

MAI 2022

UNE PRESCRIPTION POUR CONTRER LA PÉNURIE DE MÉDECINS AU QUÉBEC

Par Krystle Wittevrongel et Maria Lily Shaw

Les deux dernières années ont mis à nu les carences de chacun des systèmes de santé provinciaux. La médiocrité de la performance des systèmes de santé pendant la crise sanitaire n'a malheureusement rien de surprenant quand on sait à quel point le Canada fait piètre figure sur la scène internationale en ce qui concerne les ressources de santé (malgré des dépenses invariablement élevées)¹. Pénuries, listes d'attente, inaccessibilité des services, lacunes structurelles, rien de cela n'est nouveau : nos systèmes de santé sont à bout de souffle depuis des décennies. La pandémie a seulement fait ressortir de façon encore plus aiguë la gravité d'une situation qu'on ne peut plus ignorer.

Afin d'éviter de retomber dans les vieilles habitudes, le Québec devrait inclure le secteur privé dans la prestation des services de santé. En fait, il devrait non seulement inclure, mais favoriser le développement de cliniques et d'hôpitaux indépendants en allégeant les barrières administratives actuellement en vigueur. Ces installations supplémentaires pourraient aider à raccourcir les listes d'attente pour les chirurgies et à atténuer la pression perpétuelle sur le système de santé géré par le gouvernement.

Un autre obstacle au développement d'un système d'établissements privés mais aussi au bon fonctionnement du système public est toutefois le manque de médecins dans la province. Cette publication vise donc à présenter des moyens efficaces pour augmenter le nombre de médecins au Québec afin d'assurer une dotation adéquate dans toutes les installations.



L'ÉTAT DES LIEUX

On mesure notamment la capacité d'un système de santé par le ratio médecins/population. Or, le Canada, à ce titre, se classe systématiquement sous la moyenne de l'OCDE². En effet, en 2019, cette moyenne (3,8 médecins par 1000 habitants) dépassait de 41 % le taux canadien (2,7 par 1000 habitants)³. D'ailleurs, le Canada se situe régulièrement en queue de peloton à ce titre par rapport aux autres pays à haut revenu dotés d'un système de santé public et universel⁴.

Aux élections de 2021, le parti au pouvoir à Ottawa a promis d'injecter 3,2 milliards de dollars dans le réseau pour augmenter les effectifs, y compris celui des médecins⁵. Pourtant, à hauteur de 10,8 % du PIB en 2019, nos dépenses figurent déjà parmi les plus élevées des pays de l'OCDE à revenu élevé qui sont dotés d'un système de santé public⁶ (voir la Figure 1). Ce constat rend la

Cette Note économique a été préparée par **Krystle Wittevrongel**, analyste en politiques publiques à l'IEDM, et **Maria Lily Shaw**, économiste à l'IEDM. La **Collection Santé** de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'entrepreneuriat permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.



pénurie de médecins encore plus déconcertante et sape sérieusement l'idée selon laquelle il suffirait d'ouvrir davantage les coffres de l'État pour régler le problème durablement.

On compte au Canada cinq millions de personnes privées d'un médecin de famille⁷. Il en résulte des délais graves pour l'accès aux soins, surtout au Québec. En 2021, 69 % des Québécois étaient préoccupés par cette question⁸, à juste titre d'ailleurs : dans cette province, près d'une personne sur cinq n'a pas de médecin de famille⁹ et le temps d'attente pour s'en faire assigner un se chiffre en moyenne à 599 jours¹⁰.

C'est de peine et de misère que le Québec fournit des soins de santé primaires à ses citoyens, comme le montre le pourcentage de sa population qui n'a pas accès à un professionnel de la santé sur ce plan, pourcentage qui demeure le plus élevé de toutes les provinces depuis quelques années (voir la Figure 2).

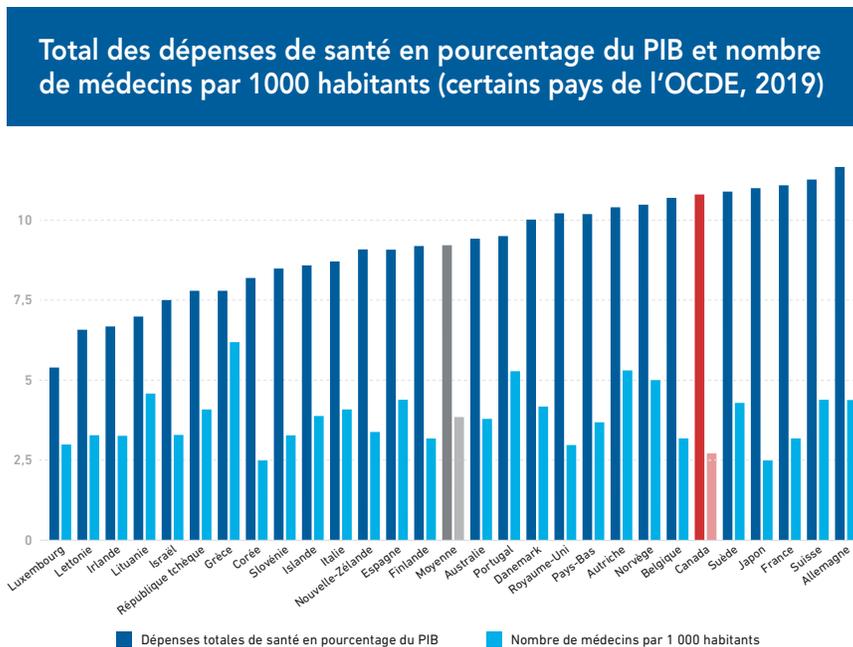
En 2019 – avant la COVID –, le Québec consacrait plus de 47 milliards de dollars¹¹ à son système de santé, soit 10,2 % de son PIB¹² et autant que les Pays-Bas, lesquels sont dotés de 3,7 médecins par 1000 habitants alors que le Québec se contente de 2,5¹³. On ne peut qu'en conclure à une inefficacité patente du système, surtout si on fait peser dans la balance les longues listes d'attente pour l'accès aux spécialistes et aux chirurgies¹⁴.

Ce problème d'accessibilité est d'autant plus grave que les soins primaires jouent un rôle crucial dans la prévention et le traitement des maladies chroniques¹⁵. En effet, des études menées dans les pays de l'OCDE indiquent que la qualité des soins primaires améliore la santé globale de la population telle que mesurée par le taux de mortalité¹⁶, le taux d'hospitalisation en soins ambulatoires¹⁷, l'utilisation inutile des salles d'urgence et des lits d'hôpital¹⁸ ainsi que le poids à la naissance et l'espérance de vie¹⁹, sans parler des coûts plus faibles²⁰. À la vitesse où progresse le vieillissement de la population au Québec²¹, il serait irresponsable de ne rien faire face à la pénurie de médecins.

LES CAUSES

Le manque de médecins au Québec s'explique par plusieurs facteurs législatifs, réglementaires et administratifs. Tout d'abord, il y a les quotas d'admission aux programmes universitaires de médecine. Le gouvernement a certes annoncé une augmentation du nombre d'étudiants pouvant être admis²², mais en 2020-2021, les quatre facultés de médecine au Québec n'ont accueilli que 966 candidats pour en rejeter 9553 autres²³. Cela

Figure 1



Note : Sont représentés ici les 28 pays de l'OCDE qui ont un système de santé universel et qui sont considérés comme à revenu élevé par la Banque mondiale, ainsi que la moyenne de ces 28 pays. En raison de l'état des statistiques de chacun, le nombre de médecins du Danemark, du Japon et de la Suède date de 2018, celui du Luxembourg de 2017 et celui de la Finlande de 2014. Il s'agit du nombre de médecins en exercice dans tous les pays sauf la Grèce et le Portugal, où sont plutôt inclus tous les médecins titulaires d'un permis.
Source : OECD.Stat, Ressources en santé : Médecins, consulté le 8 mars 2022; OECD.Stat, Dépenses en santé et financement, consulté le 10 mars 2022.

signifie qu'au mieux, on comptera 0,11 nouveau médecin par 1000 habitants lorsque cette cohorte aura terminé sa formation, en supposant que tous se rendent au bout de leurs études et exercent au Québec²⁴.

Il y a aussi le processus d'obtention du permis d'exercice, particulièrement complexe et plutôt dissuasif pour les finissants étrangers ou les médecins hors Québec. De fait, la proportion de médecins formés à l'étranger ne cesse de diminuer au Québec depuis 20 ans, s'établissant à 8,2 % à peine en 2021, ce qui est le taux le plus faible du pays, dont la moyenne se chiffre à 25,7 %²⁵ (voir la Figure 3).

Au Québec, près d'une personne sur cinq n'a pas de médecin de famille et le temps d'attente pour s'en faire assigner un se chiffre en moyenne à 599 jours.

Ce faible ratio est d'autant plus étonnant que le Québec a signé avec la France en 2008 une entente de reconnaissance des titres de compétence touchant plusieurs professions, dont celles d'infirmière et de médecin²⁶. Les complications administratives sont toutefois telles que des centaines de médecins français qualifiés se heurtent régulièrement à un refus²⁷. Par exemple, en 2016, seulement 44 % des médecins français ayant présenté une

demande ont pu obtenir un permis d'exercice²⁸. Les médecins québécois qui souhaitent pratiquer en France ont besoin de moins de deux mois pour obtenir une autorisation et commencer à exercer. Pour les médecins français qui franchissent toutes les étapes au Québec, c'est souvent plus de deux ans²⁹.

Le tableau n'est pas plus reluisant pour les médecins arrivant d'une autre province. En fait, pour 14 des 20 dernières années, le Québec a vu partir plus de médecins qu'il n'en a vu arriver³⁰. Les études indiquent que la décision de changer de province, chez les médecins, peut être motivée par divers facteurs tels que les particularités personnelles, les conditions de pratique, la situation familiale, la rémunération et le milieu³¹. Les complications administratives présidant à l'obtention de la reconnaissance du titre et du permis d'exercice jouent alors un rôle majeur³².

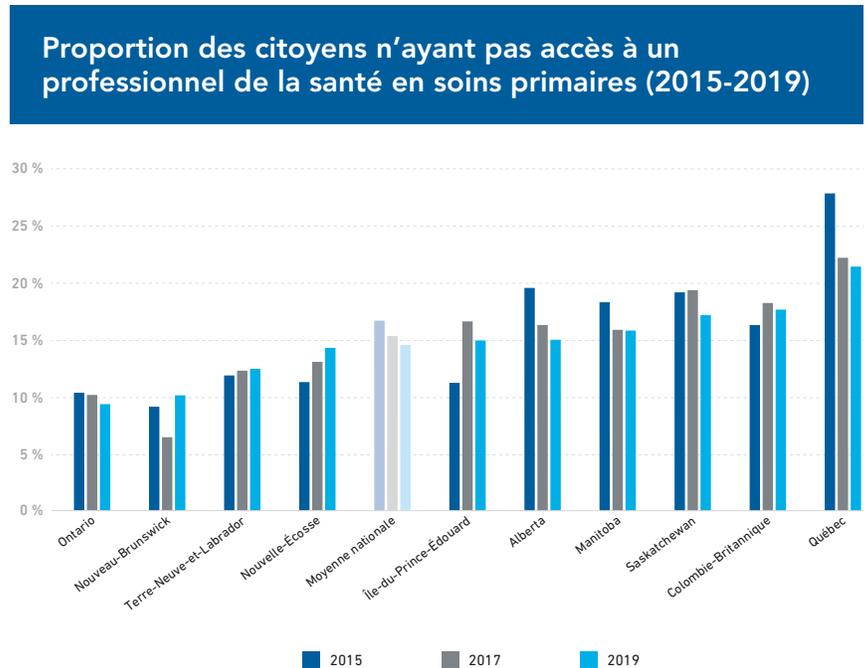
Ainsi, non seulement le Québec n'est pas suffisamment attractif pour les médecins formés à l'étranger, mais il ne l'est pas non plus pour les médecins des autres provinces, et ce, malgré une rémunération plus ou moins équivalente à la moyenne du pays en 2018-2019³³. On ne peut donc pas compter sur les apports extérieurs pour combler la taille insuffisante des cohortes formées dans la province.

Sans compter que les médecins, comme le reste de la population, ne rajeunissent pas. Au cours des 10 dernières années, 14,5 % en moyenne des médecins du Québec avaient passé l'âge habituel de la retraite de 65 ans³⁴. Une étude du Collège des médecins de famille du Canada a révélé que 32,3 % des médecins ayant entre 65 et 74 ans prévoient prendre leur retraite dans les deux ans, de même que 35,4 % des médecins de plus de 75 ans³⁵. Compte tenu de la répartition des âges dans la profession, le Québec peut ainsi prévoir perdre environ 1083 médecins d'ici 2024, soit l'équivalent de plus d'une cohorte universitaire entière étant donné les quotas d'admission présentement en vigueur³⁶.

Compte tenu de la répartition des âges dans la profession, le Québec peut ainsi prévoir perdre environ 1083 médecins d'ici 2024.

Ajoutons que la relève se fait rare chez les médecins de famille : on enregistre une augmentation des postes de résidence vacants dans la province³⁷. Depuis 2013, on

Figure 2



Sources : Statistique Canada, *Fournisseurs habituels de soins de santé, 2017*, gouvernement du Canada, 21 février 2019, p. 4; Statistique Canada, *Fournisseurs habituels de soins de santé, 2019*, gouvernement du Canada, 22 octobre 2020, p. 4; Statistique Canada, *Tableau 13-10-0096-01 : Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, 2021*.

compte ainsi plus de 400 postes de résidence non pourvus au Québec³⁸.

Cela dit, combien de médecins nous faut-il? Même l'Association médicale canadienne ne le sait pas³⁹. Pour atteindre la moyenne de l'OCDE de 2019, soit 3,8 médecins par 1000 habitants, à partir de son chiffre actuel de 2,5, le Québec aurait besoin d'environ 10 135 nouveaux médecins dès aujourd'hui⁴⁰. Compte tenu de la taille des cohortes universitaires, du petit nombre de médecins formés à l'extérieur du Québec entrant sur le territoire, de la répartition des âges et des départs à la retraite planifiés, au rythme actuel, il faudrait au Québec 37 ans pour atteindre la moyenne de 2019 de l'OCDE⁴¹ (voir la Figure 4).

QUE FAIRE? D'ABORD, MIEUX UTILISER LES RESSOURCES EXISTANTES

Le Québec se doit d'améliorer l'accès aux soins de santé pour sa population. En plus d'autoriser la pratique mixte et une croissance dans la participation du secteur privé dans la prestation de soins⁴², un des moyens les plus simples pour y arriver consiste à mieux utiliser les ressources existantes. Pensons aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et aux pharmaciens, qui bénéficient d'une formation comparable à celle des médecins à certains égards et à qui on pourrait déléguer certaines tâches ou fonctions⁴³ afin de permettre aux médecins de se consacrer davantage aux cas complexes ou de suivre davantage de patients.

Certaines modifications législatives récentes au Québec ont accordé plus d'autonomie aux IPS, qui peuvent dorénavant poser certains diagnostics, prescrire des tests à cet effet, exécuter certaines opérations médicales (sutures, injections articulaires) et prescrire et administrer certains médicaments, entre autres⁴⁴, sans être obligées de travailler constamment de concert avec un médecin⁴⁵. Cette autonomie leur permet de prendre en charge plus complètement des patients qui autrement mobiliseraient le temps des médecins.

Cet élargissement de la compétence des IPS est la bienvenue, mais elle demeure limitée. Par exemple, les interventions en santé mentale sont réservées aux IPS spécialisées dans ce domaine, de telle sorte qu'une IPS ayant une autre spécialisation – comme les soins de santé primaires – ne peut s'occuper de manière autonome d'un patient présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété. Or les besoins sont croissants dans ce domaine actuellement, et les services insuffisants.

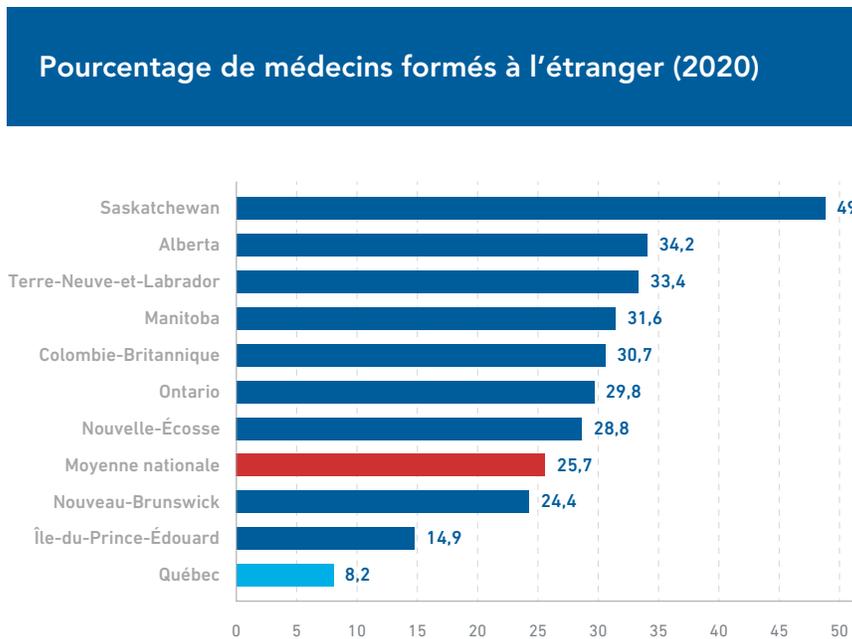
Le recours accru aux IPS devient une solution incontournable quand on constate la progression fulgurante des effectifs de cette profession – une augmentation de 465 % au Québec au cours des 10 dernières années⁴⁶. Il est donc indispensable de faire pleinement appel à ces professionnels de la santé. Les médecins s'opposent toutefois depuis longtemps à l'accroissement de l'autonomie des infirmières praticiennes⁴⁷.

Une recette infaillible pour augmenter le nombre de médecins consiste à mettre un terme aux quotas d'admission.

On peut aussi compter sur un imposant contingent de pharmaciens hautement compétents pour soulager les médecins de certaines tâches. À 1,1 par 1000, le ratio des pharmaciens par rapport à la population au Québec est supérieur à celui d'un bon nombre de pays à revenu élevé de l'OCDE ayant un système de santé financé par les contribuables⁴⁸. La loi 31, entrée en vigueur en 2020, autorise entre autres les pharmaciens à prescrire certains médicaments, à administrer des vaccins ainsi qu'à modifier ou renouveler des ordonnances⁴⁹. Il est évident que, comme pour les IPS, cet apport de professionnels hautement formés et compétents contribuera à accroître l'accès aux soins de première ligne.

Le médecin et le pharmacien ne se concentrent pas sur les mêmes dimensions du problème d'un patient, et la

Figure 3



Source : Calculs des auteures. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 – Données historiques, Tableau 1, Main-d'œuvre des médecins, selon la province, le territoire et la région sanitaire, Canada, 1968 à 2020, 2021.*

meilleure façon d'optimiser la répartition des ressources consistera à faire jouer l'expertise de chacun. Le pharmacien peut facilement régler les questions de médication, tandis que le médecin est là pour évaluer les conditions nécessitant un diagnostic clinique⁵⁰. Sachant que 10 % des visites aux urgences dans notre pays concernent des problèmes de médication, on pourrait alléger la charge des hôpitaux par une collaboration efficace entre les deux professions⁵¹.

La communication est essentielle, autant du côté du patient que du côté du professionnel. D'une part, le patient doit savoir où et comment aller chercher les soins qui conviennent à sa situation, mais d'autre part, les professionnels doivent savoir collaborer et orienter les patients. De cette façon, non seulement on améliorera l'accès général au réseau en libérant du temps aux médecins pour qu'il se consacrent davantage aux cas complexes, mais on s'assurera aussi d'offrir à la population les meilleurs soins possibles.

ENSUITE, AUGMENTER L'EFFECTIF

Une recette infaillible pour augmenter le nombre de médecins consiste à mettre un terme aux quotas d'admission. Compte tenu qu'il faut de six à onze ans pour former un médecin⁵² – sans compter plusieurs années d'études préparatoires –, il n'y a pas de temps à perdre.

Une autre option : attirer des ressources extérieures en abaissant les barrières à l'entrée. Il existe plusieurs raisons motivant les gens à déménager d'un pays ou

d'une province à un autre, mais le prix à payer dans cette décision – notamment en termes de délais administratifs et de complications réglementaires et bureaucratiques pour pouvoir exercer sa profession – jouera un rôle important dans la décision. Ces considérations, qui alourdissent la décision d'émigrer, ne jouent pas en faveur du Québec. En simplifiant les modalités de reconnaissance du titre et des compétences, on pourrait faire beaucoup pour augmenter les effectifs médicaux dans la province.

On pourrait s'inspirer de certaines autres provinces, comme l'Alberta, qui a adopté à la fin de 2021 le projet de loi 49 visant à faciliter la circulation interprovinciale de main-d'œuvre. Il impose un délai maximum de 20 jours ouvrables pour la reconnaissance de la formation et des titres de compétences des médecins et chirurgiens formés dans une autre province, de même que pour d'autres professions réglementées⁵³. En normalisant et en simplifiant la filière administrative, il est possible d'accroître la mobilité et d'accueillir plus de travailleurs qualifiés. Le Québec pourrait suivre cet exemple, sans se limiter aux médecins formés au pays; il pourrait d'ailleurs commencer par mieux tirer parti de son entente avec la France et simplifier l'étude des dossiers français comme la France l'a fait pour le Québec.

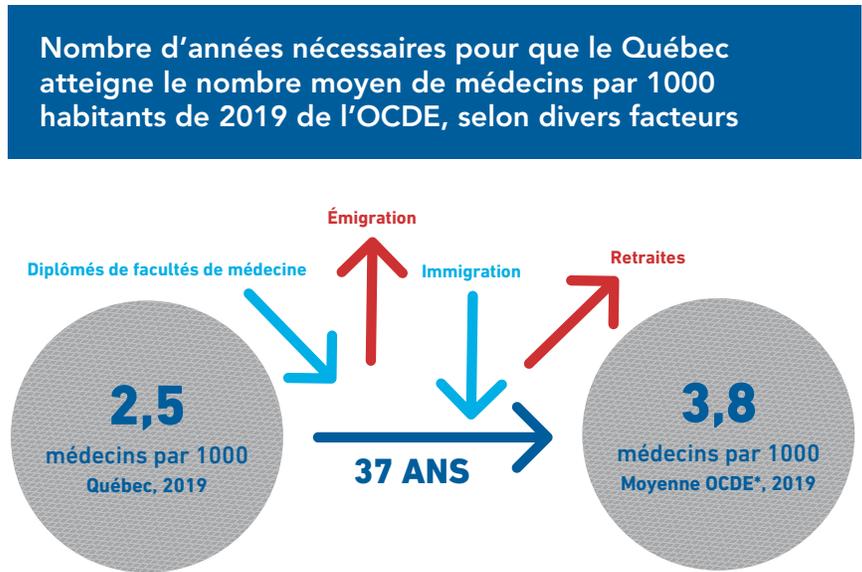
CONCLUSION

Il est indispensable d'élargir le rôle des fournisseurs de soins privés au Québec pour enfin améliorer l'accès des Québécois aux soins. Pour résumer ce qui précède, afin de mettre fin à la pénurie de médecins et d'assurer un personnel adéquat dans toutes les installations, il y a aussi lieu pour le gouvernement :

1. d'optimiser la contribution des professionnels de la santé sur le terrain, tels les IPS et les pharmaciens, afin que les médecins aient davantage de temps à consacrer aux autres patients et aux cas complexes;
2. d'éliminer les quotas d'admissions des facultés de médecine, afin d'augmenter le nombre de médecins et de régler le problème des délais dans le pourvoi des postes de résidence;
3. de faciliter l'intégration de médecins formés à l'étranger ou en provenance d'autres provinces en réduisant les obstacles réglementaires.

Ces recommandations sont concrètes. Elles ont même été éprouvées au Canada dans une certaine mesure. En effet, dans les années 1990, on observait une baisse des effectifs médicaux au pays⁵⁴. À partir de 2003, on a instauré des mesures⁵⁵ telles qu'une augmentation

Figure 4



Note : Cette estimation se base sur la croissance moyenne annuelle de 2 % pour le nombre de médecins et de 1 % pour l'ensemble de la population du Québec. *La moyenne OCDE réfère aux 28 pays inclus dans la Figure 1.
Source : Calculs des auteures. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 – Données historiques*, Tableau 1, *Main-d'œuvre des médecins, selon la province, le territoire et la région sanitaire, Canada, 1968 à 2020, 2021*. OECD.Stat, Ressources en santé : Médecins, consulté le 8 mars 2022.

considérable des admissions aux programmes de médecine (48 %) et l'ouverture des frontières à un plus grand nombre de médecins étrangers⁵⁶, à telle enseigne que le nombre de médecins par 1000 habitants était passé de 2,0 à 2,5 en 2013, une augmentation de 25 %⁵⁷.

Le Québec pourrait commencer par simplifier l'étude des dossiers français comme la France l'a fait pour le Québec.

L'accessibilité est un des cinq piliers de la *Loi canadienne sur la santé*⁵⁸. Pour remplir cette condition, le gouvernement du Québec devrait s'atteler à la tâche de chercher les meilleurs moyens d'augmenter le nombre de médecins dans la province. Compte tenu que 91 % de la population juge nécessaire d'améliorer la capacité du système de santé, cela devrait être une de ses priorités absolues⁵⁹.

RÉFÉRENCES

1. Tristin Hopper, « Why Canada's hospital capacity was so easily overwhelmed by the COVID pandemic », *National Post*, 17 janvier 2022.
2. Moyenne des 28 pays de l'OCDE qui ont un système de santé universel et sont considérés comme à revenu élevé par la Banque mondiale; on peut en voir la liste à la Figure 1. Mackenzie Moir et Bacchus Barua, *Comparing Performance of Universal Health Care Countries, 2021*, Institut Fraser, 2021, p. 4 et 6.
3. OECD.Stat, Ressources en santé : Médecins, consulté le 8 mars 2022.
4. Calculs des auteures. Entre 2016 et 2019, le Canada s'est constamment classé 26^e sur les 28 pays énumérés à la figure 1 en ce qui concerne le nombre de médecins par 1000 habitants. *Idem*.
5. Parti libéral du Canada, *Avançons ensemble*, 2021, p. 3.
6. OECD.Stat, Dépenses en santé et financement, consulté le 10 mars 2022.
7. Tristin Hopper, « Why five million Canadians have no hope of getting a family doctor », *National Post*, 25 janvier 2022.
8. Nathalie de Marcellis-Warin et Ingrid Peignier, *Perception des risques au Québec – Baromètre CIRANO 2021*, Cirano, 2021, p. 90.
9. Michelle Lalonde, « Quebec's family doctor problem: Will Legault's tough talk solve anything? », *Montreal Gazette*, 9 novembre 2021.
10. Patrick Bellerose, « 599 jours d'attente pour avoir son médecin de famille au Québec », *Le Journal de Québec*, 2 août 2021.
11. Calculs des auteures. Exercice 2019, en dollars actuels selon la « feuille de calcul de l'inflation » de la Banque du Canada. Gouvernement du Québec, *Comptes publics 2019-2020 : états financiers consolidés du gouvernement du Québec*, 2020, p. 20.
12. Institut de la statistique du Québec, *Produit intérieur brut régional par industrie au Québec – Édition 2021*, gouvernement du Québec, septembre 2021, p. 10; gouvernement du Québec, *op. cit.*, note 11.
13. OCDE Données, Santé, Ressources en santé, Dépenses de santé, consulté le 10 mars 2022; Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2020 – Données historiques*, tableau 1, *Main-d'œuvre des médecins, selon la province, le territoire et la région sanitaire, Canada, 1968 à 2020*; OECD.Stat, Ressources en santé : Médecins, consulté le 8 mars 2022.
14. Maria Lily Shaw, *Real Solutions for What Ails Canada's Health Care Systems: Lessons from Sweden and the United Kingdom*, MEI, Research Paper, February 2022, p. 14.
15. Association médicale canadienne, *Family Medicine Profile*, août 2018, p. 4.
16. James Macinko, Barbara Starfield et Leiyou Shi, « The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, vol. 38, no 3, 23 mai 2003, p. 846-851.
17. Matthew Niti et Tse-Pin Ng, « Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: Assessing trends and inequities of quality in primary care », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, no 1, 2003, p. 21.
18. Leiyou Shi, « The Impact of Primary Care: A Focused Review », *Scientifica*, 2012, p. 7; Mala Rao et Eva Pilot, « The missing link – the role of primary care in global health », *Global Health Action*, vol. 7, no 1, 2014, p. 2.
19. James Macinko, Barbara Starfield et Leiyou Shi, « Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States », *International Journal of Health Services*, vol. 37, no 1, 2007, p. 121.
20. Barbara Starfield et Leiyou Shi, « Policy relevant determinants of health: an international perspective », *Health Policy*, vol. 60, no 3, juin 2002, p. 205.
21. Institut de la statistique du Québec, *Vers une population de 10 millions de personnes au Québec d'ici 2066*, communiqué du 17 juin 2021.
22. Vincent Larin, « Québec augmente les admissions en médecine », TVA Nouvelles, 22 mai 2020.
23. Calculs des auteures. Association des facultés de médecine du Canada, *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada 2020, 2020*, p. 66 et 150.
24. Calculs des auteures. Tient compte de la croissance démographique qui aura lieu de 2020 à 2031, année où les derniers membres de la cohorte 2020-2021 sont censés être diplômés. Institut de la statistique du Québec, *Population et composantes de l'accroissement démographique, Québec, 1971-2021*, consulté le 10 mars 2022; Association des facultés de médecine du Canada, *idem*.
25. Calculs des auteures. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 13.
26. Gouvernement du Québec, Immigration, Francisation et Intégration, *Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*, consulté le 10 mars 2022. L'inclusion des médecins et des infirmières dans l'entente date de 2010 et 2011. Gouvernement du Québec, Emploi, Entente Québec-France, *Métiers et professions de la France encadrés par l'entente Québec-France*, consulté le 10 mars 2022.
27. Calculs des auteures. Antoine Dumas-Martin, *L'Entente Québec-France et ses limites : le cas des médecins de famille*, École de politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, 2014, p. 9; Sophie Langlois, *Le Québec ferme la porte à près de 200 médecins français*, Radio-Canada, 5 avril 2020.
28. Calculs des auteures. Sophie Langlois, *idem*.
29. *Idem*.
30. Entre 2001 et 2020. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 13.
31. Haizhen Mou et M. Rose Olfert, « Inter-Provincial Migration Intentions of Family Physicians in Canada: The Roles of Income and Community Characteristics », *Healthcare Policy*, vol. 11, no 2, novembre 2015, p. 60-61.
32. Michael Gorman, *Doctors want provincial barriers broken, call for national licensing system*, CBC News, 23 août 2018.
33. En 2018-2019, le paiement clinique brut moyen par médecin se chiffrait à 347 000 \$ pour le Canada et à 345 000 \$ au Québec. Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins au Canada, 2019 : Rapport sommaire*, 2020, p. 26.
34. Calculs des auteures. La moyenne est basée sur la proportion des médecins ayant plus de 65 ans de 2011 à 2020. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 13.
35. Selon le Sondage national des médecins de 2007 mené par le Collège des médecins de famille du Canada. Raymond W. Pong, *Accrocher définitivement son stéthoscope? Vers une nouvelle perspective du départ à la retraite des médecins*, Institut canadien d'information sur la santé, mars 2011, p. 65.
36. Calculs des auteures. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 13; Association des facultés de médecine du Canada, *op. cit.*, note 23.
37. Maude Laberge et Myriam Gaudreault, « Promoting access to family medicine in Québec, Canada: Analysis of bill 20, enacted in November 2015 », *Health Policy*, vol. 123, no 10, octobre 2019, p. 904.
38. Davide Gentile et Daniel Boily, « Orphelin de médecin, pris en charge par une infirmière », Radio-Canada, 23 février 2022.
39. Monica Kidd, « Canada doesn't know how bad its doctor shortage is, let alone how to fix it », *National Post*, 27 octobre 2021.
40. Calculs des auteures. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 13.
41. Calculs des auteures. On suppose ici que l'augmentation moyenne annuelle du nombre de médecins des 20 dernières années, soit 2 %, demeure stable, de même que l'augmentation moyenne annuelle de la population de 1 % pour la même période. Institut canadien d'information sur la santé, *idem*.
42. Marcel Boyer et Julie Frappier, « Medical Specialists in Quebec: How to Unlock the Reserve Supply », IEDM, *Les notes économiques*, avril 2009, p. 2-4; Maria Lily Shaw, *op. cit.*, note 14, p. 53-54.
43. Peter St. Onge et Maria Lily Shaw, *Pour un système de santé fort et résilient après la pandémie – Réformes pour augmenter la capacité d'appoint*, IEDM, Cahier de recherche, décembre 2020, p. 39-40.
44. Gouvernement du Québec, *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, 15 septembre 2021, p. 8; Assemblée nationale du Québec, *Projet de loi no 43 – Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, gouvernement du Québec, 2019, p. 5; Martine Maillé, *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 19 février 2021, p. 25.
45. Irene Sarasua et Christina Kozakiewicz, *New legislation brings big changes for Quebec nurse practitioners and patients*, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École des sciences infirmières Ingram, 11 février 2021.
46. En date du 31 mars 2021, on dénombrait 842 IPS dans la province. Daniel Marleau, *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec, 2020-2021*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021, p. 14.
47. Jocelyne Richer, « 'Super nurses' gain powers, but look for more autonomy », *Montreal Gazette*, 14 février 2018.
48. Calculs des auteures, sur la base d'un effectif de 9460 pharmaciens au Québec en 2019. Comparaison avec les pays énumérés à la figure 1. À 1,1 par 1000, le Québec et le Canada se situent tous les deux au-dessus de la moyenne de 1,0. OECD.Stat, Ressources en santé : Pharmaciens, consulté le 10 mars 2022; Institut canadien d'information sur la santé, *Les pharmaciens au Canada, 2019 — tableaux de données*, 2020.
49. Assemblée nationale du Québec, *op. cit.*, note 44, p. 2.
50. Eugene Y. H. Yeung, « Pharmacists Becoming Physicians: For Better or Worse? », *Pharmacy*, vol. 6, no 3, 2018, p. 3.
51. Cara Tannenbaum et Ross T. Tsuyuki, « The expanding scope of pharmacists' practice: Implications for physicians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, no 14, octobre 2013, p. 1229.
52. Université Laval, Faculté de médecine, Programmes d'études, Résidences (études médicales postdoctorales), consulté le 15 mars 2022.
53. Gouvernement de l'Alberta, *Bill 49: Labour Mobility Act*, octobre 2021; gouvernement de l'Alberta, *Bill 49: Labour Mobility Act occupations*, octobre 2021, p. 1.
54. Benjamin TB Chan, *Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990*, Institut canadien d'information sur la santé, juin 2002, p. 15.
55. Andrei V. Malko et Vaughn Huckfeldt, « Physician Shortage in Canada: A Review of Contributing Factors », *Global Journal of Health Science*, vol. 9, no 9, 1^{er} juin 2017, p. 68.
56. Association des facultés de médecine du Canada, *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada, 2014*, citées dans Andrei V. Malko et Vaughn Huckfeldt, *idem*.
57. Calculs des auteures. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 13.
58. Gouvernement du Canada, *Loi Canadienne sur la santé*, ministre de la Justice, 12 décembre 2017, p. 5.
59. Ipsos, *Sondage santé 2021*, sondage mené pour l'IEDM, novembre 2021, p. 9.

L'Institut économique de Montréal est un *think tank* indépendant sur les politiques publiques. Par ses publications, ses apparitions dans les médias et ses services consultatifs aux décideurs politiques, l'IEDM stimule les débats et les réformes des politiques publiques en se basant sur les principes établis de l'économie de marché et sur l'entrepreneuriat. L'IEDM ne sollicite ni n'accepte aucun financement gouvernemental. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM 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. IEDM © 2022

IEDM 910, rue Peel, bureau 600, Montréal QC H3C 2H8 – T 514.273.0969 iedm.org