



## Fixing the doctor shortage

*Working together to achieve success*

Brian K.E. Hennen, MD, CCFP

At a recent public meeting at the University of Western Ontario in London, Professor Rebecca Coulter, Associate Dean of Education, noted, "We have been, and will continue to be, remarkably bad predictors of labour market needs." This is confirmed by this country's inability to anticipate professional resource needs in both medicine and nursing for the last 30 years.

Even reactions from backbenchers and local politicians from many constituencies claiming shortages of physicians do not seem to impress government cabinets who are determined to keep the numbers of physicians down as a strategy for reducing health care spending and to respond to lobbyists' demands for physician substitutes. Evidence from community hospitals that cannot get doctors to cover shifts in their emergency rooms or from municipal councils whose citizens cannot find family doctors at least provides some validity to the claims medical academics have been making about the current shortage of physicians.

### Convincing government

In 1964, as part of the Royal Commission on Health Services, Judek predicted that medical "manpower" would be in short supply over the next 30 years.<sup>1</sup> During the next few years, Canada saw four new medical schools start up in St John's; Sherbrooke; Hamilton, and Calgary. Eight years ago, Barer and Stoddart<sup>2</sup> convinced the provincial ministers of health that the shortage had been rectified; in fact, that the correction had been overshot. Medical school enrolment was reduced by 10%.

Despite a barrage of reports from the offices of the Association of Canadian Medical Colleges that there continues to be too few medical students and despite attempts to get better data, academic medicine has not been able to convince governments and their advisors to increase the numbers of medical students or maintain the necessary numbers of residency places required to replenish and augment Canada's supply of doctors. Provincial licensing bodies, generally encouraged by professional medical organizations, have tightened restrictions for international medical graduates to practise. Thurber and Busing (page 2084) note that, over the past 3 years, for every five

Canadian graduates entering family practice from residency, two active Canadian family physicians move to the United States.

In Ontario 5 years ago, the chairs of family medicine reported a shortage of family doctors.<sup>3</sup> Before that, they had been advocating for more residency positions to educate family physicians in advanced skills for special needs, eg, family practice anesthesia, obstetrics, care of the elderly, mental health, and emergency medicine. The particular proportions they recommended were based on a wide-ranging community assessment. Among those who turned a deaf ear have been the Ministry of Health and the postgraduate committees of the medical schools, as well as the Council of Ontario Faculties of Medicine (COFM). (Dr Busing, co-author of the paper in this issue, served a term as Chair of COFM's postgraduate committee.)

The COFM postgraduate committee argued that the quality of evidence does not compare with the specialty societies' evidence. Population-to-specialty ratios developed by specialty groups from supply-side formulations are, however, of unproven validity.

### Developing accurate resources

Recently in southwestern Ontario, a colleague researcher studying seizure disorder management was trying to update her data set of family doctors' names. Her initial list was from the Ontario Medical Association. She checked the names against the *Canadian Medical Directory*, which reduced the number of licensed practising family doctors by 21%. She then took a statistically determined sample from that list and sent her survey. Responses to the survey determined that a further 14% were not in family practice or had moved away. Her experience and other demands for better data encouraged the Centre for Studies in Family Medicine through its Thames Valley Family Practice Research Unit to partner with the Thames Valley District Health Council and the Southwestern Ontario Rural Medicine Unit to develop the most accurate, descriptive profile of family physician resources we can manage. McMaster University's Department of Family Medicine has taken on a similar project.



Queen's University's Department of Family Medicine in Kingston, Ont, has shown a similar substantial overestimate of the actual number of family physicians in Hastings and Prince Edward counties in southeastern Ontario.

These kinds of data refinements are, in my awareness, the best available in doctor-counting and show what should be done provincially and nationally. While such reviews are expensive, the costs of not doing a better job will result in continued inaccuracies, inability to match identified needs with the right numbers of the right doctors, and an unresponsive system.

**How many doctors do we need?**

I answer this question with another question: what do you want doctors to do? For example, if in Ontario (10 million people), it was decided that every adult needed his or her family physician to do a cardiovascular screening examination every 2 years, we would need more than 500 additional family physicians to enact that single decision. A recent London, Ont, conference on how to accurately determine physician resource needs showed that the average family physician was working nearly 3 hours more per week than 5 years ago, just to fill out more forms. If we were to add additional physicians to the work force to account for those 3 hours per week, we would need a 7.5% increase in our numbers.

Medical students and residents told us during the Educating Future Physicians for Ontario<sup>4</sup> project that we needed to pay more attention to the "person" of the physician in our teaching programs and that we were generally poor role models with our overworked, stressful lifestyles. They might have answered the question with a different question: "How hard do you want doctors to work?" Again using Ontario as an example, if emergency shifts in a 35 000-visit-a-year emergency room are altered so that each of six physicians works 36 hours instead of 48 hours per week, that emergency room would need an additional 2.2 full-time equivalent physicians.

**How many doctors have we got?**

Years of brain-power and millions of dollars have been spent to answer this question. Why is the answer so elusive? It is because counting autonomous people who move often, change their line of work, practise a few days per year in our country or alternatively work 18-hour days in three practice sites, or die is a messy business.

We have not decided what a full-time doctor's workload is, so we cannot translate the raw numbers into useful human resources. Besides, doctors work differently in terms of how much time they spend with patients, how many procedures they can perform, and how many other health professionals they have working with them.

Barer and Stoddart<sup>2</sup> recommended reducing Canadian medical student enrolment to 1600 students per year. They also indicated that an "optimal" number of physicians cannot be defined by purely technical means, being ultimately a social rather than a technical judgment. In January 1992 the Provincial/Territorial Conference of Ministers of Health jumped on the first idea and ignored the second. The ministers also recommended reducing postgraduate training positions by 10%, putting more effort into establishing predictable medical care expenses to replace fee-for-service reimbursement where it interfered with providing necessary service, increasing the use of alternative models of providing care, and improving access in rural communities.

**How prepared are we?**

I recently returned from South Africa where the human immunodeficiency virus is promising to reduce the life span of South Africans from 65 years to 38 in the next decade. How prepared would we be to face such an epidemic? For that matter, how prepared are we to provide healthy women with childbirth care in the next 10 years in this country? On what are we to base our planning?

Already, the Manitoba government has recognized that a mistake was made in January 1992 and has recommended increasing medical student enrolment. That comes from a province where the number of imported South African physicians has exceeded for several years the number of Canadian medical school graduates establishing practice. But what is the correct number to educate?

First, we must get more accurate data about physicians. The Janus project of the College of Family Physicians of Canada will help immensely here, and Janus regional data sets are available for any group with the resources to analyze and summarize them.

Second, we must understand clearly what the public expects of the physicians being educated. The Educating Future Physicians of Ontario<sup>4</sup> and CanMeds projects<sup>5</sup> help with this in terms of principles and general professional behaviours,

eg, wanting better communicators and advocates, but we need better data on regional needs in terms of prevalence of health problems, how they present, and how varying resources in different regions affect accessibility of care. Third, we must acknowledge the differences between how rural and urban physicians are able to respond to the clinical problems facing them.

Fourth, educators and government funders of education and our professional colleges of generalists and specialists must collaborate on programs that educate the kinds of doctors needed. This means, for example, that patients who live in rural areas without access to tertiary care facilities and specialists should be able to find family physicians who have advanced training in such areas as anesthesiology, obstetrics, emergency medicine, and mental health.

This also means that governments and medical schools must provide resources and subspecialists to educate these family physicians with advanced skills as well as educating general specialists with broader bases of training as general surgeons and general internists. South African physicians, who are so well considered here because of their clinical competencies, usually finish medical school and 1 year of postgraduate training during which they have performed 20 to 30 cesarean sections under the supervision of specialists who are only too pleased to help them learn such skills.

Fifth, we need continued research on health service provision, use, and evaluation. We need constant modeling of anticipated challenges (eg, AIDS epidemics) and the effects of likely successes (eg, particular cancer cures, such as childhood leukemia).

Sixth, we need to assess public use of health resources and public education programs that rectify inappropriate use. This item is last on my list because I believe a case for substantial public misuse of our health resources has yet to be made.

We are now starting to convince government that we cannot redistribute an insufficient number of physicians. Can we accurately indicate what we need to educate more students? I think we can if we are given the resources to do so.

Are we getting the facilitating policies into place? Not yet. Increasing medical student tuition and resident tuition is an example of a bad policy that is apparently politically acceptable because it places responsibility on students to rectify educational underfunding, a situation that John Ralston Saul would call antidemocratic, and I would call inequitable. Recent rumbles that we

cannot prepare family physicians in 1 year after family practice residency to be competent in anesthetic skills for rural practice suggests another forthcoming obstructive policy based more on turf protection than convincing evidence of good or bad practices.

Medical educators must continue to refine their social accountability, but so must governments and the general public. No one part of the collaboration can be missing to achieve success. ♣

*Dr Hennen is Dean of Medicine at the University of Manitoba in Winnipeg.*

*Correspondence to: Dr Brian K.E. Hennen, University of Manitoba, A101—753 McDermot Ave, Winnipeg, MB R3E 0W2*

#### References

1. Judek S, Medical Manpower in Canada. Ottawa, Ont: Queen's Printer; 1964. p. 17,18.
2. Barer ML, Stoddart GL. *Toward integrated medical resource policies for Canada*. Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health. Winnipeg, Man: Conference of Deputy Ministers of Health, Manitoba Health; 1991.
3. Rosser WW, Moore C, Forster JM, Hennen B, McAuley R, Wilson R. Is an acute shortage of family doctors possible in Ontario in 1966? *Department of Family and Community Medicine Newsletter*. Toronto, Ont: University of Toronto; 1995;14(1).
4. Newfeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, et al. Educating future physicians for Ontario. *Acad Med* 1998;73:1133-48.
5. Societal Needs Working Group. Can MEDS 2000 project; skills for the new millenium. *Ann RCPSC* 1996;29:206-19.

...

où les médecins exercent leur profession, il existe inévitablement des collectivités mal desservies, même si le nombre de médecins semble excéder la demande par rapport à l'ensemble de la population. Par conséquent, même si le Canada souffre presque certainement d'une mauvaise répartition des médecins de famille (comme c'est le cas dans presque tous les pays), il n'y a pas de raison de croire que le nombre total d'omnipraticiens et de médecins de famille est insuffisant.

### **D'autres facteurs qui influencent la pénurie de médecins**

Deux autres questions d'intérêt méritent aussi d'être soulignées. D'abord, le recours accru aux États-Unis aux dispensateurs de soins de santé autres que des médecins, notamment les infirmières de première ligne et les auxiliaires médicaux, influence certainement le nombre de médecins de première ligne requis pour répondre aux besoins d'une population définie en soins de cette nature. Cette dynamique se manifeste le plus clairement dans les modèles de dotation de certaines organisations administrées pour une clientèle exclusive. Dans la mesure où le Canada commencera à adopter certaines de ces approches de pratique "en collaboration" qu'on a vu évoluer aux États-Unis, le nombre de médecins de famille requis ne sera plus aussi élevé que maintenant. Deuxièmement, le maintien du ratio traditionnel 50:50 dans le contexte d'un nombre à la baisse de diplômés en médecine au Canada se traduirait progressivement par le fléchissement du nombre de spécialistes pour répondre aux besoins de la

population en soins spécialisés. Cette situation n'est pas souhaitable puisqu'on s'inquiète déjà à propos de la disponibilité de certains services de spécialistes au Canada.

Je conviens avec la conclusion tirée par Thurber et Busing que la tendance qui prévaut actuellement au Canada ne permettra plus de maintenir le traditionnel ratio de 50:50 entre les médecins de famille et les médecins spécialistes au pays. De plus, je suis d'accord avec les auteurs que cette tendance devrait être reconnue et débattue publiquement avec le milieu des décideurs en politiques de la santé. Compte tenu des autres aspects à considérer dans la décision concernant l'équilibre approprié entre les médecins de première ligne et les spécialistes dans le régime de la santé d'un pays (par exemple, l'effet sur les dépenses en soins de santé), quelle que soit la décision réfléchie que pourraient prendre ces décideurs serait valable. Mais tous devraient convenir d'un point: le Canada compte maintenant un nombre suffisant d'omnipraticiens et de médecins de famille, pour plusieurs années encore. Qu'importe la décision prise par les décideurs de politiques en matière de santé au pays, les citoyens du Canada continueront d'avoir un accès convenable aux services de soins de première ligne. ♦

*Correspondance à: D' Michael Whitcomb, 2450 N St NW, Washington, DC 20037 USA.*

*D' Whitcomb est vice-président senior de l'éducation médicale à l'Association of American Medical Colleges à Washington, DC.*



## **Le remède à la pénurie de médecins**

### *Un travail concerté pour réussir*

Brian K.E. Hennen, MD, CCFP

À l'occasion d'une réunion publique à l'University of Western Ontario, à London, la professeure Rebecca Coulter, vice-doyenne de l'Éducation, a fait valoir ce qui suit: «Nous sommes et avons toujours été remarquablement mauvais dans nos prédictions des besoins en effectif». Son affirmation est confirmée par l'incapacité manifestée au pays, au cours des derniers 30 ans, d'anticiper les besoins en effectif professionnel tant chez les médecins que le personnel infirmier.

Même les protestations des députés et des politiciens locaux de diverses circonscriptions contre la pénurie de médecins ne semblent pas

impressionner les ministres des gouvernements. Ces derniers sont déterminés à maintenir à la baisse le nombre de médecins en guise de stratégie pour réduire les dépenses en matière de santé et en réponse aux groupes de pression qui préconisent le recours à des substituts aux médecins. Les hôpitaux périphériques qui ne peuvent pas trouver de médecins pour assurer les services d'urgence ou les conseils municipaux dont les citoyens ne peuvent pas se trouver de médecin de famille viennent au moins donner foi aux mises en garde des milieux universitaires médicaux concernant l'actuelle pénurie de médecins.

### Convaincre le gouvernement

En 1964, dans le contexte de la Commission royale sur les services de santé, Judek prévoyait que la "main-d'œuvre" médicale ne serait pas en nombre suffisant d'ici les 30 prochaines années<sup>1</sup>. Durant les quatre années qui suivirent, le Canada a vu s'ouvrir quatre nouvelles facultés de médecine à St. John's, à Sherbrooke, à Hamilton et à Calgary. Il y a huit ans, Barer et Stoddart<sup>2</sup> ont convaincu les ministres provinciaux de la santé qu'on avait remédié à une pénurie éventuelle de médecins et que, de fait, la correction avait rajusté le tir dans l'autre direction. Les inscriptions permises dans les facultés de médecine furent réduites de 10%.

En dépit d'une multitude de rapports présentés par les bureaux de l'Association des facultés de médecine du Canada, à l'effet que les étudiants en médecine sont toujours en nombre insuffisant, et malgré les tentatives de produire de meilleures données, le milieu universitaire médical n'a pas réussi à convaincre les gouvernements et leurs conseillers d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine ou de garder les nombres nécessaires de postes de résidents pour renflouer ou augmenter l'effectif médical au Canada. Les organismes provinciaux de réglementation professionnelle, généralement encouragés par les organisations médicales professionnelles, ont resserré leurs restrictions concernant l'exercice médical par des diplômés étrangers. Thurber et Busing (page 2084) signalent qu'au cours des trois dernières années, pour chaque tranche de cinq diplômés qui passent de la résidence à la pratique familiale, deux médecins de famille en pratique active déménagent aux États-Unis.

Il y a cinq ans en Ontario, les directeurs de départements de médecine familiale rapportaient une pénurie de médecins de famille<sup>3</sup>. Ils avaient auparavant préconisé un plus grand nombre de postes de résidents pour le perfectionnement des médecins de famille dans des compétences spécialisées comme l'anesthésie, l'obstétrique, les soins aux personnes âgées, la santé mentale et la médecine d'urgence dans le contexte de la pratique familiale. Les proportions précises de hausse recommandées se fondaient sur une évaluation à multiples facettes de la communauté. Au nombre de ceux qui ont fait la sourde oreille se trouvaient le ministre de la Santé et les comités des études postdoctorales des facultés de médecine, ainsi que le Council of Ontario Faculties of Medicine (COFM). (D' Busing, coauteur de l'article sur cette question, a servi en qualité de président du comité des études postdoctorales du COMF pendant un terme).

Le comité des études postdoctorales du COMF prétendait que la qualité des données n'était pas comparable à celle des données disponibles pour les spécialités. Par ailleurs, la validité des ratios de spécialistes par habitant, élaborés par les groupes de spécialistes à partir de formules axées sur l'offre, n'a cependant pas été éprouvée.

### La collecte de données précises

Récemment, dans le Sud-Ouest ontarien, un collègue en recherche sur la prise en charge des troubles épileptiques tentait de mettre à jour une liste de noms de médecins de famille. Sa liste initiale venait de l'Ontario Medical Association. Elle a procédé à une vérification comparative avec le *Canadian Medical Directory*, qui s'est traduite par une réduction de 21% dans le nombre de médecins de famille en pratique active et détenteurs d'un permis. Elle a ensuite défini un échantillonnage statistique à partir de cette liste et envoyé son questionnaire. Les réponses au questionnaire ont par la suite fait ressortir qu'une proportion additionnelle de 14% de ces médecins n'étaient plus en pratique familiale ou avaient déménagé. Son expérience et d'autres requêtes semblables ont incité le Centre for Studies in Family Practice, par l'intermédiaire de l'unité de recherche de la Thames Valley, à s'associer au Thames Valley District Health Council et au Southwestern Ontario Rural Medicine Unit, pour établir le profil le plus précis et le plus descriptif possible de l'effectif des médecins de famille. Le Département de médecine familiale de la McMaster University a entrepris un projet semblable.

Le Département de médecine familiale de la Queen's University à Kingston en Ontario a fait ressortir une considérable surestimation du nombre réel de médecins de famille dans les comtés de Hastings et de Prince Edward dans le sud-est ontarien.

Ce genre de précision des données est à ma connaissance le meilleur recensement de médecins disponible et démontre ce qui pourrait être fait sur le plan provincial et national. Si de telles études sont coûteuses, l'omission de produire de meilleurs résultats se traduira par la persistance des inexactitudes, par l'incapacité de jumeler les besoins identifiés et le nombre approprié de médecins pertinents et par le manque de réceptivité du système.

### De combien de médecins avons-nous besoin?

Je réponds à cette question par une autre: qu'attendez-vous des médecins? Par exemple, en

Ontario (10 millions d'habitants), s'il était décidé que chaque adulte doit subir des épreuves de dépistage des maladies cardiovasculaires tous les deux ans, il nous faudrait plus de 500 médecins de famille additionnels pour mettre en œuvre cette seule décision. À l'occasion d'une récente conférence sur les moyens de déterminer avec précision les besoins en effectif médical, tenue à London en Ontario, il est ressorti que le médecin de famille moyen travaille environ trois heures de plus par semaine qu'il y a cinq ans, juste pour remplir un plus grand nombre de formulaires. S'il fallait ajouter le nombre de médecins voulus pour absorber ces trois heures additionnelles, la hausse qui s'imposerait serait de 7,5%.

Les étudiants et les résidents en médecine nous ont fait savoir, à l'occasion du projet sur l'éducation des futurs médecins de l'Ontario<sup>4</sup>, qu'il faudrait porter davantage attention dans nos programmes d'enseignement au côté de la "personne" dans le médecin. Ils ont indiqué que nous étions de mauvais modèles à suivre, avec nos styles de vie surchargés de travail et de stress. Ils auraient pu répondre à la question par une autre, à savoir la mesure dans laquelle on s'attend à ce que les médecins travaillent fort. Prenant une fois de plus l'Ontario en exemple, si les services d'urgence d'un département qui reçoit 35 000 patients par année devaient être modifiés de sorte que chacun des six médecins y travaille 36 heures par semaines au lieu de 48, ce service d'urgence aurait besoin de l'équivalent de 2,2 médecins à temps plein additionnels.

### **De combien de médecins disposons-nous?**

Des années d'énergie cérébrale et des millions de dollars ont été dépensés pour répondre à cette question. Pourquoi alors une réponse aussi floue? C'est attribuable au fait que le recensement de personnes autonomes, qui changent souvent de lieu et de domaine de pratique, exercent quelques jours par année dans notre pays ou alors travaillent 18 heures par jour dans trois établissements différents ou encore qui meurent, n'est pas une sinécure. Puisque nous n'avons pas encore décidé ce que devrait être la charge de travail d'un médecin à plein temps, nous ne pouvons donc pas traduire des chiffres bruts en ressources médicales utiles. De plus, les médecins ne travaillent pas tous de la même façon au chapitre du temps qu'ils passent avec leurs patients, du nombre d'interventions qu'ils peuvent effectuer et des autres professionnels de la santé qui travaillent avec eux.

Barer et Stoddart<sup>2</sup> ont recommandé de réduire à 1 600 par année le nombre d'inscriptions des étudiants en médecine au Canada. Ils ont aussi indiqué que le nombre « optimal » de médecins ne pouvait pas être défini par des moyens purement techniques puisqu'il s'agit en définitive de porter un jugement social plutôt que technique. En janvier 1992, la Conférence provinciale et territoriale des ministres de la Santé a sauté sur la première idée et ignoré le second concept. Les ministres ont également recommandé de réduire les postes de formation médicale postdoctorale de 10%. Il tenait à consacrer plus d'efforts à établir des dépenses en soins médicaux prévisibles pour remplacer la rémunération à l'acte lorsque cette dernière nuisait à la prestation des services nécessaires, à accroître le recours à d'autres modalités de prestation des soins et à améliorer l'accès dans les collectivités rurales.

### **Dans quel état de préparation sommes-nous?**

Je reviens d'un voyage en Afrique du Sud où le virus de l'immunodéficience humaine menace de réduire la longévité des Sud-Africains de 65 à 38 ans au cours de la prochaine décennie. Serions-nous prêts à affronter une telle épidémie? Et d'ailleurs, dans dix ans, serons-nous en mesure d'offrir au pays les services d'accouchement aux femmes en bonne santé? Sur quoi fondons-nous notre planification?

Déjà, le gouvernement du Manitoba a reconnu l'erreur commise en 1992 et a recommandé une hausse des inscriptions des étudiants en médecine. Cette décision émane d'une province où le nombre de médecins venus de l'Afrique du Sud y travailler dépasse depuis plusieurs années celui des diplômés en médecine du Canada qui y ont établi leur pratique. Mais quel est donc le juste nombre de personnes à former?

D'abord, il nous faut des données plus précises au sujet des médecins. Le Projet Janus du Collège des médecins de famille du Canada sera d'une immense utilité à ce propos et les ensembles de données régionales de Janus sont à la disposition de tout groupe qui a les ressources pour les analyser et en faire la synthèse.

En deuxième lieu, nous devons comprendre clairement les attentes du public à l'égard des médecins qui sont aux études. Le projet de l'Ontario sur l'éducation des futurs médecins<sup>4</sup> et les projets CanMed<sup>5</sup> sont utiles pour déterminer les principes et les comportements professionnels généraux qui sont attendus, comme de meilleurs

communicateurs et promoteurs de la santé. Par ailleurs, il nous faut de meilleures données sur les besoins régionaux, au chapitre de la prévalence des problèmes de santé, la façon dont ils se présentent et l'influence qu'a la fluctuation des ressources dans les différentes régions sur l'accès aux soins. Troisièmement, nous devons reconnaître les différences dans la façon dont les médecins ruraux et urbains sont en mesure de répondre aux problèmes cliniques auxquels ils sont confrontés.

Quatrièmement, les éducateurs, les sources gouvernementales de financement de l'éducation et nos collègues professionnels omnipraticiens et spécialistes doivent collaborer à des programmes visant à former le genre de médecins dont nous avons besoin. Ceci signifie, par exemple, que les patients vivant en milieu rural sans avoir accès à un hôpital de soins tertiaires et à des spécialistes devraient pouvoir trouver des médecins de famille qui ont une formation perfectionnée dans des domaines comme l'anesthésie, l'obstétrique, la médecine d'urgence et la santé mentale.

Ceci veut dire aussi que les gouvernements et les facultés de médecine doivent fournir les ressources et les surspécialistes pour permettre à ces médecins de famille d'acquérir les compétences spécialisées et aux spécialistes généraux d'acquérir une formation plus large en tant que chirurgiens généraux et internistes généraux. Les médecins sud-africains, qui ont bonne réputation ici en raison de leurs compétences cliniques, complètent habituellement leurs études médicales et une année de formation postdoctorale ayant effectué de 20 à 30 césariennes sous la supervision de spécialistes qui se sont fait un plaisir de leur enseigner cet art.

Cinquièmement, nous devons poursuivre les recherches sur la prestation, l'utilisation et l'évaluation des soins de santé. Il nous faut une modélisation constante des défis anticipés (comme une épidémie du SIDA) et des effets qu'auraient des réussites éventuelles (la guérison de certains types de cancer, comme la leucémie chez l'enfant).

En sixième lieu, nous devons évaluer le recours du public aux ressources de la santé et aux programmes d'éducation publique pour rectifier au besoin tout abus. C'est le dernier élément de ma liste, car je suis convaincu que l'existence d'un abus considérable par le public des ressources de la santé reste encore à prouver.

Nous commençons maintenant enfin à convaincre le gouvernement que nous ne pouvons pas redistribuer un nombre insuffisant de

médecins. Pouvons-nous dire avec certitude qu'il nous faut former un plus grand nombre d'étudiants? Je crois que nous le pourrions si nous avions les ressources pour le faire.

Obtenons-nous la mise en vigueur de politiques propices? Pas encore. L'augmentation des frais de scolarité pour les étudiants et les résidents en médecine est un exemple de mauvaise politique qui est apparemment politiquement acceptable. Elle confère la responsabilité aux étudiants de remédier au manque de fonds pour l'éducation, une situation que John Ralston Saul qualifierait d'antidémocratique et que j'appellerais inéquitable. Les récentes rumeurs à l'effet qu'il n'est pas possible de former des médecins de famille en un an après leur résidence pour qu'ils deviennent compétents en anesthésie pour la pratique rurale laissent présager l'existence d'une autre politique obstructive éventuelle qui se fonde davantage sur la protection territoriale que sur la preuve de bonnes ou de mauvaises pratiques.

Les éducateurs médicaux doivent continuer à assumer plus rigoureusement leur obligation de rendre des comptes à la société, tout comme le doivent aussi les gouvernements et le grand public. Aucun intervenant dans cet effort concerté ne doit être absent si nous voulons réussir. ♦

*D' Hennen est doyen de la Faculté de médecine à l'Université du Manitoba, à Winnipeg.*

*Correspondance à: D' Brian K.E. Hennen, Université du Manitoba, A101-753 avenue McDermot, Winnipeg, Manitoba R3E 0W2*

#### Références

1. Judek S, Medical Manpower in Canada. Ottawa, Ontario: Imprimeur de la Reine; 1964. p. 17,18.
2. Barer ML, Stoddart GL. *Toward integrated medical resource policies for Canada*. Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health. Winnipeg, Man: Conference of Deputy Ministers of Health, Manitoba Health; 1991.
3. Rosser WW, Moore C, Forster JM, Hennen B, McAuley R, Wilson R. Is an acute shortage of family doctors possible in Ontario in 1966? *Department of Family and Community Medicine Newsletter*. Toronto, Ontario: University of Toronto; 1995;14(1).
4. Newfeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, et al. Educating future physicians for Ontario. *Acad Med* 1998;73:1133-48.
5. Societal Needs Working Group. Can MEDS 2000 project: skills for the new millenium. *Ann RCPSC* 1996;29:206-19.