

## FUTURS CHÔMEURS?

«Des étudiants qui amorcent leur résidence aujourd’hui n’ont plus la certitude qu’ils pourront trouver un poste à la sortie de leur...»

**EUGÉNIE EMOND**, journaliste

Pénurie de postes offerts dans certaines spécialités médicales, système d’embauche kafkaïen et problèmes récurrents d’accessibilité aux soins... Les étudiants et les résidents en médecine sonnent l’alarme. Serait-ce trop exiger d’assurer un poste de pratique à chacun des résidents à la fin de ses études ? interrogent-ils en chœur. Avec autant de cerveaux penchés sur la planification des effectifs médicaux, un ministère de la Santé et des Services sociaux omnipotent qui contrôle les valves à l’entrée des facultés de médecine comme à la sortie, comment se fait-il que le nombre de résidents finissants ne corresponde pas au nombre de postes offerts ?

Un matin de mai, Andréanne Larose\* m’accorde une entrevue téléphonique entre deux rendez-vous. À 32 ans, cette diplômée s’apprête à célébrer cette année la fin de ses études en médecine dans une université québécoise. Mais plutôt que de commencer sa résidence dans un hôpital près de chez vous, comme la majorité de ses collègues, Andréanne a choisi un centre hospitalier universitaire de la côte ouest américaine. Après avoir essuyé quelques refus dans des universités canadiennes et en constatant lucidement que ses chances de se trouver un emploi dans une métropole étaient bien minces, elle a pris la première sortie, direction USA. C’est qu’Andréanne a choisi d’être urgentologue. Un point c’est tout. C’est ce qu’elle préfère et c’est ce qu’elle fera coûte que coûte. Peu importe les incitatifs du ministère et des facultés pour l’en dissuader. Peu importe (surtout) les besoins en médecine familiale.

Andréanne a commencé ses études en 2013. À cette époque, on commence à peine à ressentir les effets des décisions prises à la fin des années 90 par le MSSS et la Table de concertation permanente sur la planification de l’effectif médical de doubler les admissions en médecine dans les universités québécoises. De 406 étudiants admis en 1997, on passe à 847 en 2013. On espère ainsi pallier le manque de médecins qui sévit, résultante d’une série de mauvaises décisions, dont les nombreux départs forcés à la retraite en 1997 et la diminution des inscriptions dans les facultés de médecine dans les décennies 1980 et 1990.

Or, bien malin celui qui trouvera la formule infaillible pour prédire exactement le nombre de médecins qu’il faudra former pour répondre aux besoins la population dans la prochaine décennie. Pour arriver à ses fins, cette Table, composée de plusieurs instances, dont le MSSS, les facultés de médecine, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), le Collège des médecins du Québec et d’autres regroupements de médecins, se base sur plusieurs facteurs et effectue de savants calculs. Elle tient compte, par exemple, du vieillissement de la population, du taux d’attrition (départs volontaires) et de la féminisation de la médecine. Au sein de la Table, on exprime son point de vue, on argumente avec le sous-ministre. Le dernier mot revient toutefois au MSSS. Sur papier, le compte est bon, mais derrière les effectifs médicaux se trouvent des humains dont les comportements sont imprévisibles, surtout en cas d’impondérables. « On projette dans le temps avec des données en temps réel et on imagine qu’il n’y a rien qui va changer, explique le Dr Raynald Ferland, représentant de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) à la Table de concertation permanente sur la planification de l’effectif médical. Et l’estimation qu’on a faite peut s’avérer moins juste dix ans plus tard », résume-t-il. Ainsi, le MSSS ne pouvait prédire la crise financière de 2008,

qui allait rétrécir le bas de laine de ses travailleurs autonomes, les gardant en selle quelques années supplémentaires. Pas anticipé non plus que le concept de conciliation travail-famille ferait autant d'adeptes, ou que la féminisation de l'emploi aurait une si grande répercussion sur le nombre de médecins nécessaires. Résultat : des étudiants qui amorcent leur résidence aujourd'hui n'ont plus la certitude qu'ils pourront trouver un poste à la sortie de leur formation. Plusieurs spécialités se retrouvent ainsi saturées ou sur le point de l'être comme l'anesthésiologie, la cardiologie ou la chirurgie.

« Les gens n'ont plus le choix que moi, j'avais dans les années 80, constate le Dr Ferland. Leur stress n'est pas de ne pas travailler, mais de ne pas savoir où, et ça, c'est un phénomène récent. »

Les prédictions des années 2000 sont-elles les seules à blâmer ? Au MSSS, le porte-parole responsable du dossier des effectifs médicaux n'était pas disponible pour nous accorder une entrevue. Le manque de ressources, comme des salles d'opération fonctionnelles avec du personnel infirmier disponible et qualifié, a également été mis en cause depuis quelques années pour expliquer le trop-plein, surtout en chirurgie orthopédique.

Plusieurs dénoncent également le trop grand pouvoir des établissements de santé et de certains groupes de médecins, qui refusent de pourvoir un poste vacant par l'embauche d'un médecin supplémentaire. « Certains médecins affirment ne pas avoir besoin de quelqu'un de plus parce qu'à la fin, ça fait moins d'actes individuels pour eux, et donc moins de revenus », explique le Dr Christopher Lemieux, président de la FMRQ.

## TROP DE SPÉCIALISTES, PAS ASSEZ D'OMNIPRATICIENS

« C'est un symptôme de dysfonctionnement bureaucratique », soulève Damien Contandriopoulos, chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. On est assez sûrs qu'en termes de planification de la main-d'œuvre, on ne fait pas les bons choix, affirme-t-il. Toutes les données suggèrent qu'on devrait avoir à peu près 60 % d'omnipraticiens pour 40 % de spécialistes. » Depuis environ une dizaine d'années, le MSSS demande aux facultés de médecine d'offrir un nombre plus élevé de places en médecine de famille, mais son objectif officiel demeure le même : 55 % des places offertes à l'entrée en résidence doivent être en médecine de famille. Encore cette année, l'objectif n'est pas tout à fait atteint. Les universités ont pourtant mis le paquet pour attirer les étudiants vers cette pratique.

Andréanne fait partie des premières cohortes visées. Au départ, c'est d'ailleurs la médecine familiale qui l'intéressait. Puis est survenu le changement de gouvernement en 2014 et, avec lui, une refonte du système de santé et un accent sur la pratique en cabinet avec des obligations de prise en charge. Assez pour en écœurer plusieurs. « On dirait qu'on se fait organiser », dénonce Andréanne.

Même si les derniers pourparlers entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le gouvernement ont adouci les positions de ce dernier sur la question des urgences et de la place qu'on y réserve aux médecins de famille, la jeune femme ne change pas d'idée. « Le fait que ça puisse changer d'un jour à l'autre, c'est ce qui a aussi influencé ma décision ; il y a trop d'incertitudes », soutient-elle. Les cohortes qui ont commencé leurs études en 2009 et les années suivantes ont certes été chamboulées.

La présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), Jessica Ruel-Laliberté, a vu le stress et l'anxiété monter chez beaucoup de ses confrères et consœurs d'études. « C'est plus le flou qui inquiète, note-t-elle. En tant qu'étudiants, on ne sait pas exactement ce que sera notre pratique plus tard, mais ce qu'on voit, nous, ce sont des superviseurs de stage qui chialent à propos de la loi 20. » Jessica Ruel-Laliberté remet également les pendules à l'heure sur le nombre plus élevé qu'à l'habitude d'étudiants qui entreprendront une résidence en médecine familiale cette année. « Ça a l'air bien beau, mais quand on creuse un peu les statistiques, on se rend bien compte que moins de 25 % des candidats avaient pour premier

choix la médecine familiale », relève-t-elle. Pour nombre d'entre eux, il s'agissait d'un septième ou d'un huitième choix.

« Il y a même des gens qui n'ont pas été jumelés du tout parce qu'ils ne voulaient pas mettre la médecine de famille comme backup ! » ajoute Andréanne. Ces étudiants ont préféré prendre une sabbatique ou faire une année de recherche tant la perspective d'une pratique telle que proposée par le ministère les rebutait.

Louis Godin, président de la FMOQ, ne peut que constater le gâchis. « C'est évident que tout ce qui s'est passé au cours des deux dernières années a touché les efforts qu'on avait fait pour valoriser la médecine familiale et la rendre plus attrayante, remarque-t-il. On l'avait prédit et on le voit cette année. »

## LES PLANS B

Les résidents qui ne se trouvent pas d'emploi et qui attendent qu'on les appelle regardent-ils des séries en rafale sur Netflix pendant ce temps ? Ce n'est pas clair. Difficile d'obtenir des données crédibles, car peu de diplômés assurent un suivi après avoir terminé leur résidence. Et les témoignages sur le sujet se font rares. D'aucuns

craignent les représailles, d'autant plus que la recherche d'emploi comporte son lot de défis. Au bureau de la FMRQ, on constate toutefois une augmentation des appels à propos des fellows kamikazes, ces étudiants qui partent faire, à leurs frais, une formation complémentaire d'un an à l'étranger sans garantie de poste au retour. Ces candidats, souvent endettés, reviennent un an plus tard grossir les rangs des résidents de la cohorte suivante, également en recherche d'emploi. D'autres font des remplacements temporaires, mais l'obtention de ce genre de poste a été grandement restreinte par le ministère. Très rarement, certains se tournent vers la médecine familiale après une résidence en spécialité. D'autres, comme Andréanne, quittent la province pour de meilleurs cieux avant même d'avoir été confrontés au problème. « Je ne pensais pas que ce serait si ardu. Je voulais faire partie de la solution. Mais avec la façon dont le ministre actuel aborde les choses, c'est plus difficile. » Une autre omnipraticienne spécialisée en médecine d'urgence nous confiait avoir postulé pour faire de l'aide humanitaire à l'international tant son PREM de dépannage ne lui convenait pas !



## CHÔMEUR : LE MOT TABOU

À la FMRQ, on reconnaît que les gens préfèrent accepter des postes temporaires ou sous-qualifiés, plutôt que de prendre le risque de perdre leurs compétences, mais on a de la difficulté à mesurer le phénomène. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada documente le chômage médical<sup>(1)</sup> depuis 2013, mais toute comparaison entre le Canada et le Québec sur la question des effectifs médicaux s'avère hasardeuse. « Des provinces canadiennes comme l'Ontario ont des politiques de gestion des effectifs beaucoup moins rationnelles, et les Ontariens ont plus de chances qu'au Québec de partir travailler à l'étranger, explique Damien Contandriopoulos. Il y a des gens qui ont été stressés pendant quelques mois ou qui ont finalement eu un poste dans une région qui n'était pas leur premier choix, mais finalement, des médecins qui se retrouvent chômeurs, ça n'existe pas pour l'instant au Québec. » Autour de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical, on ose à peine prononcer le mot. « C'est dit sur le bout des lèvres, convient le Dr Ferland. Il y a quelques spécialités qu'on a établies comme étant à risque, mais l'engagement actuel du gouvernement est de dire : on n'aura pas de médecins chômeurs, poursuit-il. Si tous les postes étaient pourvus, le ministère pourrait dire : j'ouvre un poste à tel endroit contre le gré des gens qui sont là et qui disent qu'on n'en a pas besoin. »

## DES PISTES DE SOLUTION

En avril dernier, la FMEQ a publié un mémoire demandant, entre autres, qu'on garantisse un poste à chaque résident formé dans la province. Le MSSS et la Table en sont enfin arrivés à la conclusion de baisser les admissions à 17\*\* pour 2018. Petit à petit. Un nombre à revoir à chaque année considérant les formations universitaires des petites spécialités à garder en vie, les départs imminents à la retraite, les effets de la féminisation de la profession qui se poursuivent... et les imprévus. Toutefois, un problème fondamental demeure : cette profession est toujours aussi étroitement liée à des décisions politiques où le rationnel fait

parfois défaut. « C'est malheureusement l'histoire de la profession médicale au Québec », résume le Dr Ferland.

Andréanne est partie le 15 juin dernier. Lorsque vous lirez ces lignes, elle aura amorcé depuis quelques jours sa résidence aux États-Unis. Sur une échelle de 1 à 10, la future urgentologue évalue à 5 ses chances de revenir au Québec. « C'est sûr que j'aimerais revenir, mais à l'heure actuelle, beaucoup trop de choses jouent contre moi. »

## NOUVELLE DONNE DANS LA GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX AU QUÉBEC

Le 25 avril dernier, le MSSS publiait sur son site web une série de nouvelles règles de gestion des effectifs médicaux spécialisés visant à pourvoir durablement les 640 postes vacants éparpillés un peu partout au Québec. Le ministère part du principe que ces règles de gestion ayant été établies dans une période de pénurie d'effectifs médicaux, elles seraient donc obsolètes dans le contexte de saturation actuel. Le MSSS resserre ainsi le contrôle sur l'autorisation de remplacements temporaires. En diminuant le nombre de remplacements, souvent effectués par de nouveaux médecins, il espère rendre disponibles du même coup plusieurs candidats pour pourvoir les postes vacants. Reste à savoir de quelle façon on pourra forcer ces nouveaux médecins à aller s'établir dans une région donnée pour lesquels les nouveaux diplômés sont parfois surqualifiés.

La FMSQ dénonce la mainmise du ministère sur la question des effectifs médicaux. La réorganisation des territoires desservis à la suite de la loi 10 ainsi que les nouvelles règles de gestion obligent désormais les établissements de santé à embaucher des remplaçants provenant d'un territoire donné pour combler ses besoins, ce qui a occasionné plusieurs découvertures. Le cas du manque d'anesthésistes à La Pocatière — une spécialité atteignant pourtant un point de saturation — désormais privée de ses remplaçants en provenance de Montréal, n'est qu'un exemple parmi d'autres.

## OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES : UN FRAGILE ÉQUILIBRE

Au 31 décembre 2016, le Collège des médecins du Québec répertoriait 46,7 médecins de famille pour 51,9 médecins spécialistes. Cette année, au Québec, 51,4 % des nouveaux résidents qui entreprendront leur formation postdoctorale au Québec le 1er juillet le feront en médecine de famille comparativement à 42 % en 2008. Une première. 56 postes de résidence en médecine familiale n'ont toutefois pas été pourvus cette année. Une première également.

Coût de la formation d'un médecin pour la société québécoise\* :

- Un omnipraticien (quatre années de doctorat + deux années de résidence) : 178 196 \$
- Pour un médecin spécialiste 5 ans (quatre années de doctorat + cinq années de résidence/spécialité) : 267 884 \$
- Pour un médecin spécialiste 7 ans (quatre années de doctorat + sept années de résidence/spécialité) : 327 676 \$

\* Source : données fournies par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur selon les paramètres de financement 2016-2017. Les coûts ci-dessus concernent les étudiants québécois seulement.

## LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES SATURÉES

Selon les données colligées par la FMRQ, les spécialités saturées ou à risque de le devenir dans les prochaines années sont les suivantes : anesthésiologie, cardiologie, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, chirurgie générale, chirurgie générale pédiatrique, chirurgie orthopédique, endocrinologie,

gastroentérologie, médecine interne, médecine nucléaire, microbiologie médicale et infectiologie, neurochirurgie, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale, néonatalogie et les soins intensifs pédiatriques.

À titre d'exemples\* :

En chirurgie orthopédique, à la sortie du Plan d'effectifs médicaux (PEM) en 2016 pour l'année 2017, six postes vacants étaient destinés à environ 20 résidents qui avaient commencé leur formation doctorale en 2012. Un total de 14 postes en moins. Le décalage s'explique en grande partie en raison du manque de salles d'opération disponibles.

- En anesthésiologie, 29 postes ont été ouverts pour les 27 finissants.
  - En cardiologie, 20 postes de pratique étaient offerts pour les 22 finissants.
- \*Ces chiffres sont à considérer avec précaution étant donné, notamment, les résidents partis en formation de fellow kamikaze ou en formation complémentaire et qui ne rempliront pas ces postes cette année. Parmi les postes vacants, il faut également considérer les postes « virtuels », qui ont très peu de chances d'être attribués, mais qui sont tout de même affichés. Parmi ceux-ci, on compte notamment :

- Les postes déjà promis à des candidats d'une année précédente.
- Les postes qu'on ne peut attribuer à des médecins par manque de ressources ou parce qu'ils feront partie d'un nouvel établissement ou département en construction.
- Les postes que les établissements ou les groupes de médecins refusent tout simplement d'attribuer.
- Les postes suicide, souvent situés en région, qui font perdre des habiletés aux spécialistes par manque de pratique pertinente.

La FMRQ compte dorénavant assurer un meilleur suivi de ses finissants afin de mieux répertorier leurs parcours postrésidence.

\* Andréanne Larose est un nom fictif.

\*\* Données obtenues le 20 mai 2017, avant de mettre sous presse.

## RÉFÉRENCES

1. Fréchette, D., Hollenberg, D., Shrichand, A., Jacob, C., et Datta, I. (2013). Quelle est la réalité sous-jacente au chômage des spécialistes au Canada ? Trop de médecins ou pas assez ? Constatations de l'enquête du Collège royal sur l'emploi. Ottawa, Canada : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
2. FMEQ. Les effectifs médicaux au Québec : Un médecin pour chacun et une place pour chaque médecin – Mémoire produit à l'occasion de la journée d'action politique 2017 de la FMEQ le 3 avril 2017 : <http://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2016/03/M%C3%A9moire-sur-la-gestion-des-effectifs-m%C3%A9dicaux.pdf>
3. Direction du soutien à l'organisation clinique et de la gestion des effectifs médicaux, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gestion des effectifs médicaux spécialisés, 25 avril 2017 ; [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/medecine-specialisee/prem/documents/17-943-02W\\_regles-gestion.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/medecine-specialisee/prem/documents/17-943-02W_regles-gestion.pdf)