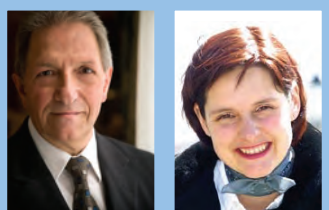


# MÉDECINS SPÉCIALISTES AU QUÉBEC : ÉVALUATION DE L'OFFRE DE RÉSERVE

Au Canada, les listes d'attente pour des services médicaux sont péniblement longues. Trop de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille, et notre faible proportion de médecins spécialistes par rapport à la population est de plus en plus inquiétante. Une meilleure utilisation de l'offre de travail des médecins spécialistes, par le biais de la pratique mixte, pourrait-elle résoudre en partie ces problèmes? Pour y répondre, l'Institut économique de Montréal (IEDM) a mené une enquête auprès des médecins spécialistes afin de déterminer si certains d'entre eux seraient prêts à travailler des heures supplémentaires dans le secteur privé, au-delà de leur engagement à l'égard du système public.



Cette Note économique a été préparée par **Marcel Boyer**, vice-président et économiste en chef de l'IEDM et titulaire de la chaire Bell Canada en économie industrielle de l'Université de Montréal et par **Julie Frappier**, économiste de la santé et titulaire d'une maîtrise en économie de l'Université de Montréal.

En 2007, les dépenses de soins de santé au Canada se chiffraient à 160 milliards \$, en hausse de 6,6 % par rapport à 2006. Comparé aux autres pays membres de l'OCDE, le Canada est en queue de peloton pour l'accès aux médecins spécialistes, produit des temps d'attente plus longs, parvient moins bien à prévenir les décès de causes évitables et affiche des coûts de santé par habitant parmi les plus élevés<sup>1</sup>.

Le secteur privé peut fournir des ressources pour améliorer la situation. Mais les systèmes provinciaux de soins de santé fonctionnent d'après les contraintes de la *Loi canadienne sur la santé*. Celle-ci exclut en grande partie la participation du secteur privé dans la prestation d'assurance médicale ou de soins de santé.

En 2005, l'arrêt *Chaoulli* de la Cour suprême du Canada a ouvert une brèche dans le monopole des soins médicaux par l'État, en incitant les gouvernements à autoriser l'obtention d'assurances privées pour trois procédures chirurgicales. En août de la même année, les délégués de l'Association médicale canadienne adoptaient une motion en faveur de l'accès aux services de santé privés et aux assurances médicales privées, dans les circonstances où les patients sont

incapables d'obtenir l'accès en temps opportun à des soins dans le système de santé public<sup>2</sup>.

Mais l'arrêt *Chaoulli* laisse intacte la barrière hermétique entre les secteurs public et privé à l'égard de la participation des médecins dans la prestation des soins de santé. L'Association médicale du Québec est pour le maintien de cette barrière. Toutefois, l'AMQ a déclaré en 2006 qu'il « faut reconnaître que, dans certaines circonstances, il pourrait être tout à fait approprié, même souhaitable, que les médecins soient autorisés à offrir des services dans les deux secteurs »<sup>3</sup>. Le mémoire présenté par le Dr Robert Ouellet, alors président de l'Association médicale du Québec, devant la Commission des affaires sociales le 5 avril 2006,

ajoutait : « Dans le cas des spécialités chirurgicales, par exemple, nos chirurgiens ne peuvent obtenir suffisamment de temps d'opération. De nombreux chirurgiens opèrent à peine plus d'un jour par semaine dans les institutions publiques »<sup>4</sup>.

## Des ressources sous-utilisées

L'utilisation sous-optimale des ressources du système de santé québécois a déjà été démontrée par l'IEDM. En décembre 2007,



1. OCDE, *OECD Health Data 2007*. Version 07/18/2007, 2007. Aussi discuté dans Nadeem Esmail et Michael Walker, *How good is Canadian health care? 2007 Report*, Institut Fraser, 2007.
2. Barbara Sibbald, « CMA okays private health care for waiting patients », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 173, no 6 (13 septembre 2005).
3. Site Web de l'AMQ (2006).
4. Extraits du mémoire présenté par le Dr Robert Ouellet, alors président de l'Association médicale du Québec, devant la Commission des affaires sociales, 5 avril 2006.

une enquête de l'IEDM auprès de 23 hôpitaux révélait que les salles d'opération sont sous-utilisées<sup>5</sup>, avec un taux d'occupation d'environ 50 % pour les quarts de jour en semaine. Un résultat bien en dessous du taux d'utilisation souhaitable d'une salle d'opération<sup>6</sup>.

En juin 2008, une étude de l'IEDM sur la disponibilité des infirmières pour la pratique mixte concluait que la pénurie d'infirmières pourrait être moins importante qu'on ne le croit<sup>7</sup>. Plus de la moitié des infirmières (54 %) sont disposées à travailler les jours de semaine dans le secteur privé, en plus de leur semaine de travail normale dans le secteur public. Cela représente au total jusqu'à deux jours supplémentaires de travail par mois ou l'équivalent de plus de 5000 infirmières à plein temps, comparativement à la pénurie estimée ou anticipée officielle de 2643 infirmières en 2008 et de 8733 en 2013<sup>8</sup>. La pénurie de médecins spécialistes pourrait-elle être, comme le cas des infirmières, un mythe, du moins en bonne partie, créé par des inefficacités organisationnelles?

Pour contribuer à ce débat, l'IEDM a mené un sondage afin d'évaluer si, oui ou non, les médecins spécialistes sont prêts à offrir des services au-delà de leur engagement dans le système public, et à quantifier cette offre de réserve, le cas échéant.

L'enquête a utilisé deux formulaires : un questionnaire exhaustif affiché sur le Web et un court questionnaire mettant l'accent sur les paramètres de l'offre de temps en réserve. Ce dernier a été envoyé aux médecins par l'entremise des associations de médecins spécialistes qui ont accepté d'acheminer par courriel le questionnaire à leurs membres.

Les présidents des associations affiliées à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ont été approchés pour solliciter la participation de leurs membres. Après une revue de la littérature sur le sujet, 19 entrevues ont été menées avec les différents présidents de ces associations, afin de valider le cadre contextuel des soins de santé et les hypothèses de l'étude. Le questionnaire a été approuvé par cinq médecins avant le lancement de l'étude, afin d'assurer sa pertinence. Les médecins spécialistes du Québec ont ensuite été invités, sur une base volontaire, à remplir le questionnaire.

L'échantillon étudié était composé de 581 médecins spécialistes. La taille de l'échantillon de chaque question varie selon le taux de

réponse. Près de la moitié des médecins spécialistes interrogés (44 %) sont âgés de moins de 40 ans, 29 % d'entre eux sont âgés de 41 à 50 ans et 25 % sont âgés de 51 à 60 ans. Ce groupe est légèrement plus jeune que l'âge moyen (50,5 ans) des médecins spécialistes de la FMSQ. Les médecins spécialistes près d'atteindre l'âge de la retraite sont moins susceptibles de vouloir offrir de temps pour le secteur privé au-delà de leur engagement à l'égard du système de santé public<sup>9</sup>.

## Des médecins prêts à travailler plus

Les résultats montrent que les médecins spécialistes du Québec veulent protéger le système public de santé. La majorité (68 %) des répondants appuie l'imposition par le gouvernement d'un minimum de 35 heures de travail dans le secteur public avant d'offrir des heures dans le secteur privé.

Toutefois, comme le montre le Tableau 1, de nombreux répondants (43,6 %) sont prêts à offrir du temps dans le secteur privé pendant la semaine, au-delà de leur engagement dans le système public. Respectivement, 38,6 % et 30,4 % d'entre eux sont prêts à offrir du temps les soirs de semaine et les fins de semaine.

Les périodes les plus populaires sont de 1 à 5 heures (20 %, 20 % et 40 % pour les jours de semaine, les soirs de semaine et les fins de semaine respectivement) et de 6 à 10 heures (37 %, 23 % et 23 %). Pour ceux prêts à offrir seulement 1 à 5 heures, la préférence est pour la fin de semaine, alors ceux prêts à offrir 6 à 10 heures préfèrent les jours de semaine.

Nous avons également réalisé une évaluation quantitative du temps de réserve des médecins spécialistes. Ces spécialistes ont affirmé être prêts à offrir 3,98 heures par semaine en moyenne durant les jours de semaine, 3,77 heures durant les soirs de semaine et 3,88 heures les fins de semaine. En supposant qu'ils travaillent 40 heures par semaine, ces nombres d'heures de disponibilité sont équivalents à l'ajout de 790 spécialistes à

*L'Institut économique de Montréal a mené un sondage afin d'évaluer si, oui ou non, les médecins spécialistes sont prêts à offrir des services au-delà de leur engagement dans le système public.*

5. Julie Frappier et Mathieu Laberge, *Portrait de l'utilisation des salles d'opération des hôpitaux québécois*, IEDM, décembre 2007.

6. Le rapport d'une enquête de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers en France a conclu que l'objectif à atteindre serait l'occupation des chambres pendant 75 % et 80 % du temps disponible.

7. Julie Frappier, *La disponibilité des infirmières pour la pratique mixte*, IEDM, juin 2008.

8. Ministère de la Santé, *Étude des crédits 2008-2009, Réponses aux questions particulières*, vol. 1, p. 100 et 142.

9. La grande majorité des répondants étaient des femmes (84 %). Ces données ne sont pas représentatives des groupes de spécialistes médicaux des membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). La ventilation par sexe de la FMSQ est de 33 % de femmes et 67 % d'hommes. Dans un effort visant à évaluer l'impact de l'écart entre la population pour la présente étude et celle de la FMSQ, nous avons effectué une sous-analyse pour comparer le temps de réserve offert au secteur privé des hommes à celui des femmes médecins spécialistes. Les résultats ont montré qu'il n'y avait aucune différence dans la volonté d'offrir du temps de réserve au-delà des engagements à l'égard du système de santé public.

TABLEAU 1

La disposition des médecins spécialistes à offrir des services dans le secteur privé<sup>10</sup>

	Jours de semaine	Soirs de semaine	Fins de semaine
<b>PROPORTION DE RÉPONDANTS PRÊTS À OFFRIR DU TEMPS</b>			
Moyenne des répondants	43,6 %	38,6 %	30,4 %
<b>PROPORTION DES RÉPONDANTS PRÊTS À OFFRIR AU MOINS UNE HEURE</b>			
Moyenne des répondants (incluant les répondants indécis quant au nombre d'heures)	51,2 %	53,2 %	70,9 %
<b>TEMPS DE RÉSERVE MOYEN (HEURES) PAR SEMAINE</b>			
Tous les répondants (incluant les zéros et excluant les répondants indécis quant au nombre d'heures)	2,38	3,73	3,75
Tous les répondants (incluant les zéros et incluant les répondants indécis quant au nombre d'heures)	3,98	3,77	3,88
Tous les répondants (excluant les zéros et excluant les répondants indécis quant au nombre d'heures)	7,78	7,10	5,48

temps plein durant les jours de semaine, 740 durant les soirs de semaine et 1924 durant les fins de semaine (voir Tableau 2).

Fait intéressant, les réponses des médecins spécialistes sont ambiguës lorsque confrontées à des questions concernant le secteur privé et public. Pour les jours de semaine, 51,2 % d'entre eux ont indiqué qu'ils sont prêts à offrir un nombre d'heures précis dans le secteur privé, au-delà des heures qu'ils offrent dans le secteur public. Mais seulement 43,6 % ont affirmé vouloir offrir du temps dans le secteur privé. Cet écart de 7,6 points de pourcentage est un indicateur du dilemme auquel font face les médecins spécialistes lorsqu'ils ont à choisir entre le public et le privé : protéger le système public et saisir la possibilité de réduire les listes d'attente.

## Conclusion

La présente Note a examiné la possibilité d'autoriser des médecins spécialistes à travailler à la fois dans les secteurs public et privé de soins de santé. Les résultats montrent que 43,6 % des médecins spécialistes sont prêts à offrir du temps dans le secteur privé les jours de semaine, au-delà de leur engagement dans le

système public. Globalement, cela équivaut à ajouter 790 médecins spécialistes à plein temps les jours de semaine, 740 les soirs de semaine et 1924 les fins de semaine. Ainsi, autoriser les médecins spécialistes à travailler à la fois dans le public et le privé permettrait de combler en bonne partie la pénurie de spécialistes.

De nombreuses mesures seront nécessaires pour corriger la pénurie de médecins spécialistes. Ce rationnement est dû à plusieurs causes, incluant des ressources financières limitées, une

pénurie de personnel spécialisé, un manque de disponibilité de lits, etc. Toutefois, il est possible de maximiser l'offre actuelle d'heures disponibles en autorisant les médecins spécialistes à travailler à la fois dans le secteur public et le secteur privé.

Par contre, les systèmes de santé provinciaux doivent encore tenir compte des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, qui impose des contraintes sur les régimes d'assurance provinciaux et s'oppose à des réformes qui pourraient améliorer l'accès (et donc la santé des patients) et alléger la pression sur les contribuables<sup>11</sup>. Nous savons déjà que nos salles d'opération sont

*Ces nombres d'heures de disponibilité sont équivalents à l'ajout de 790 spécialistes à temps plein durant les jours de semaine.*

10. Dans ce tableau, les « répondants prêts à offrir du temps » réfèrent à la proportion de répondants qui sont prêts à offrir du temps pour le secteur privé en plus de leur temps dans le secteur public. Les « répondants prêts à offrir au moins une heure » réfèrent à la proportion de répondants qui sont prêts à offrir au moins une heure à l'extérieur du système de santé public, au-delà de leurs tâches dans le secteur public. Les « répondants indécis quant au nombre d'heures » se réfèrent aux répondants qui ont affirmé qu'ils étaient prêts à offrir du temps, mais qui n'ont pas indiqué le nombre d'heures qu'ils seraient prêts à offrir. « Excluant les répondants indécis quant au nombre d'heures » signifie que nous avons considéré ces répondants comme prêts à offrir zéro heure. « Incluant les répondants indécis quant au nombre d'heures » signifie que nous avons considéré ces répondants prêts à offrir le même nombre d'heures moyen que ceux qui ont répondu à la question.

11. Philippe H. Trudel, Bruce W. Johnston et Michel Bédard, *Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique?*, IEDM, avril 2003.

**TABLEAU 2**  
**Nombre équivalent de médecins spécialistes à temps plein par semaine**  
 (sur la base d'une population totale de 7935 médecins spécialistes)

	Heures offertes / semaine	Semaine normale (heures)	% de la semaine de travail	Équivalent en médecins spécialistes à temps plein
<b>JOURS DE SEMAINE</b>				
Incluant les valeurs nulles et excluant les répondants indécis	2,38	40	6 %	472
<b>Incluant les valeurs nulles et incluant les répondants indécis</b>	<b>3,98</b>	<b>40</b>	<b>10 %</b>	<b>790</b>
<b>SOIRS DE SEMAINE</b>				
Incluant les valeurs nulles et excluant les répondants indécis	3,73	40	9 %	740
<b>Incluant les valeurs nulles et incluant les répondants indécis</b>	<b>3,73</b>	<b>40</b>	<b>9 %</b>	<b>740</b>
<b>FINS DE SEMAINE</b>				
Incluant les valeurs nulles et excluant les répondants indécis	3,75	16	23 %	1860
<b>Incluant les valeurs nulles et incluant les répondants indécis</b>	<b>3,88</b>	<b>16</b>	<b>24 %</b>	<b>1924</b>

utilisées à moins de 50 % de leur capacité. Nous savons également que de nombreux médecins et infirmières seraient disposés à offrir plus d'heures, et donc plus de soins aux citoyens québécois, s'ils étaient autorisés à fournir des heures de travail dans le secteur privé après avoir effectué leur service dans le secteur public. Tant que l'ouverture à une plus grande participation du secteur privé – tout en préservant le rôle d'assureur de l'État – continue d'être bloquée, le gaspillage de ressources va se poursuivre.

*Autoriser les médecins spécialistes à travailler à la fois dans le public et le privé permettrait de combler en bonne partie la pénurie de spécialistes.*

Pourtant, des exemples de participation du secteur privé dans les soins médicaux abondent dans les sociétés sociales-démocrates comme le Canada. La pratique mixte est particulièrement répandue en Europe. C'est grâce à l'utilisation de systèmes où les secteurs public et privé coopèrent dans le giron d'une assurance santé universelle que plusieurs pays dont la France, la Suède et beaucoup d'autres sont en mesure de mieux servir leurs citoyens que nous.

Le système de santé public français, notamment, affiche des résultats supérieurs au nôtre dans la plupart des domaines, en particulier pour le temps d'attente et le taux de mortalité évitable. Le système français nous montre que des fournisseurs privés en soins de santé peuvent apporter une contribution importante à la santé publique, en aidant la société à atteindre les objectifs d'accessibilité et d'universalité des soins. En Allemagne, le système fournit un accès universel aux soins de santé, mais les prestataires de services viennent autant du privé que du public. Résultat : les listes d'attente y sont pratiquement inexistantes.

Nous devons agir maintenant, avant que l'inaccessibilité aux soins de santé n'engendre des effets négatifs importants sur la qualité de vie de la population<sup>12</sup>. Nous avons les ressources. Il faut se donner les moyens de les utiliser.



1010, rue Sherbrooke O., bureau 930  
 Montréal (Québec) H3A 2R7, Canada  
 Téléphone (514) 273-0969  
 Télécopieur (514) 273-2581  
 Site Web www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental.

Présidente du conseil :  
 HÉLÈNE DESMARAIS

Président :  
 MICHEL KELLY-GAGNON

Vice-président et économiste en chef :  
 MARCEL BOYER

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal  
 © 2009

Imprimé au Canada

Illustration :  
 Benoit Lafond

Infographie :  
 Valna inc.

12. Nadeem Esmail et Michael Walker, *How good is Canadian health care? 2007 Report*, Institut Fraser, novembre 2007.