
**ANALYSE DU NOMBRE DE MÉDECINS DE FAMILLE
ET D'ADMISSIONS EN MÉDECINE
REQUIS PAR
LA POPULATION FRANCOPHONE DU MANITOBA**

Étude réalisée pour le Comité de gestion de la formation médicale (Manitoba)
du Consortium national de formation en santé

Avril 2005





La production de cet imprimé a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

Préface

Le comité de gestion de la formation médicale au Manitoba est heureux de présenter cette analyse du nombre de médecins de famille et d'admissions en médecine requis pour assurer la prestation de services de santé en français au Manitoba.

Le comité de gestion est responsable de coordonner la formation clinique des médecins d'expression française et comprend des représentants du Collège universitaire de Saint-Boniface, de l'Hôpital général Saint-Boniface et de l'Université du Manitoba.

À la suite d'une session de planification stratégique en septembre 2004 qui regroupait un nombre d'intervenants du domaine de la santé et de la communauté, un plan stratégique a été préparé. Ce plan identifiait certaines actions à poursuivre pour assurer la prestation des services de santé en français au Manitoba.

Dans un premier temps, le comité de gestion a retenu la firme PJR Action pour effectuer une étude visant à analyser le nombre de médecins de famille et d'admissions en médecine requis par la population francophone du Manitoba.

Le rapport identifie les effectifs actuels, constate les tendances et les besoins en formation, forme des conclusions importantes pour la communauté et souligne quelques pistes de solutions.

Le rapport sera distribué à tous les participants de la session de planification stratégique, aux organismes communautaires identifiés, aux instances gouvernementales et aux bailleurs de fonds, afin de permettre une discussion et une planification plus approfondie des actions à entreprendre pour répondre aux besoins de la communauté en matière d'accès à des professionnels de la santé francophones.

Le comité de gestion

Juin 2005

Sommaire

Le but de l'étude était de déterminer le nombre de médecins de famille requis par la population francophone du Manitoba et de préciser les besoins en formation médicale pour répondre à ce besoin.

Un survol de la situation nationale et provinciale en ce qui a trait à la pratique de la médecine permet de constater que le nombre total de médecins au Canada est réparti presque également entre les médecins de famille et les spécialistes. Sur un total de 59 454 médecins en 2003, on comptait 30 662 médecins de famille, soit 1 036 habitants par médecin de famille. Le Manitoba comptait pour sa part un total de 2 063 médecins dont 1 075 médecins de famille, soit 1 085 habitants par médecin de famille. La faculté de Médecine de l'Université du Manitoba a accordé en 2002 le diplôme en médecine à 69 étudiants. Le nombre d'admissions à la faculté a récemment été augmenté à 85 et passera bientôt à 100 admissions pour répondre à la pénurie actuelle de médecins.

Selon les données du dernier recensement, la population francophone du Manitoba représente 4,3% de la population provinciale, soit 47 555 francophones sur une population totale de 1 103 695. On compte au Manitoba 21 médecins de famille francophones en pratique active, soit moins de 2% du nombre total de médecins de famille au Manitoba. Ce nombre est sensiblement inférieur à ce qui est indiqué par la proportion démographique de la population francophone. Il faudrait normalement 46 médecins de famille francophones pour une représentation équitable de la population francophone au sein de la pratique de médecine familiale.

Les médecins de famille francophones du Manitoba offrent leurs services à un nombre important de clients non francophones. Ils accordent en moyenne moins de la moitié de leur temps à la population francophone. Le temps de pratique accordé à la population francophone représente une équivalence de seulement 10,2 médecins à temps plein soit une équivalence de 3,8 médecins pour l'ensemble de la région de Winnipeg et de 6,4 médecins pour les régions rurales. Les médecins francophones sont présentement localisés dans des milieux où il y a une plus grande concentration de francophones. Plusieurs communautés francophones de la province demeurent sans accès à des médecins de famille francophones.

Le nombre de médecins de famille francophones au Manitoba devra être augmenté sensiblement si on veut donner à la population francophone un accès équitable à des services médicaux dans sa langue. Il faudrait pouvoir compter sur les services de 95,5 médecins de famille francophones répartis dans les différentes régions de la province où sont situés les francophones. Il s'agirait donc d'augmenter de 74,5 le nombre actuel de médecins francophones.

Pour atteindre le nombre de médecins requis, on devra adopter un plan de formation médicale qui sera à la hauteur du besoin. En admettant annuellement 14 étudiants francophones en médecine, on pourra éventuellement compter sur l'ajout de sept médecins de famille francophones par année alors que les sept autres candidats opteront pour différentes spécialisations, reflétant ainsi la distribution normale des diplômés. En tenant compte du départ éventuel des médecins actuels pour la retraite, il faudra maintenir ce niveau de participation à la formation médicale au cours des 17 prochaines années pour éventuellement atteindre le nombre requis de médecins de famille francophones au Manitoba.

La formation médicale d'une cohorte annuelle de 14 étudiants francophones exigera un effort conjoint des gouvernements provincial et fédéral ainsi que de la communauté francophone du Manitoba, du Comité de gestion de la formation médicale (Manitoba) du Consortium national de formation en santé et des facultés de médecine responsable de cette formation. D'une part il est recommandé de voir à faire augmenter le nombre de places prévues au programme de formation médicale du Consortium national de formation en santé. D'autre part il faudrait assurer une plus grande participation des francophones à la faculté de Médecine de l'Université du Manitoba. Celle-ci aurait avantage à considérer un partenariat avec une école de médecine francophone afin de pouvoir mieux répondre aux besoins linguistiques et culturels de ses étudiants francophones.

La conjoncture actuelle se prête bien à la formation d'un plus grand nombre de médecins de famille francophones. Le gouvernement provincial souhaite augmenter le nombre d'admissions en médecine et accepte d'y ajouter le financement requis. La Commission Romanow a reconnu le besoin d'offrir des services de santé en français aux communautés francophones en milieu minoritaire et a de plus recommandé la formation d'un plus grand nombre de médecins afin de réduire la dépendance du Canada sur les médecins formés à l'étranger. Santé Canada participe déjà à la formation de médecins francophones pour les communautés minoritaires du Canada en appuyant financièrement le projet de formation du Consortium national de formation en santé. L'occasion est toute désignée pour adopter au Manitoba un plan de formation médicale qui permettra éventuellement à la population francophone d'avoir un accès équitable à des services médicaux dans sa langue. Plusieurs des éléments de base de ce plan ainsi que les mécanismes requis pour lui donner l'essor nécessaire sont déjà en place. Les résultats d'un tel projet de coopération entre les deux niveaux de gouvernement, les facultés de médecine et la communauté francophone du Manitoba auront des retombées positives pour tous ceux qui y participent.

Mise en contexte

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) regroupe dix établissements d'enseignement universitaire et collégial répartis sur l'ensemble du Canada et offrant des programmes d'études en français dans différentes disciplines de la santé. L'objectif de cette alliance stratégique consiste à accroître la présence et l'apport de professionnels de la santé et de chercheurs francophones pour répondre pleinement, en français, aux communautés francophones en situation minoritaire. Le CNFS veut ainsi renforcer une contribution significative au mieux-être et au plein épanouissement de ces communautés. Pour ce faire, le CNFS s'est fixé les objectifs suivants :

- connaître les besoins spécifiques des communautés et favoriser l'insertion des professionnels formés dans leur lieu de provenance;
- maximiser l'apport des institutions existantes en déployant leurs capacités de formation;
- favoriser l'accès à de nouvelles formations dans les communautés qui en sont dépourvues ;
- favoriser les partenariats et les collaborations;
- faciliter et entretenir la liaison et la concertation au sein du réseau ainsi qu'avec les réseaux complémentaires.

Au cours de l'automne 2004, un plan stratégique (2004-2008) et un plan de travail (2004-2006) ont été développés afin de guider les activités de formation médicale francophone au Manitoba. Les partenaires ont convenu entre autre d'effectuer des études afin d'identifier le contingent d'admissions en médecine qui permettraient de combler le besoin de médecins requis par la population francophone du Manitoba.

Cette première étude a pour but d'analyser le nombre requis de médecins de famille francophones pour répondre aux besoins de la population francophone du Manitoba. Elle cerne en premier lieu les obligations gouvernementales en ce qui a trait à la population francophone du Manitoba. Elle fait ensuite un survol de la situation nationale et du contexte provincial en ce qui a trait aux effectifs et aux grandes tendances au niveau de la pratique de la médecine familiale. Elle poursuit en présentant un profil démographique de la population francophone du Manitoba et des effectifs médicaux francophones qui lui sont disponibles à l'heure actuelle. À partir de consultations de différentes banques de données, d'études et de rencontres avec des professionnels en médecine familiale, il a été possible de préciser le nombre requis d'admissions en médecine au cours des prochaines années pour éventuellement répondre de façon équitable aux besoins de la population francophone du Manitoba. L'étude propose également des pistes à poursuivre pour combler le plus rapidement possible le déficit d'effectifs francophones en médecine familiale au Manitoba.

Les engagements gouvernementaux

Le gouvernement fédéral

Le gouvernement du Canada reconnaît non seulement ses obligations constitutionnelles à l'endroit des communautés de langues officielles en milieu minoritaire mais également ses obligations d'assurer le maintien et le développement de ces mêmes communautés. Suite aux travaux de la Commission Laurendeau-Dunton (1965), le gouvernement canadien a voulu faire du Canada un pays véritablement bilingue où les deux langues officielles, l'anglais et le français, seraient reconnues partout au pays. L'adoption de la Loi sur les langues officielles avait pour but d'assurer un haut niveau de bilinguisme au sein de l'appareil gouvernemental fédéral. La création du ministère du Patrimoine avec un mandat spécifique d'appui aux communautés de langues officielles en milieu minoritaire ainsi qu'une définition élargie des obligations prévues par la Loi sur les langues officielles s'étendant à tous les ministères et secteurs d'activités du gouvernement fédéral (Loi sur les langues officielles – Partie VII) témoignent de la volonté du gouvernement fédéral de rencontrer ses obligations en ce qui a trait au maintien et au développement des communautés francophones vivant en milieu minoritaire. Le gouvernement fédéral a d'ailleurs accepté de contribuer de façon importante par le biais de Patrimoine canadien et de Santé Canada aux différents projets de formation et de recherche en santé avancés par le Consortium national de formation en santé.

Enfin, la toute récente Commission Romanow (2002) sur l'avenir des soins de santé au Canada a reconnu dans son rapport final l'importance de donner un accès équitable à des services de santé de qualité aux communautés minoritaires de langue officielle. La recommandation 28 du rapport se lit comme suit:

«Les gouvernements, les autorités régionales de santé, les dispensateurs de soins de santé, les hôpitaux et les organisations communautaires devraient travailler en étroite collaboration en vue de déterminer quels sont les besoins des minorités de langues officielles et de répondre à ces besoins.» p. 278

Le gouvernement du Manitoba

Le gouvernement du Manitoba se reconnaît également des obligations spéciales face à la communauté francophone. Suite à la décision de la Cour suprême du Canada dans le cas Forest en 1979 qui indiquait que le Manitoba avait enfreint ses obligations constitutionnelles, le gouvernement provincial a adopté une politique de services en langue française. Dans son énoncé de politique de mars 1999, le gouvernement provincial indique ses engagements qui comportent entre autres les éléments suivants:

- La politique sur les services en langue française du gouvernement du Manitoba reconnaît le fait que la population francophone du Manitoba constitue un élément de l'une des caractéristiques fondamentales du Canada;
- Cette politique a pour but de permettre aux Manitobains et Manitobaines d'expression française et aux établissements qui les servent de bénéficier de services gouvernementaux comparables dans la langue des lois du Manitoba;

- Les instances administratives visées par cette politique offrent des services en langue française de façon active. Le concept de l'offre active signifie que les services en français, qu'ils soient fournis oralement, par écrit ou par voie électronique, sont manifestes, facilement disponibles et accessibles au grand public, et de qualité comparable à ceux qui sont offerts en anglais.

Les instances administratives suivantes sont visées par cette politique et elles la mettent en œuvre:

- tous les ministères, ainsi que les commissions, conseils, corporations et organismes de service spécial qui relèvent d'eux;
- les sociétés de la Couronne et d'autres organismes ministériels;
- les bureaux de l'Assemblée législative ainsi que les organismes quasi judiciaires soumis aux dispositions de l'article 23 de la *Loi sur le Manitoba*;
- les services publics réglementés par la Régie des services publics et servant des régions désignées;
- les établissements désignés qui dispensent des services de santé et des services sociaux ainsi que les Offices régionaux de la santé qui sont désignés;
- d'autres instances, comme peut l'indiquer le ministre responsable des services en langue française.

(Tiré de l'Énoncé de politique de services en langue française, Gouvernement du Manitoba, mars 1999)

Cet énoncé de politique s'est largement inspiré des travaux du Juge Richard Chartier qui en 1998 avait été mandaté par le gouvernement provincial de revoir l'application de sa politique sur les services en français. La recommandation 14 du Rapport Chartier traite des soins de santé et elle recommande entre autre au gouvernement provincial de travailler de concert avec le *College of Physicians and Surgeons of Manitoba* pour «qu'il y ait un nombre suffisant de médecins bilingues au Manitoba pour servir la population d'expression française».

En somme, les gouvernements fédéral et provincial se reconnaissent l'obligation de donner accès à la communauté francophone aux services publics dans sa langue. Compte tenu que la santé est devenue le domaine de responsabilité gouvernementale qui engage les plus grandes dépenses publiques et qui touche prioritairement l'ensemble des citoyens, il s'ensuit donc que l'offre des services de santé en français aux communautés minoritaires francophones ne peut être ignorée. Puisque la médecine familiale est la porte d'entrée incontournable aux services de santé, il est donc impératif que les francophones puissent avoir accès à des médecins francophones qui sont disposés à leur offrir des services professionnels dans leur langue et qui ont préférablement une bonne compréhension de la culture francophone de leur milieu. Ces médecins seront ensuite mieux en mesure et plus enclins à leur faciliter l'accès à des ressources en français.

Les effectifs médicaux au Canada

Nombre de médecins

Selon les données recueillies auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à partir de sa Base de données médicales Southam (version 2004), on comptait au Canada pour l'année 2003 un nombre total de 59 454 médecins. Ce nombre était réparti presque également entre les médecins en pratique de médecine familiale et les spécialistes:

Médecins de famille	30	(51,6%)
Spécialistes	28	(48,4%)
Total	59	(100%)

Distribution selon le sexe et l'âge

En 2003, moins des deux tiers (64%) des médecins de famille étaient des hommes et plus d'un tiers (36%) étaient des femmes. L'âge moyen des médecins de famille était de 47,2 ans. Ils se distribuaient de la façon suivante selon l'âge et le sexe:

Tableau 1: Distribution selon le sexe et l'âge des médecins de famille au Canada

Âge	Nombre Hommes	% Hommes	Nombre Femmes	% Femmes	Nombre Total	% du Total
Moins 30	365	42,1	503	57,9	868	2,84
30 à 39	3 578	50,3	3	49,7	7 108	23,28
40 à 49	5 952	58,2	4 272	41,8	10 224	33,48
50 à 59	6 034	74,4	2 080	25,6	8 114	26,57
60 à 64	1 626	84,1	308	15,9	1 934	6,33
65 à 69	976	88,0	133	12,0	1 109	3,63
70 à 74	539	89,4	64	10,6	603	1,98
75 à 79	208	89,7	24	10,3	232	0,08
80 et plus	86	93,5	6	6,5	92	0,03
Inconnu	181	71,3	73	28,7	254	0,08
Total	19 545	64,0	10 993	36,0	30 538	100,00

Source: Base de données médicales Southam

Le tableau 1 permet de constater que le nombre de femmes en médecine familiale a augmenté sensiblement au cours des années. Alors qu'elles ne représentent que 25,6 % des médecins de famille âgés de 50 à 59 ans, elles représentent respectivement près de 50% des médecins de famille âgés de 30 à 39 ans et près de 60% de ceux de moins de 30 ans.

À partir de ce tableau, on peut également constater une chute importante du nombre de médecins à partir de la catégorie de 60 à 64 ans, phénomène sans doute dû à la retraite.

Formation et migration à l'étranger des médecins de famille

Un nombre important des médecins de famille ont été formés à l'étranger, soit 23,9%, habituellement dans des pays anglophones du Commonwealth. En 2003, 106 médecins de famille ont quitté le Canada alors que 100 médecins de famille sont revenus au Canada. Durant les quatre années précédentes, le Canada avait connu une perte nette de 217 médecins de famille allant de 70 en 1999 à 42 en 2002.

Nombre d'habitants par médecin

En 2003, le Canada comptait le nombre suivant d'habitants par médecin:

Médecine familiale:	1 036 habitants par médecin
Spécialités médicales:	1 500 habitants par médecin
Tous les médecins:	534 habitants par médecin

Diplômés des écoles de médecine

En 2002, les 16 écoles de médecine du Canada ont accordé le diplôme en médecine à 1 543 étudiants. Un peu plus de la moitié des diplômés étaient des femmes (50,1%). Le nombre total de diplômés était sensiblement inférieur au nombre de diplômés de 1993 qui se chiffrait à 1 702, soit une baisse de plus de 10%. Le nombre de diplômés des écoles de médecine a connu des diminutions tout au long de la dernière décennie.

Les effectifs médicaux au Manitoba

Nombre de médecins

Encore selon les données recueillies auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à partir de sa Base de données médicales Southam (version 2004), on comptait au Manitoba pour l'année 2003 un nombre total de 2 063 médecins, soit 3,5% du total des médecins au Canada. Ce nombre était réparti presque également entre les médecins en pratique de médecine familiale et les spécialistes:

Médecine familiale	1 075	(52,1%)
Spécialités	988	(47,9%)
Total	2 063	(100%)

Distribution selon le sexe et l'âge

Le tableau suivant présente la distribution des médecins de famille au Manitoba en 2003 selon le sexe et l'âge.

Tableau 2: Distribution selon le sexe et l'âge des médecins de famille au Manitoba

Âge	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	% du Total
Moins 30	14	56,0%	11	44,0%	25	2,4%
30 à 39	140	58,8%	98	41,2%	238	22,5%
40 à 49	206	69,6%	90	30,4%	296	27,9%
50 à 59	157	70,1%	67	29,9%	224	21,1%
60 à 64	48	84,2%	9	15,8%	57	5,4%
65 à 69	40	87,0%	6	13,0%	46	4,3%
70 à 74	27	100%	0	0%	27	2,6%
75 à 79	10	83,3%	2	16,7%	12	1,1%
80 et plus	3	100%	0	0%	3	0,3%
Inconnu	90	68,2%	42	31,8%	132	12,5%
Total	735	69,3%	325	30,7%	1 060	100%

Source: Base de données médicales Southam

- Le total rapporté (1 060) est inférieur au total indiqué plus haut (1 075) à cause d'erreurs de calculs dans la base de données Southam, dont une erreur de 12 dans la catégorie «».

Compte tenu du nombre important rapporté à la catégorie «», soit 132 ou 12,5% de l'ensemble des médecins de famille au Manitoba, on se doit d'interpréter avec une certaine prudence les distributions présentées plus haut. On peut néanmoins constater que, comme c'est le cas pour l'ensemble du Canada, le nombre de femmes en médecine familiale au Manitoba a augmenté au cours des années. Alors qu'elles représentent moins de 30% des médecins de famille âgés de 50 à 59 ans, leur représentation passe à plus de 40% pour la catégorie de 30 à 39 ans. Cela étant dit, la proportion de femmes en médecine familiale au Manitoba (30,7%) semble légèrement inférieure à la moyenne canadienne (35,8%). Cette tendance se maintient même dans la catégorie des médecins âgés de moins de 30 ans: 57,9% au Canada sont des femmes comparé à 44% pour le Manitoba. On peut également constater une chute importante du nombre de médecins à partir de la catégorie de 60 à 64 ans, comme c'est le cas pour l'ensemble du Canada, une diminution qui s'explique en grande mesure par le phénomène de la retraite. Encore une fois, il est à noter que ces constatations sont valables à la condition que le nombre rapporté à la catégorie «» se distribue proportionnellement dans chacune des autres catégories.

Formation et migration à l'étranger des médecins de famille

Comme pour l'ensemble du Canada, un nombre important des médecins de famille au Manitoba ont été formés à l'étranger, soit 35,4% selon les données médicales pour l'année 2003. Ce pourcentage est nettement supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 23,9%.

En 2003, 16 médecins de famille ont quitté le Manitoba alors que seulement huit sont revenus de l'étranger. Durant les quatre années précédentes, le Manitoba avait connu une perte nette de 32 médecins de famille. Comparativement à la situation nationale, le Manitoba semble davantage enclin à la migration de ses médecins de famille vers l'étranger et moins susceptible de les voir revenir au Manitoba.

Les données présentées plus haut permettent de conclure que, comparé à la moyenne du Canada, le Manitoba est touché davantage par les phénomènes de la formation et de la migration à l'étranger des médecins de famille.

Nombre d'habitants par médecin

En 2003, le Manitoba comptait le nombre suivant d'habitants par médecin:

Médecine familiale:	1 085 habitants par médecin
Spécialités médicales:	1 576 habitants par médecin
Tous les médecins:	565 habitants par médecin

Ces nombres sont supérieurs à la moyenne nationale qui était de 1 036 pour la médecine familiale, 1 500 pour les spécialités et 534 habitants pour la totalité des médecins.

Diplômés en médecine

En 2002, la faculté de médecine de l'Université du Manitoba a accordé le diplôme en médecine à 69 étudiants, dont 42 étaient des hommes et 27 des femmes. La proportion de femmes diplômées en médecine au Manitoba au cours des 10 dernières années est inférieure à la moyenne nationale, soit 37,6% comparé à 48,3%. Le nombre total de diplômés est sensiblement inférieur au nombre de diplômés de 1993 qui se chiffrait à 81, soit une baisse d'environ 15%.

Tendances générales en médecine familiale

Les données présentées plus haut en ce qui a trait aux effectifs en médecine familiale au Canada et au Manitoba permettent de déceler certaines grandes tendances qui pourront être utiles pour déterminer les effectifs requis pour répondre aux besoins médicaux de la population francophone du Manitoba. On note en particulier les tendances suivantes:

- de plus en plus de femmes optent pour la médecine; elles représentent aujourd'hui plus de 50% des diplômés des écoles de médecine au Canada;
- le nombre absolu de femmes en médecine familiale augmente alors que le nombre absolu d'hommes diminue;
- le nombre annuel total de diplômés en médecine au Canada a diminué d'environ 10% au cours des 10 dernières années et de 15% au Manitoba pendant la même période; le nombre de diplômés est cependant à la hausse au cours des deux dernières années tant au plan national que provincial;
- les médecins de famille semblent opter pour la retraite tôt après avoir atteint l'âge de 60 ans.

Diminution des heures de pratique

Selon un sondage récent conduit conjointement par l'Association médicale du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société royale des médecins et chirurgiens du Canada auprès de 21 000 médecins, la moyenne hebdomadaire d'heures de travail pour les femmes médecins est de 45,3 heures et celle des hommes est de 54,3, pour une moyenne globale de 51,6 heures par semaine. De plus, 23% des médecins qui ont répondu au sondage affirment qu'ils réduiront leur charge de travail au cours des deux prochaines années alors que 16% affirment l'avoir déjà fait. Un sur huit des répondants manitobains (13%) indique avoir l'intention de quitter la province du Manitoba d'ici deux ans. Les répondants constatent également que la population vieillissante est plus malade et requiert plus de temps par patient.

Tout porte à croire qu'une présence plus importante de femmes médecins aura des conséquences sur le nombre de médecins requis. Le fait qu'elles doivent souvent conjuguer la pratique médicale avec d'importantes responsabilités familiales a une incidence sur leur pratique médicale. Elles ne sont pas toujours en mesure d'accueillir un aussi grand nombre de patients. D'autre part, les témoignages rendus lors des audiences de la Commission Kirby en 2002 indiquent que les jeunes diplômés en médecine, autant les hommes que les femmes, souhaitent se donner un style de vie plus équilibré entre la pratique médicale et la vie personnelle. Ce phénomène est d'ailleurs déjà bien évident chez la nouvelle génération de médecins de famille qui choisissent de profiter de congés parentaux pour consacrer plus de temps à leur famille ou qui choisissent de partager une pratique médicale de façon à pouvoir se donner plus de temps libre. Une pratique moins intensive par médecin se traduira évidemment par la nécessité d'augmenter le nombre de médecins pour répondre à un même niveau de besoins.

La médecine familiale semble avoir de plus en plus de mal à attirer les diplômés en médecine. Alors que plus de la moitié des médecins en pratique active sont en médecine familiale, de moins en moins de diplômés en médecine indiquent la médecine familiale comme leur premier choix pour le programme de résidence. En 1990, seulement un tiers des diplômés faisaient ce choix alors qu'en 2003, la proportion avait chuté à 24% des diplômés. (J. Tepper, Institut canadien d'information de la santé, 2004.)

Le surplus des années '90 et la pénurie actuelle

Le nombre de médecins a augmenté au cours des 40 dernières années à un rythme qui dépasse la croissance démographique en général. La seule période qui a fait exception à cette tendance est la dernière décennie, période durant laquelle le nombre de médecins a légèrement chuté pendant quelques années pour enfin reprendre son rythme de croissance à la fin des années '90. Cette chute ou ralentissement de croissance est survenue durant une période lorsque les gouvernements tentaient de réduire leurs déficits annuels et la taille de la dette publique. Le Rapport Barer-Stoddart de 1991 affirmait qu'il y avait un surplus de médecins et recommandait entre autre de réduire de 10% les inscriptions aux écoles de médecine. En réduisant le nombre de médecins, les gouvernements voulaient réduire les coûts médicaux. Durant cette même période, le nombre de lits d'hôpitaux a également été substantiellement réduit et de nouveaux systèmes de gestion tels que les offices régionaux ont vu le jour. L'intention politique était d'exercer un plus grand contrôle sur les coûts de santé qui représentaient la dépense publique la plus importante des gouvernements provinciaux. Dix ans plus tard, l'opinion publique n'appuie plus les tentatives de réduire le nombre de médecins. On déplore la longueur des listes d'attente pour obtenir les services médicaux requis et la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille. L'Institut canadien d'information sur la santé rapportait en 2004 que 14% des Canadiens sont sans médecin de famille et que 1,4 millions de Canadiens n'ont pas réussi à trouver un médecin de famille.

Les ajouts requis

Il est à noter que le Canada se situe au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE en ce qui a trait au nombre de médecins par habitants. La moyenne pour les pays de l'OCDE est de 2,6 médecins pour 1 000 habitants alors qu'au Canada le nombre de médecins par 1 000 habitants se situe à 1,9. Le rapport du *Canadian Medical Forum Task Force on Physician Supply in Canada* (novembre, 1999) indiquait que la croissance démographique annuelle au Canada qui est estimée à environ 300 000 à 350 000 exigera à elle seule l'ajout de plus de 600 nouveaux médecins par année pour maintenir une proportion de 1,9 médecins par 1 000 habitants. La *Canadian Medical Task Force* estimait que la croissance démographique jumelée à un taux annuel de retraite et de départs de 3,5% exigerait l'ajout de 2 500 médecins par année. Ces estimés ne tiennent pas nécessairement compte de la tendance vers la réduction d'heures de pratique par médecin.

Certains autres facteurs expliquent l'augmentation continue du nombre de médecins et permettent de penser que cette augmentation continuera au cours des prochaines années. Le vieillissement de la population exigera davantage de services médicaux. Les personnes âgées font plus souvent appel aux services de leurs médecins que les personnes plus jeunes. D'autre part, la présence accrue de nouvelles technologies offre de plus grandes possibilités tant au niveau des diagnostics que des traitements. Il est évident que la population en général qui est de plus en plus renseignée face aux services de santé, veut se prévaloir de ces nouvelles ressources. L'offre de nouveaux services exige un plus grand nombre de médecins. Enfin, certaines maladies telles que le diabète, l'obésité, l'hépatite C et le sida viennent taxer davantage les services médicaux (*Canadian Medical Forum Task Force on Physician Supply in Canada* – novembre 1999). Non seulement la population canadienne augmente mais les attentes de la population en général face aux services médicaux augmentent également.

Les besoins en formation médicale

La Commission Kirby et la Commission Romanow ont toutes deux recommandé aux gouvernements de réduire leur dépendance sur les médecins formés à l'étranger. Tel qu'indiqué plus haut, environ le quart des médecins de famille au Canada ont été formés à l'étranger. Au Manitoba, plus du tiers ont été formés à l'étranger. Alors que les écoles de médecine avaient réduit leurs inscriptions durant la dernière décennie, les gouvernements semblent aujourd'hui disposés à déboursier des fonds supplémentaires pour augmenter le nombre de diplômés en médecine. À titre d'exemple, le financement accordé à la faculté de Médecine de l'Université du Manitoba a permis de faire passer la cohorte annuelle de nouveaux étudiants de 70 à 85; il semblerait même que ce nombre grimpera à 100 d'ici peu.

Selon les renseignements avancés par la *Task Force on Physician Supply in Canada* (L. Tyrrell & D. Dauphinee), il faudrait ajouter environ 2 500 médecins par année pour maintenir la proportion actuelle d'habitants par médecin. Ce nombre se justifie par l'augmentation annuelle de la population canadienne, une augmentation qui se situe entre 300 000 à 350 000, ainsi que par le besoin de remplacer 3,5% des médecins qui quitteront la pratique au cours de chaque année (retraite, décès, émigration). Les écoles de médecine du Canada forment présentement environ 1 600 nouveaux médecins par année. Si celles-ci étaient mandatées de former tous les médecins requis par le Canada pour à la fois répondre au besoin d'une population grandissante et pour ne plus avoir à dépendre sur les médecins formés à l'étranger, tel que recommandé par la Commission Romanow, il faudrait qu'elles augmentent leurs inscriptions étudiantes de plus de 50%. Si on tient compte de facteurs tels que la hausse de participation des femmes à la profession médicale accompagnée d'une réduction du temps moyen consacré à la pratique médicale, il semblerait nécessaire de dépasser ce cap pour maintenir la proportion actuelle d'habitants par médecin.

Les observations avancées plus haut servent à démontrer une tendance incontournable vers l'augmentation du nombre de médecins et une hausse importante au niveau du nombre de médecins qui devront être formés dans les écoles de médecine du Canada au cours des prochaines années.

Les médecins de famille francophones du Manitoba

Distribution géographique des médecins de famille offrant des services en français

Il y a présentement au Manitoba 21 médecins de famille francophones en pratique active. Trois autres médecins francophiles situés au centre de la ville de Winnipeg offrent à l'occasion des services en français à une petite clientèle francophone qui représente moins de 10% de leur clientèle respective. Ces 24 médecins de famille sont répartis sur le territoire manitobain de la façon suivante:

Milieu urbain – Ville de Winnipeg

Vieux St-Boniface	5 médecins
St-Vital	3 médecins
Winnipeg Centre	3 médecins
Total urbain (Winnipeg)	11 médecins

Milieu rural

Région Sud-Est (Ste-Anne)	9 médecins
Région Centrale	4 médecins
Total rural	13 médecins

Total	24 médecins
-------	-------------

Cette distribution permet de constater qu'il y a une présence de médecins en mesure d'offrir des services en français dans la région centrale de la ville et une partie de la région sud (St-Vital). La présence de médecins offrant des services en français en milieu rural est concentrée à Ste-Anne, Notre-Dame-de-Lourdes, St-Claude et Somerset. Les médecins de Ste-Anne opèrent des cliniques hebdomadaires à Lorette, La Broquerie et au Lac Falcon. Cependant plusieurs communautés francophones ou régions urbaines du Manitoba demeurent sans services médicaux en français. À titre d'exemple, certaines communautés rurales à forte concentration francophone telles que St-Pierre, St-Malo, Otterburne, Ile-des-Chênes, Ste-Agathe, St-Adolphe, St-Jean-Baptiste, St-Joseph et Letellier ont accès à aucun médecin de famille francophone dans leurs régions respectives et font face soit à une absence complète de médecins de famille ou à une importante pénurie de médecins de famille pour répondre aux besoins de la population tant anglophone que francophone de ces régions.

Distribution selon le sexe et l'âge des médecins de famille francophones

Les médecins de famille francophones du Manitoba se répartissent presque également entre hommes et femmes, soit une présence plus forte de femmes que pour l'ensemble de la province du Manitoba ou du Canada. Ils se distribuent de la façon suivante selon l'âge et le sexe:

Tableau 3: Distribution selon le sexe et l'âge des médecins de famille francophones au Manitoba

Âge	Nombre Hommes	% Hommes	Nombre Femmes	% Femmes	Nombre Total	% du Total
Moins 30	0		0			
30 à 39	3	30%	7	70%	10	47,6%
40 à 49	5	71,4%	2	28,6%	7	33,3%
50 à 59	2	100%	0	0%	2	9,5%
60 à 64	1	100%	0	0%	1	4,8%
65 à 69	1	100%	0	0%	1	4,8%
70 à 74	0		0		0	
75 à 79	0		0		0	
80 et plus	0		0		0	
Inconnu	0		0		0	
Total	12	57,1%	9	42,9%	21	100%

Il est à noter que pour la catégorie des médecins de moins de 40 ans, 70% sont des femmes alors qu'il n'y a aucune femme médecin francophone âgée de plus de 50 ans.

Distribution de la clientèle francophone et anglophone des médecins de famille francophones

Tous les médecins de famille qui offrent des services en français accueillent également des clients anglophones puisqu'ils sont tous en mesure d'offrir leurs services en anglais. Le pourcentage de leur clientèle francophone reflète généralement la proportion de la population francophone de la région ainsi que le caractère même de la clinique dans laquelle ils pratiquent. À titre d'exemple, 70% des clients du Centre de santé Saint-Boniface sont des francophones alors que seulement 20% des clients de la clinique de la rue Dakota à St-Vital le sont.

Le fait que les médecins francophones consacrent une partie de leur temps à la population anglophone réduit leur temps de disponibilité pour répondre aux besoins de la population francophone. Le tableau suivant présente l'équivalence à plein temps des médecins de famille francophones en fonction du pourcentage de leur clientèle qui est francophone.

Tableau 4 : Équivalence à plein temps des médecins francophones disponibles à la population francophone

Centre médical	Région	Nombre de médecins francophones	% clientèle francophone *	Équivalence médecins à plein temps
Centre de santé St-Boniface	Vieux St-Boniface	3	70%	2,1
Clinique St-Boniface	Vieux St-Boniface	2	50%	1,0
159 St-Anne's Road	St-Vital	1	30%	0,3
1500 rue Dakota	St-Vital	2	20%	0,4
Somerset Place	Centrale (rurale)	1	30%	0,3
St-Claude Clinic	Centrale (rurale)	1	40%	0,4
Clinique Notre-Dame	Centrale (rurale)	2	60%	1,2
Centre médical Seine	Sud-Est (rurale)	9	50%	4,5
Total		21		10,2

* Le pourcentage a été déterminé par chacun des médecins ou par la clinique médicale où il pratique.

Lorsqu'on tient compte de la proportion que constitue la clientèle francophone pour les 21 médecins francophones, on constate que le temps qu'ils accordent à la clientèle francophone équivaut à 10, 2 médecins à temps plein, soit une équivalence de 3,8 médecins pour l'ensemble de la région de Winnipeg et de 6,4 pour l'ensemble des régions rurales.

La communauté francophone du Manitoba

Caractéristiques générales de la communauté francophone du Manitoba

Selon le recensement de Statistique Canada en 2001, le Manitoba comptait 47 francophones sur une population totale de 1 103 695, soit 4,3% de la population manitobaine. Comme c'est le cas pour l'ensemble de la population du Manitoba, les femmes forment la majorité, soit 52,4%.

La Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) rapporte dans son document **Profil des communautés francophones du Canada (2002)** que l'âge médian de la population franco-manitobaine est de 46 ans alors que l'âge médian provincial est de 36 ans, une différence importante en ce qui a trait aux soins de santé pour cette population. Près de 10% de la population francophone du Manitoba déclare avoir une identité autochtone dont 3 015 se disent Métis et 285 sont membres de l'une des Premières nations. Près de la moitié de la population francophone n'a pas complété d'études secondaires alors que seulement 17,2% ont une scolarité universitaire. Ce faible niveau de scolarisation est davantage évident dans les milieux ruraux.

Sept francophones sur dix ont un revenu annuel de moins de 30 000 \$ et un sur quatre a un revenu annuel de moins de 10 000 \$. Moins de 20% des francophones du Manitoba ont un revenu annuel de plus de 40 000 \$. Le revenu annuel moyen des francophones est cependant légèrement supérieur au revenu moyen provincial, soit 27 329 \$ pour la population francophone comparé à 26 416 \$ pour l'ensemble de la province. Il est à noter que 74% de la population francophone tire l'essentiel de ses revenus de l'emploi alors que les transferts fiscaux (prestations d'assurance travail, allocations de vieillesse, etc.) ne comptent que pour environ 15% des revenus de la population franco-manitobaine.

Le nombre de médecins de famille requis par la population francophone

Les données rapportées plus haut ont permis d'identifier les facteurs qui doivent être considérés pour déterminer le nombre de médecins de famille francophones requis pour offrir à la population francophone des services médicaux dans sa langue et sa culture. Les facteurs principaux sont:

- le nombre de francophones au Manitoba;
- le nombre d'habitants par médecin de famille au Manitoba et au Canada;
- le nombre de médecins de famille francophones en pratique active au Manitoba;
- la répartition linguistique de la clientèle des médecins de famille francophones;
- la distribution géographique de la population francophone du Manitoba;
- la distribution géographique des médecins de famille francophones au Manitoba.

D'autres facteurs qui doivent également être pris en cause sont les particularités de la population francophone ainsi que certaines tendances face à la pratique de la médecine familiale.

Le facteur démographique

Selon les données du recensement 2001, la population francophone du Manitoba représente 4,3% de la population manitobaine. En 1971, cette proportion se situait aux environs de 6%. Cette même proportion devrait normalement être reflétée au niveau des médecins de famille du Manitoba. En somme, des 1 075 médecins de famille en pratique active au Manitoba en 2003, au minimum 4,3 % devraient être des francophones, soit plus de 46 médecins francophones. Compte tenu que la proportion de francophones était supérieure à 4,3% durant les décennies précédentes et que les médecins francophones ont été formés durant cette période, le nombre absolu de médecins francophones devrait dépasser le seuil actuel de 46 médecins. Si on retient le pourcentage de francophones de 1971, soit 6% de la population, le nombre actuel de médecins francophones devrait être d'environ 65 médecins.

Le nombre de médecins de famille offrant des services en français au Manitoba est de 24 seulement, dont 21 sont des francophones, soit moins de la moitié de la proportion normale représentée par le pourcentage de la population du recensement de 2001 et moins du tiers selon le pourcentage du recensement de 1971. On peut donc conclure que la population franco-manitobaine est fortement sous-représentée au sein de la profession de médecine familiale depuis plusieurs années. Pour maintenir une proportion naturelle équitable, il aurait fallu au moins doubler, voire même tripler le nombre de diplômés francophones en médecine familiale au cours des 40 dernières années.

Le facteur du nombre d'habitants par médecin de famille

En 2003, on comptait au Manitoba 1 085 habitants par médecin de famille et une moyenne canadienne de 1 036 habitants par médecin de famille. Selon la moyenne provinciale, il faudrait

44 médecins francophones pour répondre aux besoins des 47 560 francophones du Manitoba. La moyenne nationale établirait ce nombre à 46, soit 25 de plus que le nombre actuel.

Le facteur linguistique de la clientèle des médecins de famille francophones

Tel que mentionné plus haut, les médecins de famille francophones accueillent également une clientèle anglophone. Le fait qu'ils soient très à l'aise en anglais et qu'ils ont l'habitude de passer facilement du français à l'anglais et d'une culture à l'autre leur permet de répondre facilement aux besoins médicaux de la population en général. De plus, aucun des milieux dans lesquels ils pratiquent sont exclusivement francophones; en effet, plusieurs de ces milieux sont à prédominance anglophone. La répartition linguistique de leur clientèle a donc tendance à refléter la composition linguistique de leur milieu.

Une analyse du pourcentage de francophones accueillis par les 24 médecins de famille offrant des services en français au Manitoba démontre que le montant de temps qu'ils accordent à la population francophone équivaut à 10,5 médecins à plein temps. Si on s'en tient aux 21 médecins francophones, l'équivalence est de 10,2 médecins à plein temps, soit un peu moins de la moitié de leur temps de pratique (48,6%). On peut donc conclure qu'en tenant compte de la composante linguistique de la clientèle des médecins francophones, il faudrait plus de deux fois le nombre habituel de médecins de famille francophones pour donner à la population francophone un accès équitable à des services médicaux dans sa langue et sa culture. Alors que la moyenne provinciale de 1 085 habitants par médecin de famille indiquerait un besoin de 44 médecins francophones et que la moyenne nationale fixerait le besoin à 46, le facteur de la répartition linguistique de la clientèle des médecins francophones indiquerait un besoin allant de 90 à 95 médecins de famille francophones qui, en accordant 48,6% de leur temps à la population francophone, représenteraient une équivalence à temps plein de 44 à 46 médecins.

Le facteur de la distribution géographique des francophones

Un autre facteur qui doit être pris en cause est la distribution géographique de la population francophone au Manitoba en comparaison à la distribution géographique des médecins francophones. Plusieurs des médecins francophones sont présentement localisés dans des milieux où il y a une plus grande concentration de francophones. Si on voulait offrir des services à des communautés où la concentration de francophones est plus faible, des communautés telles que St-Lazare, St-Georges, Powerview, St-Laurent, Élie, St-François-Xavier, Ste-Rose, Laurier, il est évident que le pourcentage de la clientèle francophone serait bien inférieur au taux des médecins francophones qui pratiquent actuellement au Manitoba dans des régions où la concentration de francophones est plus forte. Pour répondre aux besoins de ces communautés, il faudrait sans aucun doute ajouter au nombre total indiqué plus haut. Sans procéder à une analyse détaillée de la répartition démographique de chacune de ces communautés, il ne serait pas exagéré de prévoir la présence d'au moins un ou deux médecins francophones pour chacune des cinq régions dont le pourcentage de la clientèle francophone serait d'environ 20% de la pratique totale de chaque médecin.

Les effectifs requis

Il faut souligner le fait que les 95 médecins francophones requis pour répondre aux besoins de la population francophone consacraient plus de la moitié de leur temps à la population anglophone. L'ajout d'environ 75 médecins francophones permettrait du même coup de combler la pénurie générale de médecins de famille au Manitoba, une pénurie qui se fera de plus en plus sentir par les départs à la retraite, les réductions de charge de travail et la diminution graduelle du nombre d'habitants par médecin de famille. La possibilité du besoin d'un nombre plus élevé de médecins de famille pour compenser les réductions de tâches d'un nombre croissant de femmes médecins de famille ou les styles de pratique de la nouvelle génération de médecins n'ont pas été prévus dans cet estimé des effectifs qui seront requis. Le tableau 5 présente une récapitulation des effectifs requis de médecins francophones au Manitoba.

Tableau 5: Médecins de famille francophones requis au Manitoba pour répondre aux besoins de la population francophone en 2004

	Région urbaine	Région rurale	Régions éloignées	Manitoba (Total)
A - Population francophone	30 914	15 271	1 370	47 555
B - Nombre actuel de médecins francophones	8	13	0	21
C - % de la clientèle qui est ou serait francophone	47,5 %	49,2 %	20 %	
D - Médecins francophones équivalents à plein temps	3,8	6,4	0	10,2
E - Équivalence requise (1habitant par médecin)	28,5	14,1	1,3	43,8
F - Équivalence à plein temps à ajouter (E moins D)	24,7	7,7	1,3	33,6
G- Nombre de médecins requis (E pondéré par C)	60	29	6,5	95,5
H- Nombre de médecins à ajouter (G moins B)	52	16	6,5	74,5

Les besoins en formation médicale

La pénurie de médecins francophones a une incidence directe sur les besoins en formation médicale. Tel que mentionné plus haut, les francophones du Manitoba sont sérieusement sous représentés au niveau du nombre de diplômés en médecine au Manitoba, un phénomène de longue date lorsqu'on considère la répartition selon l'âge des médecins francophones. Une population francophone qui représente environ 4,5% de la population générale de la province devrait pouvoir normalement compter sur au moins un pourcentage équivalent au niveau des diplômés en médecine. Ce nombre de diplômés devrait normalement être suffisant pour rencontrer les besoins de la population francophone à condition, bien sûr, que le pourcentage de diplômés francophones ait par le passé toujours reflété le pourcentage francophone de la population manitobaine et que ces médecins puissent consacrer tout leur temps exclusivement à la population francophone. Comme on l'a vu plus haut, cela n'est pas le cas. Le nombre actuel de médecins de famille francophones représente moins de la moitié du nombre qui aurait dû être justifié normalement par le pourcentage de la population. D'autre part, les médecins de famille francophones consacrent en moyenne moins de la moitié de leur temps à la population francophone, compte tenu de leur capacité linguistique et culturelle en anglais et du milieu souvent majoritairement anglophone dans lequel ils sont appelés à pratiquer. Toute tentative de prévoir les besoins de formation devra tenir compte de ces facteurs, soit le pourcentage de la population, la sous représentation historique et par conséquent le déficit actuel de médecins de famille francophones et enfin, le montant de temps accordé à la population francophone.

Cette étude a pour but de préciser le nombre d'étudiants et d'étudiantes en médecine qui devront être formés au cours des prochaines années pour répondre aux besoins de la population francophone. Les données rapportées plus haut permettent de constater l'ampleur de la pénurie qui pourra difficilement être comblée en quelques années surtout lorsqu'on tient compte du fait que la formation pour la médecine familiale exige une durée totale de six années d'études médicales et de stage en résidence. Même si un programme intensif de formation était lancé dès cet automne, soit en 2005, les premiers diplômés ne seraient en mesure d'offrir leurs services à la population francophone qu'en 2011. D'autre part, les étudiants et étudiantes en médecine ne se dirigent pas tous en médecine familiale. Moins d'un tiers indiquent la médecine familiale comme leur premier choix. Le nombre d'étudiants et d'étudiantes inscrits en médecine devra refléter cette réalité. Il faudra au minimum refléter la répartition actuelle des médecins du Manitoba qui se répartissent presque également entre la médecine familiale et les spécialités. Les étudiants et étudiantes francophones en médecine devraient normalement refléter cette distribution.

Les effectifs requis pour la formation en médecine familiale présentés au Tableau 6, ci-dessous, tiennent donc compte de ces facteurs, soit:

- le nombre normal d'étudiants francophones en médecine représentant la proportion francophone de la population du Manitoba (4 admissions par année);

- le nombre supplémentaire d'étudiants francophones en médecine pour compenser le pourcentage du temps de pratique médicale accordé à la clientèle non francophone (quatre admissions par année);
- le nombre supplémentaire requis pour éventuellement corriger la pénurie actuelle de médecins francophones (6 admissions par année);
- la répartition des diplômés entre la médecine familiale et les spécialités (50-50);
- le nombre d'années entre l'admission en médecine et la pratique médicale active.

Tableau 6: Plan de formation d'étudiants francophones en médecine (2005-2015)

	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015
Facteur % de la population	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Facteur % clientèle non franco.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Facteur correction de la pénurie	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Total: étudiants en formation	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Total: étudiants diplômés	0	0	0	14	14	14	14	14	14	14
Total: étudiants en Méd. Fam.	0	0	0	0	7	7	7	7	7	7
Total: pratique active Méd. Fam.	0	0	0	0	0	0	7	7	7	7

Le Tableau 6 indique les résultats obtenus en admettant annuellement 14 étudiants francophones en formation médicale au cours des dix prochaines années en prenant pour acquis que tous réussiront à obtenir le diplôme et se partageront également entre la médecine familiale et les spécialités. Si tous choisissent de pratiquer au Manitoba, on aura réussi à augmenter sensiblement le nombre de médecins de famille francophones au Manitoba. Selon les mêmes prémisses, on peut de plus prévoir que six des onze étudiants francophones présentement en formation médicale opteront pour la pratique de la médecine familiale au Manitoba et débiteront leur pratique durant la période 2005 à 2010.

Il est à noter que même après avoir mis en place un plan de formation comme celui présenté au Tableau 6 avec un facteur important de correction pour la pénurie actuelle, les résultats obtenus au cours de cette période n'auront pas permis de combler la pénurie de médecins de famille francophones. Le Tableau 7 présente l'état des effectifs francophones en médecine familiale en fonction des résultats obtenus selon le plan de formation médicale présenté au Tableau 6, tout en tenant compte du nombre d'étudiants présentement en formation et des retraits anticipés.

Tableau 7: Effet du plan de formation sur le nombre de médecins de famille francophones pour la période de 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
En pratique avant 2005	18	18	17	17	17
Début de pratique entre 2005 et 2010	6	6	6	6	6
Début de pratique entre 2011 et 2015	0	7	14	21	28
Total	24	31	37	44	51
Nombre de médecins requis	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5
Surplus (déficit)	(71,5)	(64,5)	(58,5)	(51,5)	(44,5)

Le Tableau 7 tient compte du départ à la retraite des médecins qui étaient en pratique avant 2005. Deux d'entre eux prendront vraisemblablement leur retraite d'ici cinq ans et deux autres d'ici cinq à dix ans. Des 21 médecins francophones présentement en pratique, il en restera donc 17 en 2015. Le Tableau 8 présente les résultats qui seront obtenus si le plan de formation est poursuivi sur une période supplémentaire de cinq ans, soit de 2016 à 2020. Encore une fois, la diminution du nombre de médecins en pratique avant 2005 reflète les départs à la retraite.

Tableau 8: Effet du plan de formation sur le nombre de médecins de famille francophones pour la période de 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
En pratique avant 2005	17	17	16	15	14
Début de pratique entre 2005 et 2010	6	6	6	6	6
Début de pratique entre 2011 et 2015	28	28	28	28	28
Début de pratique entre 2016 et 2020	7	14	21	28	35
Total	58	65	71	77	83
Nombre de médecins requis	95,5	95,5	95,5	95,5	95,5
Surplus (déficit)	(37,5)	(30,5)	(24,5)	(18,5)	(12,5)

Le Tableau 8 permet de constater que le plan de formation n'aura pas permis d'atteindre le nombre de médecins requis en 2020, soit d'ici 15 ans. Il faudra attendre jusqu'en 2022 pour atteindre le niveau requis, alors que la cohorte actuelle de jeunes médecins francophones en pratique active sera sur le point de quitter pour la retraite. Il est à noter que les projections en ce qui a trait au nombre de diplômés qui aboutiront à la pratique active en médecine familiale sont plutôt optimistes. Elles prennent pour acquis que tous les candidats et candidates réussiront leur programme d'étude et que tous maintiendront une pratique médicale à plein temps, chose peu probable. Le facteur de pratique réduite viendra sans doute toucher ces cohortes de jeunes médecins dont la majorité seront des femmes. Leur pratique de la médecine familiale reflétera inévitablement des valeurs personnelles et sociales qui favoriseront une tâche réduite de travail comparée à la pratique traditionnelle. Ce facteur n'a pas été pris en cause dans les projections présentées plus haut. On prend également pour acquis que tous les diplômés opteront de revenir ou de demeurer au Manitoba après leur formation médicale. Il faut donc voir ces nombres comme un grand maximum qui risque fortement de ne pas être atteint, même dans les meilleures circonstances.

Enfin, le plan de formation proposé présente un obstacle de taille peu négligeable, soit celui de pouvoir admettre au cours des 15 prochaines années une cohorte annuelle de 14 étudiants ou étudiantes francophones en médecine. Pour atteindre ce nombre, il faudra sans doute déployer des efforts de recrutement supplémentaires pour attirer le nombre de candidats compétents requis et leur assurer des places dans les facultés de médecine ainsi qu'en stages de formation et de résidence. La partie suivante de l'étude propose certaines pistes de solutions qui pourraient être poursuivies.

Pistes de solution

La pénurie de médecins dans certaines régions du Canada, l'absence d'écoles de médecine dans quelques provinces et le constat que certains groupes ne sont pas équitablement représentés au sein de la profession médicale ont conduit à différentes tentatives pour corriger ces situations.

La pénurie de médecins dans les milieux ruraux

La pénurie de médecins en milieu rural crée une situation problématique partout au Canada. La *Task Force of the Society of Rural Physicians of Canada* avançait récemment une série de recommandations pour combler la pénurie de médecins en milieu rural. Le groupe de travail constatait que 22,4% de la population du Canada vit en milieu rural alors qu'on y retrouve seulement 17,1% des médecins de famille et 2,8% des médecins spécialistes, et que le nombre d'habitants par médecin en milieu rural est sensiblement supérieur à la moyenne canadienne. On indique qu'il faudrait ajouter 1 175 médecins en milieu rural pour atteindre la moyenne nationale.

Le groupe de travail identifiait une autre source d'inquiétude, soit le fait que seulement 10,8% des candidats admis en médecine proviennent du milieu rural, un taux de participation qui devrait plus que doubler pour une représentation équitable d'étudiants en provenance du rural. On notait de plus que seulement 75 des 711 diplômés en médecine familiale au Canada ont opté pour la pratique en milieu rural, un taux de 10,6%, à peu près identique au taux de participation des étudiants ruraux aux programmes de formation médicale. Selon le groupe de travail, des études ont démontré que les étudiants en provenance de milieux ruraux ont cinq fois plus tendance à opter pour la pratique en milieu rural que les candidats urbains.

Les constatations du groupe de travail sur la pratique médicale en milieu rural s'apparentent à la problématique des francophones du Manitoba en ce qui a trait à l'accès à des médecins francophones et au taux inférieur de participation des francophones du Manitoba aux études en médecine.

L'Australie

L'Australie s'est fait un devoir au cours des 15 dernières années de corriger la pénurie chronique de médecins en milieu rural. Ses principaux axes d'action ont été l'ajout de places dans ses écoles de médecine pour les candidats des milieux ruraux et l'offre de bourses aux étudiants du rural pour les encourager à poursuivre des études en médecine. Les résultats ont été des plus positifs: alors qu'en 1989 seulement 10% des étudiants en médecine provenaient de milieux ruraux, le taux de participation était passé à 25% en 2000.

La Saskatchewan et l'Alberta

Les provinces de la Saskatchewan et de l'Alberta sont particulièrement préoccupées par la pénurie de médecins en milieu rural. La Saskatchewan offre cinq bourses d'étude de 18 000 \$ à des étudiants en formation médicale tout en exigeant une promesse de service d'une année en milieu rural pour chaque bourse octroyée. Cette province couvre de plus les frais de déplacement et de logement pour les stages en résidence en milieu rural et a même permis d'augmenter le nombre de semaines de rotation clinique en milieu rural de 12 à 40 semaines. L'Alberta a lancé un programme de recrutement qui encourage les stages de formation en milieu rural et qui fait appel aux services de médecins ruraux comme précepteurs rémunérés. De plus, la province recrute activement des candidats autochtones pour les études en médecine.

Les provinces de l'Atlantique

Le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas d'écoles de médecine. Elles achètent donc des places principalement dans la faculté de médecine de l'Université Dalhousie pour les candidats anglophones et dans la faculté de médecine de l'Université Sherbrooke pour les francophones. Le Nouveau-Brunswick a récemment ajouté 18 places à son programme de résidence pour combler la pénurie de médecins en milieu rural et a augmenté au cours des années le nombre de places achetées à l'Université Sherbrooke pour mieux répondre aux besoins de sa population francophone. Cette province achète aujourd'hui 30 places à l'école de médecine de l'Université Sherbrooke pour assurer la formation en français du nombre requis de médecins francophones, dont quatre places ont été ajoutées tout récemment. La province de l'Île-du-Prince-Édouard a augmenté son achat de places de sept à neuf explicitement en fonction d'augmenter son nombre de médecins de famille.

Le Manitoba

Le Manitoba a également adopté certaines mesures pour répondre à la pénurie de médecins, en particulier dans les régions plus éloignées de la province. La province a choisi d'augmenter de façon importante le nombre de places de formation à la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Les admissions annuelles sont passées de 70 à 85, et il semblerait qu'une autre augmentation de 15 admissions est prévue au cours des deux prochaines années.

L'Université du Manitoba a pour sa part mis sur pied un programme pour encourager la participation de la population autochtone aux études en médecine. Depuis 1979, elle leur offre un programme spécial pour préparer les candidats intéressés aux études en médecine. Elle réserve également aux autochtones 10% des places de son programme de physiothérapie. Tout récemment, sa faculté de Médecine a accepté de réserver deux places pour les diplômés bilingues (français/anglais) dans son programme de résidence en médecine familiale.

Le Canada

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) a réussi à obtenir l'appui financier de Santé Canada pour la formation de professionnels en santé pour les communautés francophones minoritaires du Canada, soit 63 millions \$ répartis sur cinq ans et alloués aux établissements postsecondaires responsables des diverses formations. Cette injection de fonds permet à la faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa d'admettre une cohorte de francophones en provenance de communautés minoritaires au Canada. Huit places par année ont été prévues pour l'ensemble des francophones vivant à l'extérieur du Québec et de l'Ontario, un nombre nettement inférieur aux besoins des communautés en question.

Solutions possibles

Les expériences mentionnées plus haut permettent de constater que lorsque les gouvernements et les universités reconnaissent un besoin, ils sont en mesure de déployer les moyens nécessaires pour y répondre. Les résultats de cette étude ont démontré que le nombre de médecins de famille francophones est loin de rencontrer les besoins de la population francophone du Manitoba. Depuis plusieurs années, la population francophone est sous représentée au chapitre de la formation médicale. La conjoncture actuelle se prête particulièrement bien à apporter un correctif à cette situation. En effet, le gouvernement du Manitoba veut augmenter le nombre de places en formation médicale de façon substantielle. D'autre part, Santé Canada accepte de contribuer directement à la formation de médecins pour les communautés francophones en milieux minoritaires par le biais du Consortium national de formation en santé. La faculté de Médecine de l'Université du Manitoba accepte de réserver des places de résidence en médecine familiale à des candidats bilingues. Un Comité de gestion de la formation médicale du CNFS a été créé pour identifier les besoins en formation médicale pour la population francophone et prêter main forte à toute initiative qui contribue à la formation médicale. Ces mesures témoignent d'une volonté de la part des différents intervenants de répondre aux besoins de la pénurie de médecins de famille francophones. Mais à la lumière des résultats de notre étude, force nous est de constater que ces mesures demeurent encore trop modestes et ne réussiront pas à corriger la pénurie indiquée plus haut.

La décision de Santé Canada de financer la formation de médecins francophones à la faculté de Médecine de l'Université d'Ottawa pour les communautés francophones en milieu minoritaire est évidemment un pas dans la bonne direction. Malheureusement le nombre de places accordées aux francophones vivant à l'extérieur du Québec et de l'Ontario est bien loin du nombre requis. Les francophones du Manitoba peuvent au mieux compter sur deux ou trois des huit places prévues à l'Université d'Ottawa. On est bien loin des 14 places indiquées par le plan de formation présenté plus haut. Il n'en reste pas moins que le programme de formation médicale du Consortium de formation en santé financé par Santé Canada est en soi un élément important de solution. Il faudrait que ce programme soit augmenté de façon à pouvoir admettre un plus

grand nombre d'étudiants francophones du Manitoba. On devrait pouvoir compter sur au moins quatre à cinq places. Compte tenu que les droits de scolarité pour les études en médecine à Ottawa sont passablement élevés et que les études hors province entraînent obligatoirement des coûts supplémentaires pour le logement et les déplacements, la province du Manitoba devrait mettre en place un programme d'aide financière pour les étudiants francophones qui choisissent de faire leurs études médicales dans leur langue maternelle à Ottawa.

Tel que mentionné plus haut, le programme de formation médicale financé par Santé Canada ne suffira pas pour combler la pénurie. Il faudra prévoir d'autres éléments de solution pour arriver au nombre requis. Le gouvernement du Manitoba et la faculté de Médecine de l'Université du Manitoba devraient être en mesure de mettre en place un plan d'action qui permettrait de répondre au besoin. Le fait qu'on prévoit ajouter de nouvelles places à la faculté de Médecine est l'occasion toute désignée pour augmenter la participation des francophones aux études médicales au Manitoba. Sur les 100 candidats qui seront admis au cours des prochaines années, quatre ou cinq des candidats admis devraient normalement être des francophones, reflétant le poids démographique de la population francophone du Manitoba. Compte tenu que ce nombre doit être augmenté pour corriger la sous représentation du passé, on devrait viser admettre au total une dizaine de francophones par année.

Il va sans dire que l'admission d'une cohorte annuelle de dix étudiants à la faculté de Médecine du Manitoba exigera des mesures spéciales pour répondre aux besoins de formation de ces étudiants. Le nombre sera suffisamment important pour prévoir la possibilité de leur offrir au moins partiellement une formation en français. La faculté de Médecine n'a sans doute pas à l'heure actuelle les capacités d'offrir une programmation parallèle en français. Elle pourrait cependant choisir d'établir un partenariat avec une école de médecine francophone pour profiter de compétences professionnelles et linguistiques supplémentaires. On pourrait voir à développer une programmation à distance ou offrir des cours intensifs sur place ou encore faire appel à un ou des stages d'étude à l'école de médecine partenaire. Un tel partenariat pour répondre au besoin de formation en français pourrait d'ailleurs s'avérer bénéfique pour d'autres dimensions des programmes de formation de chacun des partenaires. Ce modèle de coopération aurait le potentiel de retenir l'attention voire même l'appui financier du gouvernement fédéral ainsi que des gouvernements provinciaux en cause. On ne pourrait qu'applaudir une initiative interprovinciale qui tente de répondre de façon novatrice à un besoin bien concret d'un groupe défavorisé.

Le plan de formation mentionné plus haut précise qu'il faudrait, au cours des prochains 20 ans, 14 étudiants francophones par année en formation médicale avec l'espoir que sept diplômés par année opteront pour la pratique de la médecine familiale au Manitoba. Il faudrait donc que le programme de résidence en médecine familiale du Manitoba soit en mesure d'accueillir ce nombre. En somme, il faudrait ajouter cinq places aux deux places prévues actuellement. Le gouvernement provincial aurait à assurer le financement requis pour rencontrer ce besoin.

L'admission à chaque année de 14 étudiants francophones aux études médicales présente en soi un défi de taille. Dans un premier temps, il faudra consacrer des efforts supplémentaires pour identifier des candidats qui seront non seulement en mesure de réussir la formation proposée mais qui auront également les compétences et dispositions voulues pour bien s'acquitter de leurs responsabilités comme professionnels en médecine. Un programme de sensibilisation et de recrutement de jeunes francophones pour la profession médicale devra être mis en place avec la participation d'établissements et d'organismes tels que le Collège universitaire de Saint-Boniface et la Division scolaire franco-manitobaine, ainsi qu'avec l'appui des médecins francophones du Manitoba. Le Comité de gestion de la formation médicale du CNFS (Manitoba) serait tout désigné pour diriger cet effort de sensibilisation et de recrutement. Le gouvernement provincial devrait voir à lui accorder le financement requis pour s'acquitter de cette responsabilité. Dans un deuxième temps, il y aura lieu de prêter une attention toute particulière au processus d'admission des candidats. Il faudra en somme s'intéresser à la fois aux critères d'admission et à la composition du comité d'admission. Les écoles de médecine n'utilisent pas nécessairement des critères identiques pour l'étude des candidatures et le choix des candidats. On devra être particulièrement sensible aux dimensions linguistiques et culturelles en cause lors du processus d'admission. Il s'agira en somme de mettre en place un processus qui évitera d'écarter de bons candidats au lieu de s'en tenir à un processus qui dans le passé a peut-être été à la source d'une sous représentation de population francophone aux études médicales. Un traitement semblable pour tous les candidats n'est pas en soi un gage d'équité. Le Comité de gestion de la formation médicale du CNFS (Manitoba) devrait être invité par la faculté de Médecine à participer au processus d'admission tant au niveau du choix des critères d'admission que de la présence au comité même pour le choix des candidats. Il existe présentement à la faculté de Médecine une volonté de répondre aux besoins de la population francophone du Manitoba. Cette ouverture se veut conforme aux résultats visés par Santé Canada dans son document intitulé Imputabilité sociale: une vision pour les facultés de médecine du Canada (2001):

«La pertinence des activités sous-entend que les facultés de médecine, ensemble avec les gouvernements, la profession et d'autres intervenants majeurs du système de santé, abordent systématiquement les besoins prioritaires, incluant l'accessibilité aux services, la formation de la combinaison et du nombre appropriés de médecins, et leur répartition géographique nécessaire pour rencontrer les besoins de la communauté. Les soins de santé de haute qualité se fondent sur les données probantes, sont globaux et respectueux des différentes cultures...» p. 1

Les solutions présentées plus haut sont semblables à celles qui ont été tentées ailleurs avec succès. D'ailleurs, plusieurs des éléments de solution sont déjà en place tels que le programme de formation médicale du Consortium national de formation en santé, la prévision de places pour le programme de résidence en médecine familiale et un partenariat de plus en plus évident entre les facultés de médecine, les médecins francophones du Manitoba et la communauté francophone. Il s'agit de bâtir sur ces éléments tout en y ajoutant des approches imaginatives pour pouvoir éventuellement répondre équitablement aux besoins médicaux de la population francophone du Manitoba.

Conclusion

La population francophone du Manitoba n'a pas suffisamment accès aux services médicaux dans sa langue à cause d'une pénurie de médecins de famille francophones. La population francophone est sérieusement sous représentée au niveau des diplômés en médecine, et ce depuis plusieurs années. Il faudrait plus que doubler le nombre de médecins de famille francophones au Manitoba pour lui donner une représentation qui convient à son pourcentage de la population manitobaine.

Les médecins de famille francophones accordent en moyenne plus de la moitié de leur temps à des clients anglophones. Le pourcentage de leur clientèle anglophone reflète habituellement la composition linguistique du milieu dans lequel est située leur pratique. Le temps qu'ils accordent à leur clientèle anglophone diminue proportionnellement leur temps de disponibilité pour la population francophone. Il faudrait donc plus de deux fois le nombre normalement requis de médecins francophones pour donner à la population francophone un accès équitable à des services médicaux dans sa langue et culture.

La meilleure façon d'assurer un plus grand nombre de médecins francophones est par le biais de la formation médicale. Un plan de formation soutenu par les gouvernements provincial et fédéral avec la participation des facultés de médecine est essentiel pour établir un niveau acceptable de services médicaux disponibles à la population francophone du Manitoba. Plusieurs des éléments de base de ce plan ainsi que les mécanismes requis pour lui donner l'essor nécessaire sont déjà en place. Les résultats d'un tel projet de coopération entre les deux niveaux de gouvernement, les facultés de médecine et la communauté francophone du Manitoba auront des retombées positives pour tous ceux qui y participent.

Bibliographie

Barer, M.L. & Stoddard, G.L., *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*, prepared for the Federal/Provincial/Territorial conference of Deputy Ministers of Health, Ottawa, 1991.

Barer, M.L. & Stoddard, G.L., *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, June, 1999.

Chan, Ben, MD, MPH, MPA, *Physician Workforce Planning: What Have We Learned?: Lessons for Planning Medical School Capacity and IMG Policies.* International Medical Workforce Conference: Oxford, UK, 2003.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Michael Kirby, président, *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada: Le temps d'agir*, novembre 2003.

Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada, *Profil de la communauté francophone du Manitoba*, mars 2004, 2^e édition.

Fried, B.J., *Physician Resource Planning in an Era of Uncertainty and Change*; CMAJ/JMAC 1997; 157:1227-8.

Gouvernement du Canada, *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guidé par nos valeurs*, Roy L. Romanow, c.r., Commissaire, Rapport final, novembre 2002.

Gouvernement du Manitoba, *Commission sur les services en langue française, Rapport Chartier*, l'honorable juge Richard Cartier, Commissaire, mai 1998.

Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données nationale sur les médecins, Médecins équivalents à temps plein*, Canada 2002-2003, Ottawa, 2003.

Ministère de la Justice du Canada, *La loi sur les langues officielles*, L.R. (1985), ch. 31 (4^e suppl.), 1988, ch. 38, sanctionné le 28 juillet 1988.

New Brunswick Regional Health Authority 2, *Final report of the Physician Resources Committee*, June, 2003.

Pinette et al, *Training Aboriginal Health Care Professionals in Manitoba*, CMAJ/JAMC, June 13, 2000; 162 (12).

Roos, Noralou P., *Physician Resource Planning: ways and means*. CMAJ/JAMC 1997, volume 157, numéro-9/1.

Rourke, James, *Strategies to Increase the Enrolment of Students of Rural Origin in Medical School: Recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada*, Canadian Medical Association Journal, January 4, 2005.

Santé Canada, *Imputabilité sociale: une vision pour les facultés de médecine du Canada*, Publications Santé Canada, Ottawa, Ontario, 2001.

Tepper, Joshua, *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001*, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

Tyrrell, L. & Dauphinee, D., *Canadian Medical Forum Task Force on Physician Supply in Canada*, November 22, 1999.