

NOTES POUR UN DISCOURS DU

D^r Albert J. Schumacher
Président
Association médicale canadienne

LES DIPLÔMÉS DE FACULTÉS DE MÉDECINE ÉTRANGÈRES

Présenté au Comité permanent de la
citoyenneté et de l'immigration

Ottawa (Ontario)
Le 17 février 2005

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

*A healthy population... a vibrant medical profession
Une population en santé... une profession médicale dynamique*



Bonjour, je suis le D^r Albert Schumacher, président de l'Association médicale canadienne (AMC) et médecin de famille de Windsor (Ontario). Le D^r Todd Watkins, lui aussi médecin de famille et directeur du Bureau des services professionnels de l'AMC, m'accompagne aujourd'hui.

On estime que quelque 4,5 millions de Canadiens ont eu de la difficulté à trouver un médecin de famille et que plus de 3 millions n'ont pas d'accès régulier à un médecin. La longueur des listes d'attente pour ceux qui ont besoin de services de consultation, de diagnostic spécialisé et de traitement, signifie qu'il y a pénurie de spécialistes.

Y compris les périodes de garde, les médecins du Canada travaillent en moyenne de 70 à 80 heures par semaine. Sur les 21 000 médecins et plus consultés par le Sondage national auprès des médecins, dont les résultats ont été dévoilés récemment, plus du quart ont déclaré prévoir réduire la durée de leur semaine de travail d'ici à deux ans. Soixante pour cent des médecins de famille limitent le nombre de nouveaux patients qu'ils acceptent ou ont fermé leur pratique aux nouveaux patients.

Par ailleurs, les médecins du Canada ont en moyenne 48 ans et 32 % ont 55 ans ou plus. Près de 4000 médecins pourraient prendre leur retraite d'ici à deux ans.

Une «tempête parfaite» s'annonce dans les ressources humaines de la santé au Canada.

Le message que j'espère vous laisser aujourd'hui, c'est que la présence précieuse des diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) dans nos effectifs médicaux doit s'inscrire dans un plan pancanadien coordonné visant le double impératif de politiques d'immigration équitables et de politiques qui, à court, moyen et long termes, garantiront une plus grande autosuffisance du Canada sur les plans de l'éducation et de la formation des médecins.

Je vais concentrer mon propos d'aujourd'hui sur trois éléments :

Premièrement, je dissiperai certains des mythes qui règnent au sujet des DFME au Canada; deuxièmement, j'insisterai sur le besoin d'accroître la capacité de l'infrastructure d'éducation et de formation en médecine au Canada; enfin, je mettrai l'accent sur l'importance d'une norme nationale régissant l'octroi du permis d'exercice.

Mythes

Quelques mythes abondent au sujet des DFME au Canada. S'il faut en croire ce qu'on lit ou entend dans les médias, on pourrait en conclure qu'il est à peu près impossible pour des diplômés de facultés de médecine étrangères de commencer à exercer la médecine au Canada. Rien ne pourrait être plus loin de la vérité.

Le mois dernier, près du quart des médecins oeuvrant dans notre système de santé avaient obtenu leur diplôme en médecine à l'étranger. Ce pourcentage a diminué de 2 % seulement depuis les années 1960. Selon les estimations, le Canada accueille chaque année 400 DFME qui arrivent avec un permis d'exercice et un emploi arrangé d'avance. C'est très simple : notre système de santé ne pourrait fonctionner sans les contributions cruciales de diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) qualifiés.

Beaucoup de DFME ont aussi accès au système de formation postdoctorale au Canada. En décembre 2004, on comptait, en première année de résidence postdoctorale, 316 DFME qui étaient citoyens canadiens ou résidents permanents, ce qui représente 15 % du nombre total des résidents de première année.

Au cours des dernières années, quelques provinces seulement ont augmenté considérablement les possibilités d'évaluer les compétences spécialisées cliniques des DFME et de leur donner de la formation supplémentaire et des possibilités d'exercer.

Il y a deux fois de semaine à peine, quelque 550 DFME ont participé à l'évaluation clinique des DFME que la province de l'Ontario a organisée à quatre facultés de médecine de la province, ce qui permettra à quelque 200 DFME d'obtenir leur permis d'exercice en Ontario. D'autres provinces ont des programmes semblables.

Je signale que les initiatives du gouvernement fédéral que l'honorable Hedy Fry a annoncées en mars 2004 ont aidé énormément à diffuser de l'information au sujet des exigences imposées à l'exercice de la médecine au Canada et à les faire mieux connaître. On a affecté quelque 3 millions de dollars annoncés à l'époque pour aider les provinces et les territoires à évaluer les DFME, ce qui ajoutera dans le système au moins 100 médecins formés à l'étranger.

Je suis persuadé que sa collaboration continue avec les milieux médicaux entraînera des changements positifs.

Le Canada a-t-il donc fermé ses frontières aux DFME? Pas du tout. Peut-on faire davantage pour instaurer l'équité? Certainement.

Capacité

Je ne saurais insister suffisamment sur la nécessité d'augmenter la capacité du système de formation médicale prédoctorale et postdoctorale au Canada.

Certains croient que la façon la plus rapide et la moins coûteuse de répondre à nos besoins en médecins consiste simplement à recruter des diplômés en médecine de l'étranger. À court terme, c'est là un élément important de la solution, mais qui ne remplace toutefois pas une solution «canadienne» à long terme.

Comme politique à long terme, cette solution oublie que les pays où nous braconnons ces DFME n'ont vraiment pas les moyens de les perdre.

Comme pays, nous ne faisons tout simplement pas notre part pour éduquer et former les médecins de demain. Comme mon prédécesseur, le D^r Sunil Patel, l'a dit au Comité en avril dernier, en 2002, on comptait à peu près 6,5 places en première année de médecine pour 100 000 habitants au Canada – c'est à peine plus de la moitié du taux du Royaume-Uni, qui s'établit à 12,2 pour 100 000. L'AMC a recommandé pour 2007 un objectif de 2500 places en première année de médecine et nous tendons pour le moment vers 2300.

En comptant excessivement sur les DFME, on n'apprécie pas le rôle crucial que jouent les centres universitaires des sciences de la santé au Canada. Ces établissements ont une triple mission d'enseignement, de recherche et de prestation d'un volume important de soins aux patients. Ces trois composantes sont liées inextricablement.

L'expansion de la capacité sera bénéfique à la fois pour les Canadiens qui souhaitent faire des études en médecine et pour les DFME. En 2004, par exemple, sur les 657 DFME qui ont participé au deuxième cycle du jumelage des résidents, 87 ou 13 % seulement ont réussi à obtenir une place en résidence.

Nous devons accroître la capacité dans les centres universitaires des sciences de la santé mêmes, mais nous devons aussi recruter et appuyer des enseignants cliniciens dans la communauté, ce qui est crucial, particulièrement dans le cas des programmes d'évaluation des DFME que l'on commence à mettre en œuvre.

Le plus important, toutefois, c'est qu'une amélioration de l'infrastructure d'éducation et de formation aidera à répondre aux besoins futurs des Canadiens dans le domaine de la santé.

Le but énoncé dans l'Accord des premiers ministres de 2004 précisait que l'on affecterait 250 millions de dollars par année, de 2009-2010 jusqu'en 2013-2014, «principalement pour la formation et le recrutement de ressources humaines de la santé». Le projet de loi C-39, déposé récemment pour mettre en œuvre les dispositions du plan de 10 ans en créant le Fonds de réduction des temps d'attente, n'est toutefois pas à la hauteur de ce que les Canadiens attendent et méritent. On précise spécifiquement que l'argent en question peut servir à de multiples fins.

Si l'on ne reconnaît pas la pénurie critique de professionnels de la santé en affectant des budgets précis au problème maintenant, il se pourrait que les investissements promis pour améliorer les ressources humaines de la santé ne se concrétisent jamais. Il sera tentant de continuer à compter sur des politiques du «chacun pour soi». Le Canada peut et doit toutefois faire mieux pour s'autosuffire.

L'importance d'une norme nationale

Comme organisation nationale qui représente les médecins du Canada, nous sommes certainement intéressés à collaborer avec les gouvernements pour assurer que les Canadiens ont accès aux soins de santé quand ils et elles en ont besoin.

L'AMC a un rôle à jouer dans l'éducation en médecine et en santé sur le plan de l'agrément de la formation médicale prédoctorale et des programmes de formation de quelque 15 disciplines de la santé.

L'AMC n'est toutefois pas un organisme de réglementation. Nous n'accordons pas de titres ni de permis d'exercice aux médecins. La réglementation d'un médecin relève de la compétence des ordres provinciaux et territoriaux et ce sont le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins du Québec qui décernent des titres professionnels.

Si la médecine a une leçon à offrir à d'autres professions et secteurs d'activité, cette leçon réside dans la valeur d'une norme nationale. Même si la Constitution confie la responsabilité de la santé aux provinces et aux territoires, la profession médicale a pu instaurer une norme nationale sur l'admissibilité transférable au permis d'exercice d'un bout à l'autre du Canada. Depuis 1992, on obtient le permis d'exercice pour l'ensemble des provinces et des territoires, sauf le Québec, en réussissant les deux volets de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada et en obtenant la certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Les procédures en vigueur au Québec sont très semblables.

L'application de la norme donne certes lieu à interprétation, mais elle a certainement assuré une transparence et une uniformité importantes quant aux exigences auxquelles il faut satisfaire pour pratiquer la médecine au Canada.

Cette norme ne favorise pas seulement la concordance entre les programmes offerts par nos 16 (et bientôt 17) facultés de médecine : elle sert aussi de base à une évaluation de programmes internationaux. À cet égard, l'Institute for International Medical Education a une base de données qui contient de l'information sur plus de 1800 facultés de médecine de 165 pays.

Conclusion

Au cours des audiences prébudgétaires de l'automne dernier, j'ai présenté au Comité permanent des finances notre plan d'attaque pour contrer les pénuries de ressources humaines de la santé.

Comme c'était alors le cas, les DFME constituent un élément crucial du plan de l'AMC qui repose sur la croyance selon laquelle le Canada doit adopter une politique d'autosuffisance plus grande dans la formation des médecins. Pour y parvenir, il faut :

- accroître les possibilités qui s'offrent aux Canadiens de faire des études en médecine au Canada;
- améliorer les possibilités offertes aux médecins actifs de retourner suivre une formation supplémentaire;
- élaborer des stratégies afin de garder les médecins en pratique et de les garder au Canada;
- accroître les possibilités offertes aux DFME résidents permanents et citoyens du Canada d'avoir accès à une formation postdoctorale débouchant sur le permis d'exercice ou la certification et la pratique de la médecine au Canada.

Il faut établir un équilibre entre ces impératifs et un besoin d'équité. L'équité nécessaire pour assurer à ceux et celles qui ont besoin d'une formation médicale plus poussée de l'obtenir. L'équité envers les jeunes Canadiens et Canadiennes qui méritent une chance de faire carrière en médecine.

Je vous remercie de cette occasion d'entreprendre un dialogue avec les membres du comité et j'ai hâte de répondre à vos questions. Merci.

Plan de l'AMC sur les diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME)

On pourrait en fait dire que la politique du Canada sur les effectifs de la santé est une politique «d'inféodation» à la fois au Canada – entre provinces et territoires – et sur la scène internationale. Pour ce qui est de la façon possible d'intégrer les DFME dans un tel plan, l'AMC recommande des stratégies à court, moyen et long termes.

Pour aller de l'avant avec un tel plan, une première étape cruciale consisterait à convoquer une table ronde semblable au récent groupe de travail sur les DFME qui s'attaquerait à l'éventail complet des enjeux de la population active et compterait des représentants des organisations médicales nationales et des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral.

Dans l'immédiat

Les DFME peuvent actuellement avoir accès à une formation médicale postdoctorale en réussissant l'Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC) et en présentant ensuite leur candidature au deuxième cycle du jumelage annuel effectué par le Service canadien de jumelage des résidents (SCJR), ou à un des programmes spéciaux que certaines facultés de médecine du Canada offrent aux DFME.

Dans l'immédiat, l'AMC recommande que le gouvernement fédéral fournisse un financement suffisant pour offrir des postes de formation supplémentaires à un certain nombre des quelque 700 DFME et plus qui pourraient entreprendre sur-le-champ une formation postdoctorale en résidence. Un tel financement pourrait aussi permettre l'évaluation détaillée de DFME désignés dans plusieurs niveaux de compétence. L'AMC appuie aussi vivement l'initiative du Conseil médical du Canada (CMC) qui a lancé un projet pilote pour l'administration électronique à l'étranger de l'EECMC. Les 4 millions de dollars que le D^r Hedy Fry a annoncés le 1^{er} mars 2004 pour appuyer les recommandations du groupe de travail sont les bienvenus, mais il s'agit seulement d'un acompte sur l'investissement nécessaire.

À moyen terme

L'AMC et d'autres organisations médicales nationales croient que la taille du système de formation médicale postdoctorale constitue un goulot d'étranglement, à la fois pour les diplômés de facultés de médecine canadiennes et pour les DFME. Le nombre de postes de formation postdoctorale financés par les gouvernements provinciaux n'a pas changé depuis le début des années 90 et il suffit à peine pour accueillir la cohorte des nouveaux diplômés, ce qui ne laisse à peu près aucune place pour des DFME ou des médecins actifs qui veulent se recycler.

Au cours des dernières années, le nombre des DFME qui ont posé leur candidature au deuxième cycle du jumelage du Service canadien de jumelage des résidents a plus que doublé pour passer de 294 en 2000 aux 758 prévus, qui chercheront à s'arracher 177 postes au cours du deuxième cycle du jumelage, le 29 avril 2004. Parmi les 625 DFME qui ont participé au deuxième cycle du jumelage en 2003, un peu moins de 11 % seulement (67) ont obtenu un jumelage.

Plusieurs facultés de médecine offrent des programmes spéciaux à l'intention des DFME. Selon le Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique, même si 87 DFME ont obtenu un jumelage pour la première année de formation postdoctorale (PGY-1) en 2004, on comptait au total 31 DFME en PGY-1 en novembre 2004.

L'AMC et d'autres organisations médicales nationales préconisent au moins 120 postes de formation postdoctorale au cours de la première année par tranche de 100 diplômés. Il sera crucial de donner suite à cette recommandation au cours des prochaines années lorsque les membres de la cohorte élargie du premier cycle (après 1999) obtiendront leur diplôme.

Sur un plan plus général, nous sommes d'avis que la planification de la capacité du système de formation postdoctorale doit tenir compte explicitement des éléments suivants :

- tous les nouveaux diplômés de facultés de médecine canadiennes qui sont résidents permanents (y compris des possibilités de changer de programme de formation);
- réintégration en formation postdoctorale de médecins actifs au Canada;
- DFME qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada;
- DFME non résidents qui souhaitent suivre une formation postdoctorale au Canada comme étudiants à visa.

Il faudra accroître les efforts et les ressources pour recruter d'autres enseignants communautaires qui participeront à la formation médicale prédoctorale et postdoctorale et pour appuyer et garder ceux qui le font déjà. Le gouvernement devra en outre fournir du financement pour les coûts d'infrastructure des facultés de médecine afin de leur permettre de faire face à l'augmentation des cohortes en formation.

À long terme

Les Canadiens doivent être desservis par une norme uniforme de pratique médicale qui s'applique à la fois aux diplômés de facultés de médecine canadiennes et aux DFME. Cette norme nationale doit demeurer la pierre angulaire d'une vision et d'un plan à long terme sur les effectifs médicaux au Canada.

Pour tendre vers un tel plan, l'AMC est d'avis que le Canada devrait adopter une politique d'autosuffisance accrue dans la formation des médecins au Canada qui inclut les éléments suivants :

- possibilités accrues pour les Canadiens de faire des études en médecine au Canada;
- possibilités améliorées pour les médecins actifs de suivre une formation supplémentaire;
- stratégies de maintien des effectifs médicaux au Canada;
- possibilités accrues pour les DFME qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada d'avoir accès à une formation postdoctorale qui débouche sur le permis d'exercice ou le certificat et la pratique de la médecine au Canada.

L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

DECLARATIONS

PRISE DE POSITION DE L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE SUR LES DIRECTIVES ETHIQUES POUR LE RECRUTEMENT DES MEDECINS AU NIVEAU INTERNATIONAL

Adoptée par l'assemblée générale de l'AMM, Helsinki 2003

A. PREAMBULE

1. L'AMM reconnaît que le séjour temporaire de médecins dans d'autres pays favorise les échanges de connaissances, de compétences et de points de vue entre le pays récepteur et le pays envoyeur. Les échanges de professionnels de la médecine constituent donc un avantage pour le développement de la médecine et des systèmes de santé et nécessitent généralement le soutien des associations médicales nationales et des gouvernements.
2. La déclaration de l'AMM sur la main-d'œuvre médicale - 1 (1983, 1986) invite les associations médicales nationales à collaborer avec leurs gouvernements pour apporter une solution aux problèmes relatifs à la démographie médicale.
3. La résolution de l'AMM sur la main-d'œuvre médicale (1998) définit les composantes majeures du problème qu'il conviendra de prendre en considération lors de l'élaboration d'une politique de démographie nationale.
4. Pendant des décennies, les gouvernements, les employeurs et les associations médicales ont mal interprété les données démographiques concernant le besoin de médecins. Les jeunes médecins à la recherche d'un emploi ont souvent été sérieusement touchés par le manque de planification de démographie médicale.
5. Beaucoup de pays, y compris les plus riches, connaissent une pénurie de médecins dont une des raisons principales est le manque de formation d'un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins. Parmi les autres raisons qui expliquent cette perte nette, il y a le recrutement des médecins pour d'autres professions, le départ anticipé à la retraite et l'émigration, des raisons souvent motivées par de mauvaises conditions de travail.
6. Pour répondre à leurs besoins, certains pays ont traditionnellement eu recours au recrutement de jeunes médecins diplômés à l'étranger. Cette pratique continue aujourd'hui.

7. Les mouvements de migration internationale des médecins s'effectuent généralement des pays pauvres vers les pays riches. Les pays pauvres prennent en charge les frais de formation des médecins émigrants et ne reçoivent aucune compensation quand ils se rendent dans un autre pays. Le pays hôte gagne ainsi une ressource de valeur sans avoir à en payer le prix et économise le coût de la formation de ses propres médecins.
8. Les médecins ont entre autres bonnes raisons d'émigrer, celles, par exemple, de rechercher de meilleures perspectives d'avenir et d'échapper à de mauvaises conditions de travail et de vie.
9. Il y a actuellement un déploiement d'activité internationale considérable pour déterminer la nature et l'importance de la migration des médecins et des questions de démographie médicale qu'elle soulève. L'Association Médicale Mondiale, consciente que ces questions ont une importance éthique considérable, a élaboré la présente déclaration pour éclairer les associations médicales nationales et les auteurs de directives dans leurs efforts de recherche de solutions à ces questions.

B. PRINCIPES ETHIQUES

10. **Justice** - la justice distributive exige l'allocation équitable des ressources parmi les individus et les groupes. La justice corrective nécessite des mesures pour traiter ces inégalités. La justice commutative exige que les efforts déployés pour parvenir à l'équité respectent les droits de toutes les personnes concernées.
11. **Coopération** - Les problèmes concernant deux ou plusieurs groupes, y compris les nations, doivent être résolus soit par une coopération bilatérale, soit par l'intermédiaire d'organisations multilatérales comme l'Association Médicale Mondiale.
12. **Indépendance** - Le droit d'un individu à déterminer son destin doit être respecté dans la mesure où il ne porte pas atteinte au droit d'autrui. A défaut de quoi, il conviendra d'appliquer une procédure efficace pour résoudre les conflits.

C. RECOMMANDATIONS

13. Les associations médicales nationales, les gouvernements et les employeurs doivent être particulièrement vigilants lorsqu'ils utilisent les données démographiques destinées à prévoir le besoin de médecins et communiquent ces prévisions aux jeunes gens qui envisagent de faire une carrière médicale.
14. Chaque pays doit faire tout son possible pour former un nombre suffisant de médecins, en tenant compte de ses besoins et de ses ressources. Un pays ne doit pas compter sur l'immigration pour répondre à ses besoins.

15. Chaque pays doit faire tout son possible pour retenir ses médecins dans la profession et dans le pays en leur apportant le soutien nécessaire pour atteindre leurs objectifs personnels et professionnels, en tenant compte des besoins et des ressources du pays.
16. Les pays qui souhaitent recruter des médecins dans un autre pays doivent, pour ce faire, se conformer aux dispositions du Mémorandum de compréhension signé par les différents pays.
17. Il importe de ne pas empêcher les médecins de quitter leur pays d'origine ou leur pays d'adoption pour aller faire carrière dans un autre pays.
18. Les pays recrutant des médecins à l'étranger doivent s'assurer que les recruteurs fournissent aux recrues potentielles des informations complètes et exactes sur la nature et sur les conditions requises du poste à pourvoir ainsi que sur les obligations administratives et contractuelles et sur les dispositions réglementaires et juridiques de la médecine dans le pays recruteur.
19. Les médecins qui, à titre permanent ou temporaire, exercent leur profession dans un autre pays que leur pays d'origine doivent être traités sur un même pied d'égalité que les autres médecins du pays (par exemple, mêmes opportunités de carrière et mêmes honoraires pour un travail identique).
20. Rien ne doit empêcher les pays de signer, conformément au droit international et en bonne connaissance des règles internationales sur les droits de l'homme, des accords bilatéraux et des accords de compréhension mutuelle pour assurer une coopération utile en matière de prestation de soins de santé, y compris les échanges de médecins.

17.9.2003

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Document de fond

Février 2005

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

A healthy population... a vibrant medical profession
Une population en santé... une profession médicale dynamique

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et d'unir les médecins du Canada et de défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

L'AMC compte plus de 59 000 membres. En leur nom et au nom de la population canadienne, l'Association exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des traumatismes, favoriser l'accès aux soins de santé, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme sans but lucratif, à adhésion volontaire, qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

Les effectifs médicaux au Canada

Points saillants

- Le Canada compte actuellement près de 60 000 médecins actifs, dont 52 % de médecins de famille et 48 % de spécialistes.
- Il y a 1,87 médecin pour 1000 habitants, ou 1 pour 534 personnes, comparativement au maximum de 1,91 atteint en 1993. Corrigé en fonction de l'âge et du sexe des médecins et des patients, le ratio «réel» médecin:habitants a diminué de 5 %.
- Le Canada accuse toujours du retard sur d'autres pays industrialisés pour ce qui est du nombre de médecins. La moyenne de l'OCDE (2,9 pour 1000 habitants) dépasse de 38 % la moyenne comparable du Canada, qui s'établit à 2,1 (ce qui inclut les médecins résidents).
- Les médecins travaillent en moyenne 51 heures par semaine et sont de garde pendant 20 à 30 heures de plus. Près du quart des médecins prévoient réduire leurs heures de travail hebdomadaires au cours des deux prochaines années.
- L'âge moyen des médecins est de 48 ans, et 32 % ont 55 ans ou plus.
- Les résultats d'un sondage récent indiquent que près de 4000 médecins pourraient prendre leur retraite au cours des deux prochaines années.

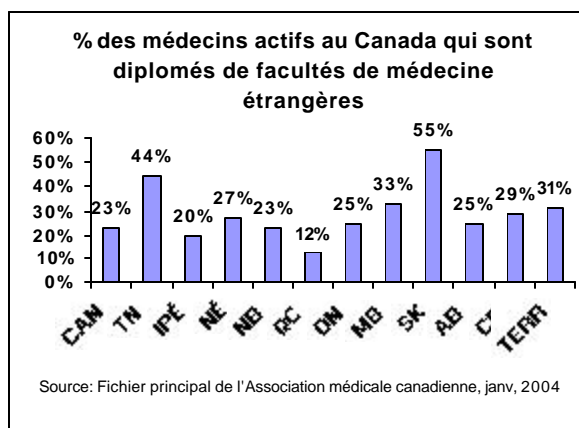
Vers une stratégie nationale

Autosuffisance nationale – L'élément clé d'une stratégie nationale sur les effectifs médicaux doit consister à viser l'autosuffisance nationale dans la formation des médecins. Il faudra à cette fin réaliser des progrès continus pour augmenter l'inscription au niveau prédoctoral et la porter à au moins 2500 par année – compte tenu de ce que nous savons maintenant, le total atteindra 2200 à l'automne 2005. Il faut en outre augmenter suffisamment la capacité du système de formation postdoctorale pour permettre la réintégration dans la formation et pour pouvoir accueillir des diplômés de facultés de médecine étrangères – on recommande un objectif de 120 postes de résidence de première année par tranche de 100 diplômés.

La stratégie d'autosuffisance consiste notamment à optimiser l'utilisation des prestataires que nous avons actuellement. À cette fin, les gouvernements ont connu un départ prometteur en cofinçant six études sectorielles sur les effectifs du secteur de la santé. La création d'une table ronde du secteur de la santé constitue une prochaine étape qui s'impose.

Évaluation rapide des diplômés de facultés de médecine étrangères – Même si l'AMC ne croit pas que le Canada devrait recruter

systematiquement des médecins de pays moins avantagés sur le plan économique, il faut reconnaître que le Canada constitue une destination attrayante pour beaucoup d'immigrants éventuels de toutes les professions.



De concert avec le Conseil médical du Canada, l'AMC a proposé de lancer un programme international en ligne que les diplômés de facultés de médecine étrangères pourraient utiliser pour déterminer leurs titres et qualités et voir s'ils sont admissibles à une formation postdoctorale qui pourrait leur permettre éventuellement de pratiquer au pays.

Expansion rapide du système de formation postdoctorale – Il y a actuellement au Canada plusieurs centaines de diplômés de facultés de médecine étrangères jugés admissibles à une formation postdoctorale chez nous – le système de formation postdoctorale n'a toutefois pas la capacité nécessaire pour les accueillir. Le gouvernement fédéral pourrait améliorer la situation en fournissant du financement afin d'augmenter le nombre de postes de formation en première année de résidence pour le porter à 120 % du nombre de diplômés des facultés de médecine canadiennes. Un contingent supplémentaire de 500 postes coûtant 30 000 \$ par résident par année (sans compter les salaires) coûterait 15 millions de dollars au cours de la première année, total qui atteindrait 60 millions en quatre ans.

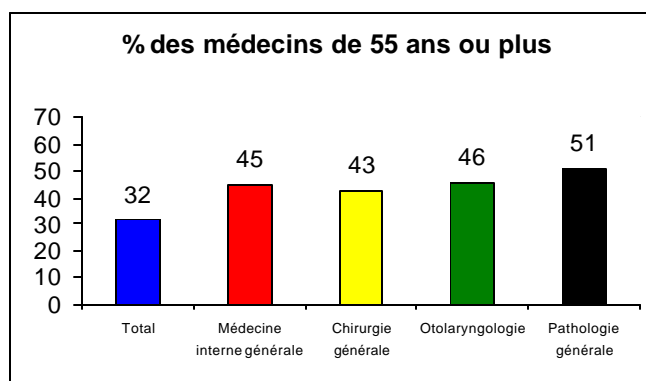
Les effectifs médicaux au Canada

Le mouvement important en faveur de la mise en œuvre des recommandations formulées en 1999 par le Forum médical canadien qui préconisait d'augmenter le nombre de postes de formation médicale prédoctorale et postdoctorale encourage l'Association médicale canadienne (AMC). Le nombre des étudiants de première année de médecine au Canada a augmenté de près de 40 % depuis 1998–1999 et leur total a atteint 2193 en 2004–2005.

Il est toutefois clair que ces initiatives ne régleront pas les difficultés immédiates que représente pour les Canadiens l'accès aux services médicaux. À la suite d'une enquête menée par le Collège des médecins de famille du Canada, on estime que 4,5 millions de personnes avaient de la difficulté à trouver un médecin de famille en 2001 et Statistique Canada a constaté, en juillet 2002, que 12,3 % des Canadiens (plus de 3 millions de personnes) n'avaient pas accès à un médecin de famille régulier. Le temps pendant lequel il faut attendre pour obtenir des consultations et des services diagnostiques et thérapeutiques spécialisés indique qu'il y a aussi pénurie de médecins spécialistes.

Le Canada accuse toujours du retard par rapport à d'autres pays industrialisés pour ce qui est du nombre de médecins. Les données les plus récentes de l'OCDE montrent que le Canada compte 2,1 médecins (y compris les résidents) pour 1000 habitants comparativement à la moyenne de l'OCDE, qui s'établit à 2,9. À la suite d'une étude, l'Institut canadien d'information sur la santé estime que le ratio «réel» médecin:habitants a diminué de 5 %. Ce ratio tient compte de la répartition selon l'âge ou le sexe à la fois des médecins et de leurs patients.

La lourdeur des charges de travail contribue à la fatigue, à l'épuisement et à la baisse du moral. En 2001, 65 % des médecins interrogés par l'AMC ont signalé que leur charge de travail était plus lourde qu'ils le souhaitaient. Ceux qui étaient fortement d'accord (32 % du total des médecins) travaillaient en moyenne 60 heures par semaine et étaient aussi de garde pendant plus de 30 heures. Les réponses à une enquête menée par l'AMC en 2003 indiquent que 46 % des médecins semblent au stade avancé de l'épuisement.



Face à de telles statistiques, il n'est donc pas étonnant que la profession dans l'ensemble perde de l'attrait. Une enquête récente du *Medical Post* a montré que plus de la moitié des médecins de famille du Canada ne choisiraient pas la même carrière s'ils devaient recommencer à zéro. La baisse de la proportion des diplômés de facultés de médecine qui choisissent la médecine familiale comme discipline de premier choix est un autre indicateur de la perte de popularité de la profession. Ce pourcentage est tombé de 38 % en 1993 à 26 % en 2004.

L'âge moyen des médecins est de à 48 ans au Canada. La carrière des médecins s'étend déjà sur de nombreuses années. Les médecins qui prennent leur retraite ont en moyenne 66 ans. Même si les médecins continuent de travailler pendant longtemps, la prestation des services diminuera considérablement à mesure que ceux de la génération du baby-boom commenceront à réduire (ou à fermer) leur pratique au cours de la prochaine décennie. Les médecins ont vieilli considérablement au cours de la dernière décennie et ont maintenant 48 ans en moyenne. Actuellement, 32 % des médecins actifs ont 55 ans ou plus.

Ces statistiques ont de sérieuses répercussions sur la prestation de services, non seulement aujourd'hui, mais à l'avenir. Des enquêtes réalisées par l'AMC indiquent que les médecins plus âgés, surtout ceux qui ont plus de 65 ans, ont tendance à travailler moins d'heures par semaine que les médecins plus jeunes, ce qui entraîne une réduction des services dispensés par année. Lorsque ces cohortes importantes de médecins prendront leur retraite de la pratique clinique dans un avenir assez rapproché, leur départ créera, dans la prestation des services, un trou important qu'il faudra combler par des médecins plus jeunes qui devront travailler pendant plus que la moyenne actuelle de 53 heures par semaine – sans compter de 20 à 30 heures de garde de plus par semaine.

Des augmentations récentes de l'inscription dans les facultés de médecine ont produit des projections beaucoup plus positives de l'offre globale (même si le point de départ ne tient pas compte des vacances actuelles). La question la plus cruciale sera celle du nombre d'équivalents temps plein. On estime que les femmes compteront pour 44 % de l'effectif médical d'ici 2020. Les résultats de recherches récentes ont déjà démontré clairement que les femmes travaillent en moyenne 7 heures de moins par semaines que leurs collègues masculins. En outre, les médecins prendront leur retraite en nombres croissants au cours de la prochaine décennie.

Une population plus instruite et l'utilisation généralisée de sources d'information comme Internet contribuent à accroître l'assurance des patients face à leur santé, à hausser les attentes et à promouvoir le consumérisme. Ces facteurs alourdiront les pressions contribuant aux exigences face à la qualité élevée des services. Même si nous encourageons les patients à s'informer, nous devons être prêts à répondre aux demandes supplémentaires que ce savoir accru imposera au système de santé, surtout en ce qui concerne l'offre de ressources humaines. Il n'y a en outre pas seulement la population qui vieillit. Grâce aux progrès de la médecine, nous vivons dans un contexte d'augmentation des problèmes chroniques que des professionnels de la santé doivent suivre et traiter de façon continue.

Le Canada a un besoin urgent d'une stratégie intégrée de planification des ressources humaines de la santé qui repose sur les besoins actuels et futurs de la population. Cette stratégie faciliterait une approche dynamique de la planification afin de relever les défis posés par l'évolution de la démographie à la fois de la population et des groupes de prestataires. Cette planification permettrait aussi au système de réagir dûment et rapidement aux changements imprévus, à la réforme des systèmes, aux innovations en technologie, aux maladies nouvelles, etc.

Ressources de la santé Éducation et formation

Les augmentations de l'inscription en médecine au niveau du premier cycle qui s'imposent pour redresser la situation exigent du financement non seulement pour les postes mêmes, mais aussi pour l'infrastructure nécessaire (ressources humaines et matérielles) afin d'assurer une formation de grande qualité répondant aux normes d'agrément nord-américaines. La capacité doit en outre suffire pour donner de la formation à des diplômés de facultés de médecine étrangères et permettre aux médecins actifs de reprendre leurs études afin d'obtenir une formation postdoctorale dans de nouvelles spécialités.

Les augmentations importantes et l'escalade rapide des frais de scolarité des facultés de médecine du Canada préoccupent toujours énormément l'AMC. Des données de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) indiquent qu'entre 1996 et 2001, les frais de scolarité en première année de médecine ont augmenté en moyenne de 100 %. En Ontario, ils ont grimpé de 223 % au cours de la même période. L'aide financière aux étudiants sous forme de prêts et de bourses d'études n'a pas suivi cette flambée des frais de scolarité.

Les résultats de recherches récentes démontrent que les frais de scolarité élevés et la crainte de l'endettement écrasant créent des obstacles qui dissuadent les personnes intéressées de s'inscrire aux facultés de médecine et pourraient menacer la diversité socio-économique des futurs médecins qui serviront le public. Ils peuvent aussi aggraver «l'exode des cerveaux» médicaux vers les États-Unis, où les nouveaux médecins peuvent rembourser beaucoup plus rapidement leurs dettes d'études importantes. L'endettement élevé peut en outre jouer sur la spécialité choisie par les médecins et sur l'endroit où ils décident de pratiquer.

Le gouvernement fédéral peut montrer qu'il s'engage à garantir l'autosuffisance en intervenant pour augmenter l'offre actuelle de médecins. L'AMC recommande d'établir un **Fonds d'éducation et de formation des ressources de la santé d'une durée de cinq ans et doté d'un milliard de dollars** et d'accroître le financement accordé aux établissements d'enseignement postsecondaire afin d'alléger certaines des pressions qui propulsent les frais de scolarité. On pourrait notamment fournir aux étudiants plus d'aide financière directe sous forme de bourses d'études plus particulièrement.