.

La présentation d'objectifs par spécialité permettrait aussi au ministère de faire connaître plus précisément aux régions et aux établissements l'ajout brut de médecins par discipline sur lesquels ils pourront asseoir leur planification. Les régions se sont d'ailleurs montrées favorables à l'idée d'obtenir des objectifs par spécialité. Le ministère a bien compris le problème puisqu'il se dirige vers la présentation d'un cadre de référence par spécialité.

Recommandation 7:

Présenter des objectifs de croissance et de décroissance par spécialité et limiter les possibilités de transferts pour minimiser les risques que les choix régionaux soient trop discordants avec l'ajout brut de médecins par

discipline.

3.3 Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

Les régies régionales de la santé et des services sociaux doivent élaborer un plan d'effectifs médicaux à partir de chacun des plans d'organisation des établissements (POC), tout en tenant compte du cadre de référence du ministère qui définit des objectifs de croissance et de décroissance. Finalement, le ministère doit approuver les PREM.

Si le plan ministériel de répartition définit des orientations et des objectifs, les PREM sont les instruments privilégiés pour concrètement les réaliser. La réussite ou l'échec en regard des objectifs passe donc par cet instrument.

Dans cette section, le Conseil fera, dans un premier temps, un état de situation sur les résultats obtenus par les PREM à mi-chemin de la période couverte par l'exercice de répartition 1993-1996. Dans un second temps, il présentera son diagnostic des principaux problèmes relatifs au processus d'élaboration, d'approbation et d'application des PREM en regard des objectifs fixés dans le cadre du plan 1993-1996. Enfin, le Conseil proposera, dans un troisième temps, des solutions pour améliorer la situation. Il faut souligner que certains éléments déjà abordés dans la section 3.2 portant sur le plan ministériel de répartition ont une incidence sur les PREM. Dans la mesure où certains éléments ont déjà été abordés, nous n'y reviendrons pas sur ceux-ci dans le cadre de l'analyse des PREM.

3.3.1 Des résultats mitigés en regard des objectifs du plan

Un portrait de la situation établi par le ministère à mi-chemin de l'exercice de répartition 1993-1996 est présenté au tableau 7. Ce tableau montre que les objectifs de décroissance en spécialité dans les régions universitaires ne seront pas atteints si la tendance se maintient. Le plan de répartition prévoyait une décroissance de 81 spécialistes dans ces régions alors que les résultats après 18 mois montrent une croissance de 64 spécialistes, pour un degré d'atteinte de l'objectif de -79%. La situation est particulièrement alarmante dans la région de Montréal-Centre (-150%). La situation dans les régions de l'Estrie (-6%) et de

Québec (2%) n'est pas très reluisante.

Dans les régions périphériques, les résultats montrent une amélioration sensible puisque 33% de l'objectif est atteint. Dans cette catégorie, certaines régions suscitent davantage l'attrait, comme la région de Laval (129%) et Chaudière-Appalaches (50%). Les autres régions sont moins convoitées: Montérégie (38%), Lanaudière (17%), Laurentides (13%) si l'on se fie aux résultats du tableau 7.

Dans les régions intermédiaires, l'objectif est atteint dans une proportion de 27%. Dans cette catégorie, les objectifs sont atteints dans une proportion de 35% dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, de 32% dans celle de la Mauricie-Bois-Francs et de 14% en Outaouais.

Dans les régions éloignées, seulement 19% de l'objectif est atteint. La région Gaspésie-Iles-de-le-Madeleine présente le degré d'atteinte le plus bas (-4%) dans ce regroupement de régions.

En omnipratique, la région de Québec, qui s'était vue fixer un objectif de croissance nulle, présentait un surplus de 22 médecins. La région de Montréal-Centre avait atteint 30% de son objectif de croissance en omnipratique contre 25% pour la région de l'Estrie.

Dans les régions périphériques, trois régions s'en tirent particulièrement bien: les Laurentides (63%), Laval (47%) et Chaudière-Appalaches (40%). La Montérégie (11%) et Lanaudière (-4%) présentent des statistiques moins intéressantes.

Dans les régions intermédiaires, le Saguenay-Lac-St-Jean fait bonne figure (69%) suivi de l'Outaouais (33%) et de la Mauricie-Bois-Francs (16%).

Tableau 7

Enfin, dans les régions éloignées, la situation est particulièrement reluisante en Abitibi-Témiscamingue (81%) et en Gaspésie-Iles-de-le-Madeleine (80%) Certaines régions comme le Bas-St-Laurent (-7%) et la Côte-Nord (13%) ont un degré d'atteinte très bas, sans parler des régions nordiques.

À la lumière de ces résultats, le Conseil constate qu'il est peu probable que le

objectifs prévus au plan 1993-1996 se réalisent, d'autant plus que certains PREM n'ont pas encore été approuvés par le ministère en date du 1er mai 1995 et que la plupart ne l'ont été qu'à l'automne 1994. Il importe donc de donner un sérieux coup de barre, même dans le cadre du plan actuel.

3.3.2 Un diagnostic des principaux problèmes

Outre les prévisions trop optimistes globalement et dans certaines disciplines concernant l'ajout net de médecins pour la période 1993-1996 et un ajout qui ne correspond pas nécessairement aux besoins exprimés par les régions régionales, lesquels phénomènes ont été abordés par le Conseil aux sections 2 et 3.2, un certain nombre de problèmes expliquent la non atteinte des objectifs.

a) Un processus lourd d'élaboration et d'approbation

D'abord, le processus menant à l'approbation des PREM par le ministère est extrêmement complexe et lourd. Le fait que certains plans n'ont pas encore été approuvés, alors que nous entamons la troisième année du plan triennal, parle par lui-même. Plusieurs facteurs expliquent à notre avis cette lourdeur du processus.

Le ministère a fait connaître tardivement son cadre de référence aux régions régionales. Ces dernières ne possédaient pas à ce moment-là les outils pour établir un portrait des effectifs par établissement sur leur territoire. Elles ne possédaient pas non plus de méthodes d'investigation des besoins en effectifs dans les établissements et de plans d'organisation de services cliniques sur lesquels s'appuyer. Elles avaient de la difficulté à réconcilier les objectifs ministériels avec les priorités des établissements.

De plus, l'élasticité de la période de négociation entre le ministère et les régions concernant les demandes de ces dernières expliquent sans doute une partie du problème. Certaines régions auraient ralenti le processus afin de s'assurer que certaines autres régions avaient la ferme intention de respecter les objectifs qui leur étaient signifiés.

Il faut toutefois constater que le processus d'élaboration pour l'exercice 1993-1996

s'est réalisé avec beaucoup plus de rigueur que pour les exercices précédents. Cela a entraîné bien sûr certains délais. À titre d'exemple, le ministère, en collaboration avec la Conférence des régies régionales, a préparé une formation très bien structurée qui a été d'une grande utilité dans la confection des PREM. De plus, le ministère a développé des outils informatiques de grande qualité permettant de suivre le volume de services médicaux dispensés dans chaque région. Malgré certaines lacunes sous l'angle du suivi des plans, ce système n'en remplit pas moins un rôle très utile. Nous reviendrons plus loin sur cette question. Enfin, il faut noter qu'à l'intérieur même du ministère plusieurs directions générales sont impliquées dans l'évaluation des PREM ainsi que dans leur approbation, sans parler de la nécessaire intégration des autres plans ministériels comme ceux en CLSC et en santé publique.

Recommandation 8:

Prendre les moyens nécessaires pour rendre plus performant le processus d'élaboration et d'approbation des PREM, de façon à ce que l'exercice soit terminé pour le début des périodes couvertes par les prochains plans.

b) Une absence de plans régionaux d'organisation des services cliniques

Dans les spécialités de niveau suprarégional et pour le secteur tertiaire de certaines autres spécialités, il existe présentement des plans nationaux qui remplissent à même fonction que les PROS. Pour le Conseil, ces plans nationaux doivent constituer la base des plans d'effectifs dans ces disciplines.

À l'exception de la santé mentale, il n'existe pas actuellement de véritables plans régionaux d'organisation des services cliniques (PROS). L'existence de tels plans permettrait aux régions d'organiser leurs services en fonction de modèles performants où la notion de complémentarité serait centrale: complémentarité entre les dispensateurs de services mais aussi complémentarité entre les lieux de dispensation, incluant les cabinets privés de médecins.

Cette absence de véritable PROS rend difficile l'identification des besoins et

effectifs selon les différentes disciplines. Elle ne permet pas un déploiement optimal de la main-d'oeuvre. Elle rend périlleux la gestion et le suivi des politiques déterminées centralement.

Il est difficile d'imaginer l'élaboration des PREM sans que cet exercice ne soit davantage supporté par une vision de l'organisation des services cliniques à l'échelon régional. À notre avis, le processus ne doit pas reposer uniquement sur une quantité de médecins à répartir par discipline mais sur une vision de la quantité et de la nature des services à fournir à la population. Dans un tel contexte, l'élaboration de PREM se ferait beaucoup plus harmonieusement.

Recommandation 9:

Appuyer les PREM sur de véritables plans régionaux d'organisation des services cliniques où la notion de complémentarité serait centrale.

c) Une incompatibilité entre le respect des objectifs régionaux et les plans d'organisation des services cliniques des établissements ainsi que leur système de nomination.

Bien qu'il n'existe pas encore de PROS, les établissements sont tenus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* d'élaborer un plan d'organisation de l'établissement. Ce plan doit préciser notamment le nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes, qui peuvent exercer leur profession dans chacun des départements de l'établissement. Ces plans doivent être approuvés par les régies régionales et tenir compte d'éléments comme les objectifs de croissance et de décroissance prévus dans le plan ministériel de répartition des effectifs médicaux (article 184). Il est aussi précisé dans la même loi (article 240) que le conseil d'administration d'un établissement doit, avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin ou d'un dentiste, obtenir l'approbation de la régie régionale lorsque le nombre de médecins prévu au plan d'organisation de l'établissement est atteint ou lorsque ledit plan n'a pas été approuvé par la régie régionale.

Donc, si un départ survient après que le plan d'organisation de l'établissement (qui peut couvrir une période de trois ans) ait été approuvé, celui-ci peut sans aucun

contrainte procéder à son remplacement sans se soucier du degré d'atteinte des objectifs ministériels. Ceci est particulièrement important pour une région en décroissance où tout remplacement devrait être accordé avec parcimonie si l'on veut que les objectifs des PREM soient atteints.

Le phénomène courant des nominations dans plus d'un établissement d'une même région peut aussi rendre difficile l'atteinte des objectifs des PREM. Ainsi, une croissance supérieure aux objectifs régionaux est possible dans le respect intégral de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et des règles de gestion ministérielles. Par exemple, un médecin qui détient des privilèges dans deux établissements (A et B) d'une même région où il est considéré installé dans le premier (A) pourra s'installer dans l'autre (B) où il détient aussi des privilèges. L'établissement A pourra ainsi remplacer le médecin sans obtenir l'approbation de la région régionale. Le résultat net sera un gain pour la région même si le PREM était complet dans cette discipline.

De la même façon, un médecin peut détenir des privilèges dans des établissements de régions différentes (A et B) et peut voir son lieu d'installation changer de régions, selon l'endroit où il exerce la majorité de ses activités (A vers B), sans que la région ne puisse exercer un contrôle dans le respect de ses objectifs. Dans cet exemple l'établissement de la région A pourra recruter sans obtenir l'approbation de sa région régionale, dans la mesure où le plan d'organisation de l'établissement a déjà été approuvé par la région régionale et que le nombre de postes autorisés dans ledit plan n'est pas atteint. De plus, la région B se retrouvera avec un médecin installé de plus.

Par ailleurs, malgré que la loi prévoit que les nominations en sus ou en l'absence de plan d'organisation de l'établissement approuvé doivent être autorisées par les régions régionales, certains établissements ont procédé à plusieurs nominations sans autorisation de la région régionale. En théorie, ces nominations sont nulles et non avenues. Dans les faits, ces médecins exercent dans ces établissements et sont rémunérés par la RAMQ sans encourir de pénalité.

En résumé, il faut assurer une meilleure compatibilité entre le respect des objectifs régionaux et les plans d'organisation des services cliniques des établissements ainsi

que leur système de nomination. Il faut aussi que le ministère se donne les moyens pour faire respecter les plans régionaux d'effectifs médicaux. Même si elles ne sont pas les seules, les deux recommandations suivantes contribueront à notre avis à l'atteinte de ces objectifs.

Cependant, le Conseil tient à souligner que la recommandation 11 ne doit d'aucune façon être perçue comme une formule d'exclusion des médecins du régime d'assurance-maladie et que, par conséquent, les plans d'effectifs médicaux devraient prévoir suffisamment de places pour tous les médecins disponibles. Il ne s'agit donc d'une mesure visant uniquement une meilleure répartition géographique des effectifs médicaux.

Recommandation 10:

Consolider sur une base régionale plutôt que locale l'ensemble des mouvements d'effectifs pour assurer le respect des objectifs de croissance et de décroissance prévus dans les PREM et prendre les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

Recommandation 11:

Rendre la rémunération à la RAMQ d'un médecin obtenant toute nouvelle nomination dans un établissement conditionnelle au respect des plans d'effectifs médicaux et, à cet effet, obtenir l'autorisation de la Régie régionale. Soumettre les cas litigieux entre les médecins et les Régies régionales à un comité dont les fonctions sont décrites à la section 6 du présent avis. Prendre, s'il y a lieu, les mesures législatives ou réglementaires pour parvenir à ces fins.

Par ailleurs, le système actuel de nomination ne permet pas le remplacement et des départs temporaires de médecins au-delà de trois mois. Cette restriction rend les possibilités de remplacement beaucoup moins attrayantes et limite d'autant les ouvertures pour les médecins.

Recommandation 12:

Faire les changements législatifs permettant les nominations temporaires de plus de trois mois pour permettre les remplacements pour congé de maladie, de maternité ou de paternité, d'études ou pour d'autres raisons.

d) L'exclusion des PREM de la pratique en cabinet privé

Depuis leur naissance en 1987, la portée des PREM se limite à la pratique en établissement. Les médecins ayant une pratique exclusive en cabinet privé sont exemptés du processus, à l'exception des médecins omnipraticiens qui ont moins de dix ans de pratique et qui demandent à adhérer à l'entente sur les activités médicales particulières.

Pour le Conseil, le fait que les cabinets privés soient exclus du processus est une lacune qui explique en grande partie les succès plutôt mitigés des plans de répartition. Cela met en effet une grande pression sur les établissements puisque l'atteinte des objectifs repose uniquement sur eux. Aussi, la plupart des médecins qui ont une pratique exclusive en cabinet privé ne sont pas disponibles pour les autres régions. Avec un tel système, une région ayant un objectif de décroissance pourrait atteindre ses objectifs en établissement tout en augmentant son effectif globalement. L'accessibilité totale ayant augmenté en raison de l'ajout incontrôlé en cabinet privé, cette région se verrait signifier des objectifs encore plus élevés de décroissance, lesquels objectifs seraient toujours assumés en totalité par les établissements.

De plus, cette exclusion ne favorise pas une complémentarité entre les différents lieux de pratique, lequel objectif est souhaitable notamment dans le contexte de la reconfiguration du réseau. Or, le rôle fondamental que sont appelés à jouer les cabinets privés dans les services de première ligne mérite une attention particulière. La prise en compte des cabinets privés assurerait une meilleure cohésion fonctionnelle. Il faut donc que les cabinets privés fassent partie intégrante du processus de planification et de répartition des médecins.

Recommandation 13:

Inclure les cabinets privés dans les prochains plans d'effectifs médicaux par

souci d'efficacité et d'équité et que la régie régionale voit à ce qu'ils jouent leur rôle en complémentarité avec les autres lieux de dispensation, de façon à assurer une plus grande cohésion du réseau.

Pour exercer un véritable contrôle sur l'installation en cabinet privé, il n'existe à notre avis qu'un seul moyen, soit la facturation à la RAMQ. De la même façon que pour les établissements (recommandation 11), un contrôle devrait s'exercer sur les nouvelles installations en cabinet privé dans le contexte de leur prise en compte dans les plans d'effectifs médicaux.

Recommandation 14:

Rendre la rémunération à la RAMQ d'un médecin qui désire s'installer en cabinet privé conditionnelle au respect des plans d'effectifs médicaux et, à cet effet, obtenir l'autorisation de la régie régionale. Soumettre les cas litigieux entre les médecins et les régies régionales à un comité dont les fonctions sont décrites à la section 6 du présent avis. Prendre, s'il y a lieu, les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

e) Des mécanismes de gestion inadéquats

Le suivi des PREM est un exercice très complexe qui demande une attention particulière. Les médecins exercent souvent dans plus d'un établissement à l'intérieur de la même région ou dans des régions différentes. Les médecins sont mobiles et leur lieu d'installation (I) peut varier d'un trimestre à l'autre.

Pour suivre ces mouvements, il faut donc un système de gestion en temps réel qui soit performant. Même s'il est très utile, le système actuel basé sur les statistiques de la RAMQ concernant la rémunération des médecins ne peut remplir totalement ce rôle. Ce système est basé sur des données anonymes et permet de connaître les mouvements des médecins *a posteriori*. Il existe donc un décalage important entre les mouvements et la connaissance de ces mouvements. Le fait de traiter l'information sur une base anonyme empêche les régies régionales de suivre et même d'anticiper les changements au statut d'un médecin dans un établissement. Dans ce contexte, il est extrêmement difficile, voire impossible, d'assurer une gestion serrée

des PREM.

Le Conseil croit aussi que le ministère devrait être tenu au courant, sur une base trimestrielle, du degré d'atteinte des plans. Ce suivi serré permettrait au ministère de corriger le tir au besoin par des mesures appropriées.

Recommandation 15:

Développer un mécanisme plus performant de gestion des PREM pour les régions régionales, en utilisant de l'information sur une base nominative, et assurer un suivi trimestriel des PREM par le ministère de façon à pouvoir intervenir rapidement en cas de non atteinte des objectifs. Prendre les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

La section 3 a permis d'expliquer la perception du Conseil en regard des principaux problèmes rencontrés lors de l'élaboration, l'approbation et le suivi du plan ministériel de répartition et des PREM. Des éléments de solution ont aussi été apportés de façon à améliorer les prochains exercices de répartition. Cependant, certains aspects plus indirects demandent à notre avis une attention particulière. Le Conseil s'y attardera dans les prochaines sections.

4. LE FRACTIONNEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Le système de nomination basé sur la notion d'individus limite à notre avis les possibilités de fractionnement du temps de travail. La libération de postes «équivalents temps plein» pourrait être accélérée en favorisant cette option. Il semble en effet que plusieurs médecins souhaiteraient réduire leur niveau d'activités si une telle possibilité leur était offerte. Dans le contexte actuel, le ministère devrait envisager cette ouverture, ce qui permettrait de libérer un certain nombre de places notamment pour les finissants et pour les médecins de retour des régions éloignées.

Pour assurer la cohérence avec la méthodologie du plan de répartition, une telle formule devrait être établie sur une base d'équivalent temps plein (ETP), ce qui implique un contrôle

sur le niveau de facturation à la RAMQ. La base du calcul pour la rémunération de la fraction du temps de travail pourrait être le revenu moyen de la discipline ou le plafond négocié dans le cadre des ententes.

La formule de fractionnement du temps de travail devrait dans un premier temps être offerte sur la base d'un projet-pilote aux médecins désirant amorcer une préretraite ainsi qu'aux médecins ayant une incapacité partielle permanente. Les faibles possibilités de réversibilité de la décision des médecins dans ces circonstances facilitent son application.

Pour déterminer les candidats admissibles à la préretraite, le ministre pourrait s'inspirer des formules habituelles qui prennent en considération les facteurs d'âge et de nombre d'années de pratique. Advenant qu'un médecin bénéficiant de cette formule change d'avis et décide de revenir à la pratique à temps plein, il devrait présenter sa demande à la commission médicale régionale. En cas de litige, son cas pourrait être étudié par le «comité national sur la main-d'oeuvre médicale» décrit à la section 6 du présent avis.

Éventuellement, le fractionnement du temps de travail pourrait être envisagé pour d'autres groupes de médecins, même si, à prime abord, sa réalisation sur une grande échelle présente des difficultés considérables, en raison notamment du contrôle à exercer sur le niveau de facturation, de la planification des effectifs et du fonctionnement du système.

Recommandation 16:

Envisager le remplacement de médecins qui voudraient réduire leur prestation de services pour certaines raisons déterminées en favorisant le fractionnement du temps de travail, avec un contrôle en conséquence sur le niveau de rémunération à la RAMQ. Prendre, s'il y a lieu, les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

Recommandation 17:

Offrir, dans le cadre d'un projet-pilote, cette possibilité aux médecins désirant prendre une préretraite et aux médecins ayant une incapacité partielle permanente.

Pour le Conseil, il est évident que ces deux dernières recommandations s'inscrivent dans le contexte actuel de la rémunération à l'acte. Si des modifications majeures au mode de

rémunération survenaient, la formule devrait être ajustée en conséquence.

5. DES BESOINS À PUBLICISER AUPRÈS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET DES RÉSIDENTS ET DES RÉORIENTATIONS À ENVISAGER

L'amélioration de la prise en compte des besoins régionaux dans les politiques de main d'oeuvre médicale, de même que le renforcement des plans d'effectifs médicaux dans le contexte de la reconfiguration actuelle du réseau, aura un impact très important sur les besoins par discipline. Il est impérieux que les personnes concernées au premier chef par ces changements soient mises au courant des implications sur leur choix de carrière.

Même si les étudiants en médecine et les résidents sont représentés à la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical* et qu'ils ont ainsi un accès à l'information, le Conseil est d'avis que des efforts plus systématiques doivent être envisagés pour mieux les informer sur les besoins et les possibilités de carrière.

Chaque étudiant en médecine, avant de choisir son orientation à l'étape de la résidence devrait avoir accès à une information personnalisée sur les besoins régionaux et les possibilités de carrière. Les résidents qui s'inscrivent dans les tronc communs de médecine et de la chirurgie devraient aussi connaître les ouvertures avant de choisir définitivement leur spécialité.

Recommandation 18:

Développer une formule personnalisée pour informer les étudiants en médecine et les résidents sur les besoins régionaux à venir, de façon à ce qu'ils puissent exercer un choix de carrière judicieux en accord avec les besoins de la population.

Malgré la présence d'une telle formule, il n'y aura probablement jamais une adéquation parfaite entre les besoins régionaux et l'ajout de médecins issu des politiques de main d'oeuvre. Le temps de formation, ainsi que les priorités des régions à des moments déterminés, rendront toujours l'exercice imparfait.

Il faudra donc envisager une réorientation de résidents qui terminent leur formation dans certaines spécialités vers des spécialités plus en demande, afin que ces derniers puissent

exercer leur profession dans le cadre du régime public d'assurance-maladie.

Recommandation 19:

Envisager une formule permettant de réorienter les finissants qui ne peuvent trouver un poste dans leur discipline vers des spécialités plus en demande dans les régions.

6. UNE CERTAINE MOBILITÉ INTERRÉGIONALE À ASSURER ET DES SITUATIONS DE CRISE À GÉRER

La mobilité interrégionale des effectifs médicaux constitue déjà un problème actuellement, plus particulièrement celle des régions éloignées vers les régions universitaires. À notre avis, la reconfiguration du réseau, avec les possibilités de fermetures d'hôpitaux et de fermeture de lits, ainsi que le renforcement des plans d'effectifs, accentueront les problèmes de mobilité des médecins. Par ailleurs, malgré la meilleure planification qui soit, de situations de crise surviendront de façon épisodique. Dans un cas comme dans l'autre, il faut donc trouver un mécanisme permettant de solutionner rapidement les problèmes.

Présentement, malgré les dispositions de l'article 377 cité plus tôt, les médecins qui ont exercé pendant trois ans en région peuvent obtenir, en vertu d'une règle de gestion approuvée par la Table de concertation, un poste en établissement dans une région universitaire, même si tous les postes prévus au PREM sont comblés. On parle alors d'un surplus temporaire que la région régionale doit résorber dans les meilleurs délais. Dans les faits, ce mécanisme contribue à la non atteinte des objectifs. Par ailleurs, le médecin utilisant le mécanisme actuel n'a pas nécessairement le choix de l'établissement dans la région de destination. Il peut se voir offrir un poste dans un établissement dont la vocation ne correspond pas toujours à ses aspirations, même si on cherche à lui offrir un poste dans un établissement équivalent.

Le Conseil croit qu'il est prioritaire de développer un mécanisme crédible permettant aux médecins ayant exercé pendant un certain nombre d'années dans une région une chance raisonnable de s'installer dans une autre région, fût-elle universitaire.

Dans le contexte actuel de changement, il faudrait à notre avis mettre sur pied un comité national sur la main-d'oeuvre médicale qui regrouperait les deux fédérations médicales (FMOQ, FMSQ), la Conférence des régions régionales et le ministère. Certains organismes comme les universités et les fédérations représentant les étudiants et les résidents en médecine se joindraient au comité lorsque des questions les touchant seraient à l'ordre du jour. Le Collège des médecins du Québec serait d'office présent au comité lorsque des questions touchant la qualité professionnelle seraient mises en jeu. Pour le Conseil, il est très important que les médecins soient associés à la gestion du processus.

Tout en respectant les prérogatives des CMDP et des conseils d'administration des établissements, ce comité aurait entre autres la responsabilité de suivre les nouvelles nominations et d'assurer la circulation de l'information sur les postes disponibles et sur ceux qui le deviendront à brève échéance. Il aurait aussi la responsabilité de conseiller les médecins qui éprouvent des difficultés à se trouver un poste. Il pourrait aussi prendre en charge le volet réorientation des finissants expliqué à la section précédente. Il aurait à trancher les litiges qui pourraient se présenter entre les régions régionales et les médecins qui désirent obtenir une nouvelle nomination. Dans cette éventualité, ce comité aurait la responsabilité de recommander à la RAMQ de rémunérer ou non un médecin. Enfin, il pourrait s'occuper des cas de médecins qui se sont prévalus de la formule de préretraite et qui voudraient reprendre du service à temps plein. Les décisions de ce comité seraient exécutoires sans nier aux parties concernées la possibilité d'appel auprès de la Commission des affaires sociales.

Pour le Conseil, le «comité national sur la main-d'oeuvre médicale» devrait examiner de façon prioritaire les problématiques soulevées par les situations suivantes:

- les médecins qui perdent leur poste en raison de la réorganisation en cours;
- les médecins qui désirent changer de lieux de pratique dans une même région;
- les médecins de retour des régions éloignées;
- les médecins qui veulent changer de région d'installation;

- les finissants qui ont de la difficulté à se trouver un poste.

À notre avis, il est nécessaire de développer une structure assez formelle pour assurer la viabilité du processus. La formule du groupe de travail ou du comité restreint pourrait jouer adéquatement ce rôle. Cependant, il faudrait que ce mécanisme soit transparent et qu'il fonctionne selon des règles bien établies pour éviter toute possibilité de favoritisme ou de discrimination.

Recommandation 20:

Développer un mécanisme, regroupant les deux fédérations médicales (FMOQ, FMSQ), la Conférence des régions régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux dont le mandat consisterait entre autres à suivre les nouvelles nominations; à assurer la circulation de l'information sur les postes disponibles et sur ceux qui le deviendront à brève échéance; à prendre en charge le mécanisme de réorientation des finissants; à conseiller les médecins qui éprouvent des difficultés à se trouver un poste suite aux changements actuels dans le réseau et aux conséquences de l'application rigoureuse des plans d'effectifs médicaux; à arbitrer les litiges entre les médecins et les régions régionales quant aux nouvelles nominations à faire en vertu des plans; et le cas échéant, à donner l'autorisation à la RAMQ de rémunérer ou non un médecin; à trouver des solutions pour les médecins qui se sont prévalus de la formule de préretraite et qui voudraient reprendre du service à temps plein, le tout dans le respect des plans d'effectifs médicaux. Inviter les universités et les fédérations représentant les étudiants en médecine et les résidents à se joindre au comité lorsque des questions les touchant seraient à l'ordre du jour. Demander au Collège des médecins du Québec d'être d'office présent lorsque des questions de qualité professionnelle sont mises en jeu. Prendre les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

7. CONCLUSION

Après l'avis sur le modèle de projection de l'offre et la demande de services médicaux, il était important pour le Conseil d'examiner le deuxième volet de la démarche de planification et de répartition des effectifs médicaux. Pour ce deuxième volet, le Conseil a choisi d'examiner d'abord les plans d'effectifs médicaux puisqu'il s'agit sans doute de la

principale mesure de répartition.

Le présent avis a permis de décrire et d'analyser les principales étapes allant de la confection à l'application et au suivi du plan ministériel de répartition. En cours de route, le Conseil a formulé des recommandations qui, espère-t-il, permettront d'améliorer le plan ministériel de répartition et son véhicule opérationnel, les plans régionaux d'effectifs médicaux.

Même si cet avis anticipe plusieurs changements dans le système de santé et propose des recommandations en conséquence, nous tenons à souligner qu'il s'inscrit dans le cadre de la prépondérance actuelle du mode de rémunération à l'acte. Si par exemple des modifications majeures au mode de rémunération survenaient, certaines d'entre elles devraient être ajustées pour en tenir compte.

Dans les prochains mois, le Conseil examinera les mesures incitatives de répartition. Nous évaluerons notamment de quelle façon les différentes mesures incitatives peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs des plans d'effectifs médicaux.

8. LISTE DES RECOMMANDATIONS

Le Conseil médical du Québec recommande:

- 8.1 D'améliorer cette démarche de planification à deux volets en tenant compte notamment des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* et en faisant en sorte que les deux volets de la démarche soient plus complémentaires et bien intégrés, de façon à assurer une meilleure adéquation entre les besoins exprimés par les régions et l'ajout de médecins résultant des politiques nationales de main-d'oeuvre médicale.**
- 8.2 De maintenir les objectifs d'équité et d'accessibilité en favorisant l'installation des médecins dans la région de résidence des bénéficiaires en omnipratique et dans les spécialités de niveaux local et régional, du moins pour les services de niveaux primaire et secondaire.**
- 8.3 D'approfondir davantage la notion de masse critique et évaluer la capacité**

des différentes régions à recevoir des effectifs additionnels et de nouvelles clientèles, en tenant compte des infrastructures en place et des changements anticipés dans ce secteur.

- 8.4 De raffiner la méthodologie pour tenir davantage compte de la constitution d'équipes médicales viables, de l'effet de la dispersion des établissements et de la population sur le territoire des régions éloignées, intermédiaires et périuniversitaires, en omnipratique et dans les spécialités de niveau local.
- 8.5 D'assurer une meilleure compatibilité entre les objectifs du plan de répartition et les objectifs du plan d'organisation des services médicaux en CLSC en mettant l'accent sur la notion de complémentarité entre les différents lieux de dispensation, plus particulièrement les cabinets privés.
- 8.6 De raffiner la méthode d'estimation de l'ajout net et de la composition de cet ajout par discipline, pour tenir davantage compte des changements récents plus particulièrement dans les politiques d'entrées en résidence.
- 8.7 De présenter des objectifs de croissance et de décroissance par spécialité et limiter les possibilités de transferts pour minimiser les risques que les choix régionaux soient trop discordants avec l'ajout brut de médecins par discipline.
- 8.8 De prendre les moyens nécessaires pour rendre plus performant le processus d'élaboration et d'approbation des PREM, de façon à ce que l'exercice soit terminé pour le début des périodes couvertes par les prochains plans.
- 8.9 D'appuyer les PREM sur de véritables plans régionaux d'organisation des services cliniques où la notion de complémentarité serait centrale.
- 8.10 De consolider sur une base régionale plutôt que locale l'ensemble des mouvements d'effectifs pour assurer le respect des objectifs de croissance et de décroissance prévus dans les PREM et de prendre les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

- 8.11 De rendre la rémunération à la RAMQ d'un médecin obtenant toute nouvelle nomination dans un établissement conditionnelle au respect des plans d'effectifs médicaux et, à cet effet, obtenir l'autorisation de la régie régionale. De soumettre les cas litigieux entre les médecins et les régies régionales à un comité dont les fonctions sont décrites à la section 6 du présent avis. De prendre, s'il y a lieu, les mesures législatives ou réglementaires pour parvenir à ces fins.**
- 8.12 De faire les changements législatifs permettant les nominations temporaires de plus de trois mois pour permettre les remplacements pour congé de maladie, de maternité ou de paternité, d'études ou pour d'autres raisons.**
- 8.13 D'inclure les cabinets privés dans les prochains plans d'effectifs médicaux par souci d'efficacité et d'équité et que la régie régionale voit à ce qu'ils jouent leur rôle en complémentarité avec les autres lieux de dispensation, de façon à assurer une plus grande cohésion du réseau.**
- 8.14 De rendre la rémunération à la RAMQ d'un médecin qui désire s'installer en cabinet privé conditionnelle au respect des plans d'effectifs médicaux et, à cet effet, obtenir l'autorisation de la régie régionale. De soumettre les cas litigieux entre les médecins et les régies régionales à un comité dont les fonctions sont décrites à la section 6 du présent avis. De prendre, s'il y a lieu, les mesures législatives ou réglementaires permettant de parvenir à ces fins.**
- 8.15 De développer un mécanisme plus performant de gestion des PREM pour les régies régionales, en utilisant de l'information sur une base nominative, et assurer un suivi trimestriel des PREM par le ministère de façon à pouvoir intervenir rapidement en cas de non atteinte des objectifs. Prendre les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.**
- 8.16 D'envisager le remplacement de médecins qui voudraient réduire leur prestation de services pour certaines raisons déterminées en favorisant le fractionnement du temps de travail, avec un contrôle en conséquence sur le**

niveau de rémunération à la RAMQ. De prendre, s'il y a lieu, les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.

- 8.17 D'offrir, dans le cadre d'un projet-pilote, cette possibilité aux médecins désirant prendre une préretraite et aux médecins ayant une incapacité partielle permanente.**
- 8.18 De développer une formule personnalisée pour informer les étudiants en médecine et les résidents sur les besoins régionaux à venir, de façon à ce qu'ils puissent exercer un choix de carrière judicieux en accord avec les besoins de la population.**
- 8.19 D'envisager une formule permettant de réorienter les finissants qui ne peuvent trouver un poste dans leur discipline vers des spécialités plus en demande dans les régions.**
- 8.20 De développer un mécanisme, regroupant les deux fédérations médicales (FMOQ,FMSQ), la Conférence des régies régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux dont le mandat consisterait entre autres à suivre les nouvelles nominations; à assurer la circulation de l'information sur les postes disponibles et sur ceux qui le deviendront à brève échéance; à prendre en charge le mécanisme de réorientation des finissants; à conseiller les médecins qui éprouvent des difficultés à se trouver un poste suite aux changements actuels dans le réseau et aux conséquences de l'application rigoureuse des plans d'effectifs médicaux; à arbitrer les litiges entre les médecins et les régies régionales quant aux nouvelles nominations à faire en vertu des plans; et le cas échéant, à donner l'autorisation à la RAMQ de rémunérer ou non un médecin; à trouver des solutions pour les médecins qui se sont prévalus de la formule de préretraite et qui voudraient reprendre du service à temps plein, le tout dans le respect des plans d'effectifs médicaux. D'inviter les universités et les fédérations représentant les étudiants en médecine et les résidents à se joindre au comité lorsque des questions les**

touchant seraient à l'ordre du jour. De demander au Collège des médecins du Québec d'être d'office présent lorsque des questions de qualité professionnelle sont mises en jeu. De prendre les mesures législatives ou réglementaires permettant d'y parvenir.