



L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada

| 9 9 2 - 2 0 0 |

Joshua Tepper



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001
ISBN 1-55392-501-7 (PDF)

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title:
The Evolving Role of Canada's Family Physicians, 1992–2001 ISBN 1-55392-481-9 (PDF)



L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada

1 9 9 2 - 2 0 0 1

Joshua Tepper



Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	3
1. Introduction	9
1.1 La médecine familiale dans le système de soins de santé au Canada	9
1.2 L'ère du changement et des défis	9
1.3 Bien plus que le nombre... Que font-ils ?	10
1.4 Point de mire sur neuf secteurs d'activité clinique	11
1.5 Questions posées	11
2. Méthodologie	13
2.1 Provenance des données	13
2.2 Limites des données	14
2.3 Qui fait partie de l'étude?	15
2.4 Organisation des données	15
2.5 Mesures statistiques et définitions	16
2.6 Définition du milieu géographique	16
3. L'évolution des effectifs, de 1992 à 2001	17
4. Tableau sommaire des niveaux d'activité et des changements dans l'exercice de la profession	21
4.1 Aperçu des niveaux de participation	21
4.2 Aperçu de l'intensité de la charge de travail	23
4.3 Quatre grandes tendances	24

5. Le contexte du changement — Orientations stratégiques, 1992 à 2001	25
5.1 Changements dans la formation en médecine et l'autorisation d'exercer	26
5.2 Changements dans le système de soins de santé	27
6. Les changements dans certains domaines de pratique clinique	31
6.1 Services chirurgicaux	31
6.2 Pratique en cabinet	34
6.3 Services d'interventions avancées	37
6.4 Services d'anesthésiologie	40
6.5 Services d'assistance chirurgicale	42
6.6 Services d'intervention de base	44
6.7 Services obstétricaux	47
6.8 Services de santé mentale	51
6.9 Soins aux patients hospitalisés	53
7. Discussion et éléments à considérer	57
7.1 Caractéristiques relatives à l'activité : Un facteur important dans la planification des ressources humaines de la santé	57
7.2 Diminution de la participation	58
7.3 Augmentation de l'intensité de la prestation des services	59
7.4 Stabilité à la base	60
7.5 Un domaine de croissance soutenue	61
7.6 Une plus grande participation et plus de travail pour les médecins plus âgés	61
7.7 Différences entre les sexes	62
7.8 Différences géographiques	63
7.9 Évolution du système	64
8. Limites et recherches à venir	65
8.1 Évaluation de la « qualité » de la prestation des soins	65
8.2 Autres domaines et milieux de pratique	65
8.3 Activité non clinique	65
8.4 Médecins de famille non rémunérés à l'acte	66
8.5 Effet de la politique sur la santé	66
8.6 Analyse de la cohorte	66
9. Conclusion	67
Annexe A	69
Annexe B	71
Annexe C	73
Références	83



Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire remercier le D^r Joshua Tepper et M. Steve Slade qui sont les auteurs du rapport. Scientifique auxiliaire à l'Institut de recherche

en services de santé à Toronto, le D^r Tepper est un médecin de famille en milieu rural. M. Slade est conseiller en ressources humaines de la santé à l'ICIS. Joshua et Steve ont uni leurs efforts pour élaborer le concept de l'étude et ils sont tous deux les principaux auteurs des diverses sections du rapport.

Le D^r Mamoru Watanabe de l'Université de Calgary a apporté une contribution importante au rapport en donnant généreusement de son temps pour revoir les rapports provisoires et offrir de judicieux conseils sur la façon de procéder dans l'analyse. L'ICIS en est très reconnaissant au D^r Watanabe. De plus, il désire remercier tout particulièrement M. Vern Hicks, conseiller en économie de la santé, M. Michael Joyce, économiste, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, M^{me} Jill Strachan de l'ICIS, le D^r Nick Busing, président du Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa et le D^r Albert Heyman, professeur émérite à l'Université Duke, qui nous ont éclairés dans la préparation de l'étude et du rapport final.

L'ICIS désire aussi remercier le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne, qui ont revu le rapport et ont formulé des commentaires.

Il faut noter que les analyses et les conclusions contenues dans le rapport ne traduisent pas nécessairement l'opinion des réviseurs ou de leur organisme affilié.

Les membres du personnel de l'ICIS mentionnés ci-dessous ont apporté une contribution précieuse en extrayant les données, en revoyant les ébauches, en vérifiant les données et en veillant à la préparation générale de la publication :

M. Robert Kyte, conseiller, Bases de données sur les médecins
M^{me} Francine Anne Roy, gestionnaire, Ressources humaines de la santé
M^{me} Louise Ogilvie, directrice, Information sur les ressources de santé
M^{me} Lori Brazeau, analyste principale, Bases de données sur les médecins



Sommaire

Le médecin de famille au Canada a traditionnellement été décrit comme une personne dotée de vastes connaissances et compétences qui travaille dans des milieux aussi divers que les cliniques, les hôpitaux, les domiciles des patients et les centres de soins infirmiers. Cette ampleur a caractérisé la profession et a permis aux médecins de famille de se présenter comme des dispensateurs de soins durant toute la vie d'une personne.

Au cours des dernières années, on a accordé une attention de plus en plus soutenue à la médecine familiale et aux difficultés auxquelles la profession est confrontée. Des études et des rapports ont examiné le nombre et l'endroit où pratiquent les médecins de famille, leurs conditions de travail, l'accès des patients et la popularité de la médecine familiale en tant que choix de carrière.

On s'est moins attardé à comprendre quelles sont les activités cliniques des médecins de famille et s'il y a eu des changements dans l'ampleur traditionnelle de l'activité de ces professionnels.

Le présent rapport s'appuie sur des études plus modestes qui portent sur les changements dans les caractéristiques et la portée des activités cliniques des médecins de famille. Il permet d'enrichir la recherche en examinant un large éventail de services de soins de santé qui sont dispensés dans divers milieux et qui nécessitent une multitude de compétences cliniques. L'étude porte sur la participation des médecins de famille rémunérés à l'acte dans neuf domaines cliniques, soit les évaluations en cabinet, les soins aux patients hospitalisés, les soins de santé mentale, les soins obstétricaux, les services chirurgicaux, les services d'interventions de base et avancées, l'assistance chirurgicale et les services d'anesthésie. Les résultats s'échelonnent de 1992 à 2001. Ce rapport décrit également certains des nombreux changements qui se sont produits au cours de cette période et qui ont des retombées sur l'éducation et la pratique des médecins de famille.

Ce rapport se penche sur plusieurs questions qui traitent de l'évolution de la médecine familiale au Canada :

- Comment les effectifs en médecine familiale ont-ils changé sur le plan de l'âge, du sexe et de la répartition géographique?
- Dans quels domaines d'activité clinique les médecins de famille ont-ils traditionnellement œuvré?
- Quelles ont été les principales orientations politiques et initiatives stratégiques dans les milieux de l'enseignement et de la pratique qui ont été déployées au cours de la durée de l'étude?
- Dans les neuf secteurs cliniques, comment la participation des médecins de famille et l'intensité de la prestation des services ont-elles changé au cours d'une période de 10 ans?
- La participation aux domaines cliniques désignés varie-t-elle entre les sexes? A-t-elle changé au fil du temps?
- Existe-t-il des différences dans l'activité clinique selon le milieu géographique où le médecin exerce? Comment ont-elles évolué au fil des ans?
- Selon les groupes d'âge, comment l'activité dans différents domaines cliniques a-t-elle évolué au fil du temps?

Sommaire des principales constatations

Les résultats de l'étude s'appuient sur deux mesures principales. Il s'agit, pour chaque domaine de pratique clinique, du pourcentage des médecins de famille qui facturent des services (taux de participation) et du nombre moyen de services dispensés par médecin de famille. Diverses tendances se sont dessinées dans les domaines cliniques — chacune comportant des nuances importantes concernant l'âge, le sexe et le milieu géographique des médecins de famille. Les principales tendances peuvent se résumer comme suit.

A) Stabilité : Les taux de participation à la pratique en cabinet sont demeurés généralement stables au cours de la période d'analyse d'une durée de 10 ans. Ces taux variaient entre 85 et 90 % et le nombre moyen de services offerts par médecin de famille a relativement peu changé.

B) Augmentation : Seul le domaine clinique des soins de santé mentale a enregistré des hausses constantes à l'égard des deux mesures utilisées dans l'étude (soit les taux de participation et le nombre moyen de services dispensés par médecin de famille). Le taux de participation aux services de santé mentale est passé de 82 % en 1992 à 85 % en 2001. Le nombre moyen de services de santé mentale dispensés par médecin de famille a augmenté de 12 % au cours de la même période.

C) Diminution : Un pourcentage en constante diminution de médecins de famille ont dispensé des soins aux patients hospitalisés; il est passé de 71 % en 1992 à 62 % en 2001. De même, moins de services ont été dispensés en moyenne par les médecins de famille qui ont continué de le faire. Tandis que le pourcentage des médecins de famille qui ont dispensé des services d'interventions de base est demeuré relativement stable au cours de la durée de l'étude, le nombre moyen de services d'interventions de base dispensés a diminué de 33 %.

D) Diminution de la participation avec une augmentation de l'intensité : Cette caractéristique était la plus courante et a été observée dans les cinq autres domaines de pratique clinique (assistance chirurgicale, chirurgie, anesthésie, obstétrique et services d'interventions avancées). Selon cette caractéristique, le pourcentage de médecins de famille participant aux domaines de service clinique a diminué — mais on note une caractéristique correspondante dans l'augmentation du nombre moyen de services dispensés chez les médecins qui ont continué à fournir le service. Par exemple, le taux de participation aux soins obstétricaux est passé de 28 % en 1992 à 16 % en 2001. Au cours de cette même période, le nombre moyen de services obstétricaux dispensés par médecin de famille a augmenté de 33 %.

Les grandes tendances décrites précédemment dressent un aperçu utile de la façon dont la pratique des médecins de famille a changé au cours de la durée de l'étude de 10 ans. Toutefois, les descriptions générales ne traduisent pas les divers changements qui ont eu lieu dans les groupes d'âge et entre les sexes chez les médecins de famille ni dans la pratique en milieu urbain et rural. Ces résultats figurent dans le rapport principal.

Discussion et éléments à considérer

Les médecins de famille canadiens semblent représenter une population hétérogène avec des caractéristiques dynamiques d'activité clinique qui varient selon l'âge, le sexe, l'endroit et la période. Les efforts de planification des ressources humaines de la santé qui considèrent un médecin de famille comme essentiellement le même que tout autre médecin de famille ne permettront pas de saisir ces différences ni les incidences sur la prestation de services. Les tendances relatives à la pratique soulignées dans le rapport peuvent permettre d'éclairer la planification des ressources médicales.

Dans pratiquement tous les domaines d'activité clinique, on note une réduction constante du taux de participation des médecins de famille. Par exemple, les taux de participation des médecins de famille aux services chirurgicaux, à l'assistance chirurgicale, aux services d'anesthésie et aux soins obstétricaux ont diminué de 32 %, de 31 %, de 28 % et de 43 %, respectivement, de 1992 à 2001. La constatation d'une baisse générale dans le taux de participation des médecins de famille à divers domaines cliniques concorde avec celles d'études antérieures.

La diminution des taux de participation et des services dispensés pourrait indiquer la nécessité de devoir approfondir les causes et les catalyseurs du changement. Les efforts visant à étudier les caractéristiques relatives à la pratique clinique pourraient nécessiter l'adoption d'une approche globale et intégrée qui a recours à diverses stratégies. Une telle approche peut devoir porter attention au milieu de l'enseignement et de la pratique. Dans le même ordre d'idées, pour que les efforts déployés soient fructueux, il pourrait être nécessaire de considérer non seulement la médecine familiale, mais également d'autres disciplines médicales et l'éventail des groupes de dispensateurs de soins.

Dans plusieurs domaines de pratique clinique, les taux de participation ont chuté — mais, parallèlement, il y a eu une augmentation dans le nombre moyen de services dispensés par les médecins de famille qui ont continué à fournir les services. Même si la présente étude ne vise pas à examiner le rapport de cause à effet, on peut donner quelques explications possibles à cette tendance souvent observée. Il est possible que les médecins qui continuent à pratiquer dans ces domaines travaillent de manière plus intensive pour compenser le retrait des autres dispensateurs. Les médecins de famille, en réponse à la complexité croissante de la médecine, peuvent explorer diverses occasions de concentrer leurs activités dans quelques domaines de pratique clinique caractérisés par des niveaux élevés de services qui favorisent le sens de la compétence. Comme autre explication, mentionnons les diverses mesures implicites ou explicites visant à encourager ou à dissuader l'engagement envers certaines activités cliniques.

Bien des questions découlent de la tendance souvent observée de la diminution du taux de participation jumelée à une plus grande intensité des services dispensés par les médecins de famille qui poursuivent leurs activités de prestation de services. Par exemple,

- Jusqu'à quel point peut-on augmenter la charge de travail des médecins participants et pendant combien de temps ces médecins peuvent-ils continuer à exercer un niveau plus élevé d'activité?
- Quelle est l'étendue appropriée et réaliste des compétences que devraient acquérir les médecins de famille et exercer durant leur pratique?
- Quel est le « volume » ou « l'expérience » qui permet d'assurer et de maintenir les compétences?
- Quels changements politiques sont nécessaires pour appuyer les médecins de famille dans les pratiques traditionnelles élargies?

Les résultats de l'étude indiquent qu'il existe diverses tendances relatives à la pratique selon les groupes d'âge. On a fait état des différences générationnelles entre les médecins dans les forums portant sur les ressources humaines de la santé. On a indiqué que les nouveaux médecins (à partir des programmes de formation) essaient d'assurer un équilibre différent entre leur pratique clinique et leurs autres activités professionnelles ou personnelles. Encore une fois, diverses questions et des éléments à considérer découlent de ces observations :

- Les médecins plus jeunes adopteront-ils les caractéristiques de pratique des médecins actuels plus âgés à mesure qu'ils vieillissent?
- Existe-t-il certaines activités cliniques qui présentent une corrélation avec certains stades du cycle de vie professionnelle?
- Outre la possibilité de vouloir assurer un différent équilibre entre la vie personnelle et professionnelle, quels changements stratégiques ou autres changements se sont produits pour engendrer cette apparente différence générationnelle?

Dans le cadre de la présente étude, les hommes et les femmes s'équivalaient en ce qui concerne les grandes tendances d'augmentation et de diminution. Toutefois, il y avait des différences dans les taux de participation et l'intensité de la charge de travail dans différents domaines cliniques. Par exemple, les femmes médecins de famille avaient tendance à dispenser des services chirurgicaux et obstétricaux de façon plus intensive que leurs confrères. En revanche, les hommes médecins de famille ont dispensé 46 % plus de services d'évaluation en cabinet que leurs consœurs en 2001. Ils ont aussi dispensé environ le double de services d'interventions avancées au cours de la période à l'étude. Les femmes étant nettement plus nombreuses que les hommes à choisir la médecine familiale, les résultats de la présente étude visent plusieurs éléments possibles à considérer :

- Comment les caractéristiques relatives à la pratique des femmes évolueront-elles à mesure qu'elles cheminent dans le « cycle de la vie professionnelle »? (Le nombre actuel de femmes médecins plus âgées peut ne pas être assez élevé pour tirer de solides conclusions.)
- Quels sont les facteurs qui mènent à ces différences entre les sexes? Quelles sont les stratégies qui peuvent être adoptées pour réduire au minimum ces différences ou bien les exploiter?
- Sur le plan de la pratique, quelles autres différences entre les sexes devraient être examinées? Il pourrait s'agir notamment de l'état du patient, du fardeau de la maladie relatif à leur pratique, de la satisfaction des patients, du respect des lignes directrices en matière de pratique, etc.

La présente étude relève les caractéristiques généralement constantes entre les milieux géographiques en ce qui concerne la diminution du taux de participation et l'augmentation de la charge de travail. Toutefois, les médecins en milieu rural affichaient constamment un taux de participation plus élevé dans la plupart des domaines cliniques. Les collectivités de taille moyenne comptaient les taux de participation les plus élevés aux services d'assistance chirurgicale et aux soins aux patients hospitalisés. Par rapport aux autres régions, les milieux ruraux ont connu une plus grande diminution du taux de participation aux services hospitaliers comme l'anesthésie et les services chirurgicaux. Ces régions pourraient être particulièrement touchées par les plus grands changements au système de soins de santé présentés dans le rapport.

D'autres recherches sur la pratique des médecins de famille dans les divers milieux géographiques pourraient porter sur la façon dont la régionalisation, les fusions et les changements dans la prestation des services hospitaliers ont influencé l'étendue des activités des médecins de famille. De plus, même si les tendances relatives à une diminution de la participation sont semblables entre les milieux, les raisons qui expliquent les changements pourraient varier selon le milieu géographique. D'autres études pourraient également déterminer si les changements apportés au système de santé qui sont décrits précédemment ont eu des retombées plus importantes dans les milieux non urbains, possiblement en raison des ressources limitées des autres médecins et des professionnels de la santé qui sont disponibles.

Limites et recherches à venir

Le présent rapport ne vise pas seulement à décrire le nombre, l'endroit et les données démographiques de base des effectifs, mais il présente également un profil de la pratique clinique des médecins de famille. Une prochaine étape consisterait à saisir les enjeux concernant la qualité des soins dispensés par les médecins de famille avec différents profils professionnels. D'autres recherches pourraient porter sur un plus vaste éventail de domaines de pratique clinique, comme la médecine sportive, la santé des femmes, la médecine d'urgence, la toxicomanie, les soins palliatifs et la santé des Premières nations. On pourrait également avoir recours à d'autres méthodologies pour les prochaines recherches, peut-être en assurant le suivi des changements dans la pratique entre certaines cohortes de médecins au fil du temps.

Le rapport ne porte pas sur les activités professionnelles non cliniques des médecins de famille (y compris la recherche, l'enseignement et le travail administratif), qui peuvent influencer le temps consacré à dispenser des soins cliniques directs. De plus, les résultats du rapport reposent exclusivement sur les données de facturation des services de rémunération à l'acte. On ne sait donc pas dans quelle mesure les résultats pourraient être généralisés aux médecins de famille qui pratiquent exclusivement en tant que médecins non rémunérés à l'acte.

Conclusion

Le rapport présente les récents changements dans la pratique de la médecine familiale en tenant compte du plus vaste contexte des soins de santé. Il examine la façon dont les différences observées dans la pratique — comme en font foi les taux de participation, l'intensité des services dispensés, le sexe, l'âge et le milieu — pourraient contribuer à la planification des ressources humaines en médecine familiale. On devra peut-être poser d'autres questions : Quand devrait-on encourager la pratique de la médecine familiale globale plus traditionnelle? Est-il encore faisable que tous les médecins de famille dispensent le vaste éventail de services traditionnels? La réponse à de telles questions contribuera à définir le rôle des médecins de famille à mesure que nous cheminons sur la voie de l'avenir.



I. Introduction

I.1 La médecine familiale dans le système de soins de santé au Canada

Voici l'une des images classiques du médecin de famille : un médecin, sac noir à la main, se tenant debout près d'une voiture tirée par des chevaux. Le médecin de famille est disposé à se rendre là où les patients ont besoin d'être vus et le sac noir contient l'équipement et les médicaments nécessaires à la consultation.

Cette image évocatrice suppose bien des concepts fondamentaux sur la nature de la médecine familiale. Si la contribution de certains médecins repose sur leur maîtrise d'une discipline en particulier, la marque des médecins de famille est leur rôle complémentaire en tant que médecins dont le savoir couvre de nombreux aspects de la médecine clinique.

Ce vaste savoir ainsi que l'ensemble des compétences cliniques s'y rattachant permettent aux médecins de famille d'œuvrer dans divers milieux, comme aux domiciles des patients, dans les cliniques médicales, les salles d'urgence, les salles d'opération, les salles de travail et d'accouchement ainsi que les unités de soins en centre hospitalier. Au Canada, le médecin de famille constitue bien souvent le principal point d'accès au système de soins de santé et le noyau permettant d'assurer la continuité des soins parmi de nombreux dispensateurs et ce, tout au long du cycle de vie. L'importance des soins primaires pour la santé et la valeur que la société canadienne accorde aux médecins de famille dans la prestation de ces soins sont bien connues^{1, 2, 3, 4, 5}.

Si la contribution de certains médecins repose sur leur maîtrise d'une discipline en particulier, la marque des médecins de famille est leur rôle complémentaire en tant que médecins dont le savoir couvre de nombreux aspects de la médecine clinique.

En 2003, environ 30 000 médecins de famille exerçaient à l'échelle du pays dans des milieux urbains, de taille moyenne, ruraux et isolés.

- Que font-ils dans leur pratique clinique?
- La compréhension et la conceptualisation traditionnelles de leur rôle dans le système de soins de santé sont-elles encore valables aujourd'hui?

1.2 L'ère du changement et des défis

La dernière décennie en a été une de changements et de défis pour les médecins de famille. En 2003, 24 % des étudiants en médecine ont choisi la médecine familiale comme premier choix pour leur programme de résidence. Du début jusque vers le milieu des années 1990, entre 32 et 35 % des étudiants ont posé le même choix. Il s'agit donc d'une diminution importante^{6,42}. Parmi les étudiants ayant choisi de poursuivre leur formation en médecine familiale, ils sont de plus en plus nombreux à vouloir obtenir une sous-spécialisation, comme la médecine sportive ou la médecine d'urgence^{7,8}. Les recherches initiales portent à croire que ces médecins qui choisissent de se sous-spécialiser n'exercent pas la médecine familiale de façon traditionnelle et élargie⁹.

Divers changements dans le système de soins de santé pourraient avoir une incidence sur les médecins de famille. D'autres dispensateurs, comme les chiropraticiens, les infirmières praticiennes et les pharmaciens, partagent déjà avec les médecins de famille certains domaines de soins aux patients et visent à accroître leur rôle à ce chapitre^{10, 11, 12, 13}. Dans la mesure où les médecins de famille participent à des domaines cliniques visant divers groupes de spécialités médicales — comme l'obstétrique, l'anesthésie et la psychiatrie — ils peuvent avoir un rôle à jouer pour répondre aux demandes en ressources humaines de la santé se rapportant à d'autres groupes de spécialités médicales. Enfin, on s'affaire à déployer actuellement divers efforts à l'échelle régionale, provinciale et nationale, afin de modifier les modèles d'exercice dans lesquels œuvrent les médecins de famille.

Ces changements, et bien d'autres (dont certains sont abordés à la section 5 du présent rapport), contribuent à créer un environnement dans lequel les médecins de famille peuvent sentir des pressions pour modifier leur champ d'activité clinique.

1.3 Bien plus que le nombre... Que font-ils?

Compte tenu de la situation, les médecins de famille, la médecine familiale et les soins primaires ont fait l'objet de discussions importantes portant sur la recherche et les politiques en matière de ressources humaines de la santé^{15, 16, 17}. L'accent a été mis en règle générale sur le nombre, le profil démographique et le milieu géographique des médecins de famille. D'autres études ont examiné la capacité du public à avoir accès à des médecins de famille et l'opinion publique concernant les médecins de famille et les soins primaires¹⁸.

Toutefois, on a accordé moins d'attention à la gamme d'activités des médecins de famille. On a noté l'importance de mener des recherches à ce chapitre et quelques rapports ont mis en évidence une évolution dans le cadre des fonctions, soit parmi toutes les personnes à l'étude, soit parmi certains groupes de médecins, selon l'âge ou le sexe^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25}. Ces études portaient en règle générale sur un domaine clinique en particulier ou une région géographique.

Le présent rapport complète certaines recherches menées précédemment en allant au-delà de la question du nombre de médecins de famille ou de leur emplacement afin d'explorer leur activité professionnelle.

Le présent rapport complète certaines recherches menées précédemment en allant au-delà de la question du nombre de médecins de famille ou de leur emplacement afin d'explorer leur activité professionnelle. Il présentera des données sur l'évolution de la pratique des médecins de famille au Canada de 1992 à 2001.

I.4 Point de mire sur neuf secteurs d'activité clinique

On étudiera l'activité de neuf domaines cliniques qui sont désignés traditionnellement comme faisant partie du cadre des fonctions des médecins de famille : évaluations en cabinet, soins obstétricaux, services chirurgicaux (p. ex. appendicectomie, hystérectomie, amygdalectomie), assistance chirurgicale, soins aux patients hospitalisés, services d'interventions de base (p. ex. sutures, injection/ponction articulaire, insertion de DIU), services d'interventions avancées (p. ex. réduction de fractures, vasectomie, soins intensifs/réanimation), services d'anesthésie et services de santé mentale. L'annexe A contient plus de détails sur les neuf domaines cliniques.

Ces neuf domaines servent d'échantillons représentatifs de la pratique clinique des médecins de famille. Ils ne couvrent pas le large éventail de services de soins de santé dispensés par les médecins de famille, comme la médecine préventive, la médecine sportive, les soins aux aînés et les soins palliatifs. Ils ne décrivent pas non plus spécifiquement les nombreux services dispensés par les médecins de famille, comme les services d'aide aux personnes endeuillées, la gestion de l'asthme, les douleurs au bas du dos ainsi que le diabète, les conseils prodigués pour savoir quand utiliser ou non des antibiotiques, divers services thérapeutiques et diagnostiques allant de l'enlèvement d'une verrue à l'aspiration d'un kyste en passant par l'appendicectomie. Encore une fois, les domaines d'étude choisis représentent un large échantillon de la pratique clinique et visent à servir de marqueur du cadre changeant des fonctions des médecins de famille.

I.5 Questions posées

Le présent rapport se penchera sur plusieurs questions clés permettant d'explorer l'évolution de la nature de la médecine familiale au Canada :

- De quelle façon les effectifs en médecine familiale ont-ils changé en ce qui concerne l'âge, le sexe et la répartition géographique?
- Dans quels domaines d'activité clinique les médecins de famille œuvrent-ils traditionnellement?
- Quelles ont été les principales orientations politiques et initiatives stratégiques dans les milieux de l'enseignement et de la pratique qui ont été déployées au cours de la période visée par l'étude?
- Dans les neuf secteurs cliniques, comment la participation des médecins de famille a-t-elle évolué au cours de ces 10 ans en ce qui concerne les domaines d'activité et la charge de travail?
- La participation aux domaines cliniques désignés varie-t-elle entre les sexes? A-t-elle changé au fil du temps?
- Existe-t-il des divergences d'activité clinique selon le milieu géographique où le médecin exerce? Comment ces divergences ont-elles évolué au fil des ans?
- Selon les groupes d'âge, comment l'activité a-t-elle évolué au fil du temps dans différents domaines cliniques?



2. Méthodologie

2.1 Provenance des données

La Base de données nationale sur les médecins (BDNM) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) représente la principale base de données pour cette étude. Cette base de données contient des données sur les réclamations pour les services rémunérés à l'acte qui sont fournies à l'Institut canadien d'information sur la santé par les systèmes administratifs des régimes de services médicaux des provinces et des territoires. Les fichiers de la BDNM sont soumis à l'ICIS tous les trimestres. Ils renferment, pour chaque médecin dans chaque secteur de compétence, le nombre total de services cliniques dispensés et les paiements versés pour chaque code de services facturés. Dans le présent rapport, les résultats annuels sont basés sur les données agrégées soumises sur quatre trimestres, commençant le 1^{er} avril de chaque année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. Les données pour les années 1992-1993 à 2001-2002 sont intégrales.

Tous les codes des services facturés dans la BDNM sont rattachés à une catégorie du système de groupement national (SGN). Les catégories du SGN décrivent les services de santé dans des domaines précis de service clinique. Une liste détaillée des 120 catégories du SGN, auxquelles les codes de tarif sont rattachés, figure dans le rapport annuel sur les catégories du système de groupement national de l'ICIS. Les catégories du SGN se divisent en 14 grands domaines de service clinique, y compris, mais sans s'y limiter, les consultations et les évaluations, les jours d'hospitalisation, la psychothérapie, les chirurgies majeures et mineures, l'assistance chirurgicale, l'anesthésie, les services obstétricaux ainsi que les autres services diagnostiques et thérapeutiques. L'annexe A présente une description détaillée de la façon dont les catégories et les strates du SGN ont été utilisées pour définir les domaines de service clinique dans le présent rapport.

Outre les données sur les paiements et les services rémunérés à l'acte, la BDNM renferme de l'information sur les caractéristiques des médecins. Dans la présente étude, on a eu recours aux champs des données de la BDNM qui décrivent la spécialité des médecins, leur date de naissance, le sexe et le milieu géographique.

Le Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale (SNEMF) de 2001 représente une deuxième source de données ayant servi à préparer la présente étude. Le SNEMF, qu'on appelle aussi le sondage Janus, a été mené par le Collège des médecins de famille du Canada. La base de données du SNEMF de 2001 renferme divers renseignements, y compris les domaines de service clinique autodéclarés par les médecins de famille. Les données relatives à la pratique clinique du SNEMF ont servi dans le cadre de la présente étude à valider les données de la BDNM et à sélectionner les provinces à inclure ou à exclure dans l'analyse de chaque domaine de service clinique. Les éléments des données comparables de la BDNM et du SNEMF figurent à l'annexe B, qui présente également les résultats d'exclusion des provinces qui ont été appliqués dans l'analyse de chaque domaine de service clinique.

2.2 Limites des données

La BDNM recueille seulement de l'information sur les activités des médecins qui sont rémunérés à l'aide d'un programme de rémunération à l'acte. On a observé au cours des dernières années une croissance dans les autres modes de paiement pour les médecins de famille, y compris la capitation, le salaire, les taux honoraires et une combinaison de ces divers modes²⁶. Certaines sources de données décrivent les tendances de la rémunération à l'acte et des autres modes de paiement pour tous les médecins. En 2001, on estime que 16,2 % de la rémunération clinique totale pour tous les médecins a été versée en vertu d'autres modes de paiement (services non rémunérés à l'acte). En 2000, le total s'élevait à 12,6 % et en 1999, à 10,5 %^{26, 27}. De plus, en 1990, 67,5 % des médecins ont déclaré que 90 % ou plus de leur revenu provenait d'activités rémunérées à l'acte²⁸. En 2002, cette proportion était de 58,4 %²⁸.

Les barèmes d'honoraires médicaux, utilisés par les médecins, sont conclus dans chaque province et territoire par des négociations constantes entre les associations médicales et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Il s'agit donc de listes dynamiques qui varient à l'échelle nationale et au fil du temps. Même si les codes de tarif couvrent habituellement des services cliniques bien définis, les incitatifs de rémunération et la création de nouveaux codes de tarif peuvent avoir des retombées sur les tendances d'utilisation dans les catégories du SGN. Les méthodes utilisées pour le SGN tentent d'attribuer les activités de services cliniques équivalant à des catégories semblables et d'effectuer un ajustement selon les écarts des provinces et des territoires dans les conventions relatives à la facturation.

Dans le cas des données de la BDNM, même si les codes de tarif peuvent préciser un acte en particulier, ils ne précisent pas nécessairement l'endroit où le service a été dispensé. Par exemple, une simple suture — qu'elle soit faite en cabinet, dans un centre de soins infirmiers, dans une salle d'urgence ou dans le cadre d'une visite à domicile — est habituellement facturée à l'aide du même code de tarif. À l'exception des évaluations en cabinet et des services dispensés aux patients hospitalisés, il est difficile de désigner l'endroit précis de la prestation du service.

Le SNEMF de 2001 a été acheminé par la poste et les répondants devaient remplir leur propre formulaire. Diverses restrictions potentielles s'appliquent aux données du sondage, y compris des réponses incomplètes, le biais dans les réponses ainsi que l'interprétation subjective des questions du sondage. Le SNEMF de 2001 a été mené à titre de sondage de recensement des médecins de famille et le taux de réponse s'élevait à 51,2 %. La base de données qui en découle reflète les activités autodéclarées de la moitié des médecins de famille du Canada. On peut obtenir, sur le site Internet du Collège des médecins de famille du Canada (www.cfpc.ca), les détails de la méthodologie utilisée pour le SNEMF de 2001, y compris les taux des réponses des provinces et des territoires ainsi que les techniques de pondération ayant servi à faire des ajustements en fonction de l'absence de réponses.

En 2001, on estime que 16,2 % de la rémunération clinique totale pour tous les médecins a été versée en vertu d'autres modes de paiement (services non rémunérés à l'acte). En 2000, le total s'élevait à 12,6 % et en 1999, à 10,5 %.

2.3 Qui fait partie de l'étude?

Le présent rapport porte sur les médecins désignés dans la BDNM comme étant des omnipraticiens ou des médecins de famille. Ces deux groupes sont analysés ensemble et on les désigne par l'appellation médecins de famille ou omnipraticiens. Dans les figures, on utilise principalement la forme abrégée, soit « MF/OP ». Les données sur la spécialité des médecins qui figurent dans la BDNM sont fondées sur les données soumises par les systèmes administratifs de rémunération des provinces et des territoires. La catégorie des médecins de famille/omnipraticiens peut inclure des spécialistes non agréés. Les spécialistes non agréés sont des médecins (pas en médecine familiale) qui n'ont pas encore obtenu la certification de spécialiste attribuée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec, mais qui sont considérés comme des spécialistes dans leur secteur de compétence.

Tel qu'il a été mentionné ci-dessus, la BDNM ne contient que des données sur la rémunération à l'acte. Les médecins ont donc été inclus dans l'étude s'ils ont reçu des paiements pour des services rémunérés à l'acte au cours d'une année donnée, sans égard à la principale source de revenu (rémunération à l'acte ou autres modes de rémunération). De plus, cette étude ne compare pas la pratique des médecins rémunérés à l'acte et celle des médecins qui ne le sont pas. Par conséquent, on ignore dans quelle mesure les résultats peuvent être généralisés aux médecins de famille qui pratiquent exclusivement en tant que médecins non rémunérés à l'acte.

2.4 Organisation des données

La présente étude décrit les caractéristiques de la pratique des médecins de famille entre les exercices 1992 et 2001 dans neuf grands domaines de service clinique. Voici les domaines de service clinique à l'étude :

- la pratique en cabinet, en fonction des réclamations pour les évaluations en cabinet
- les soins aux patients hospitalisés
- les soins de santé mentale, en fonction des réclamations en psychothérapie et en counseling
- les services d'interventions de base (SIB) (p. ex. sutures, injection/ponction articulaire, insertion de DIU)
- les services d'interventions avancées (SIA) (p. ex. réduction de fractures, vasectomie, soins intensifs/réanimation)
- les services chirurgicaux (p. ex. appendicectomie, hystérectomie, amygdalectomie)
- les services d'anesthésie
- les services obstétricaux
- l'assistance chirurgicale

Comme il a été mentionné, l'annexe A décrit en détail les catégories et les strates du SGN utilisées pour définir ces domaines de service clinique. On n'a pas utilisé les catégories et les strates de la BDNM qui n'étaient pas susceptibles de refléter les activités menées par les médecins de famille à un moment donné au cours de la période de l'étude (comme un pontage aortocoronarien).

Les caractéristiques de la pratique sont décrites pour des groupes de médecins en fonction de l'âge, du sexe et du milieu géographique. Les tendances générales pour tous les médecins de famille ainsi que les tendances importantes pour certains sous-groupes figurent dans le corps du texte. L'annexe C présente des tableaux de données détaillés résumant chaque domaine de service clinique.

2.5 Mesures statistiques et définitions

Deux principales mesures sommaires servent à décrire les caractéristiques de la pratique des médecins de famille dans chacun des neuf domaines de pratique clinique.

- I) Le taux de participation. Cette mesure rend compte du pourcentage des médecins de famille qui facturent des services dans le cadre d'un domaine de pratique clinique dans une année donnée. On calcule le taux de participation selon le nombre de médecins de famille qui facturent le service divisé par le nombre total de médecins de famille dans le groupe décrit et on multiplie par cent.
- II) Le nombre moyen de services par médecin de famille. Cette mesure permet d'indiquer l'intensité des divers types de services de soins de santé dispensés par les médecins de famille. Pour le calcul, on tient compte du nombre total de services dans un domaine de pratique clinique divisé par le nombre de médecins de famille qui ont facturé ces services. Il faut noter que le calcul englobe seulement les médecins qui dispensent réellement le type de services déclaré. De plus, la mesure sommaire n'indique pas si les médecins de famille dispensent un nombre plus élevé ou moins élevé de services au fil du temps. Par exemple, il se peut qu'en 1992, certains médecins de famille ont dispensé un service en particulier dans une large mesure, tandis que d'autres ont fourni relativement peu de services. Si les médecins de famille qui ont dispensé relativement peu de services ont cessé de le faire et que les autres médecins ont continué à fournir le même nombre de services comme ils l'ont toujours fait, le nombre moyen de services dispensés aurait augmenté.

Ces deux mesures sommaires servent à décrire les caractéristiques de la pratique pour tous les médecins de famille au Canada ou pour un sous-groupe en fonction des groupes d'âge, du sexe ou du milieu géographique.

2.6 Définition du milieu géographique

Les descripteurs du milieu géographique utilisés dans la présente étude reposent sur les définitions de Statistique Canada des régions métropolitaines de recensement (RMR), des agglomérations de recensement (AR) ainsi que des collectivités non classées dans ces deux catégories²⁹. Les AR ainsi que les RMR sont définies par Statistique Canada comme étant « une ou plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'une grande région urbaine (appelée noyau urbain) »³⁰. Les RMR comptent plus de 100 000 habitants et les AR, entre 10 000 et 100 000. Les collectivités n'appartenant pas aux RMR ni aux AR ont une population inférieure à 10 000 habitants. Dans la présente étude, les RMR sont des collectivités urbaines, les AR sont des collectivités de taille moyenne et les collectivités n'appartenant pas à l'une ni à l'autre de ces catégories sont des collectivités rurales.

Les difficultés que posent la définition des collectivités urbaines et rurales sont bien documentées^{31, 32}.

La catégorie « AR » couvre un vaste ensemble de collectivités — la différence entre une municipalité de 10 000 et de 100 000 habitants est considérable. De même, cette approche ne tient pas compte de la distance d'une collectivité rurale par rapport à une collectivité de taille moyenne ou urbaine. Elle ne tient pas compte non plus d'autres facteurs géographiques, comme la chute de neige moyenne par année, qui pourraient influencer la « ruralité » d'une collectivité. De plus, à mesure que la taille de la population change dans les collectivités, la désignation s'y rattachant peut également changer. Malgré ces limites, la typologie des RMR, des AR et collectivités n'appartenant pas à ces catégories a été utilisée auparavant dans des rapports sur les ressources humaines de la santé^{33, 34}.

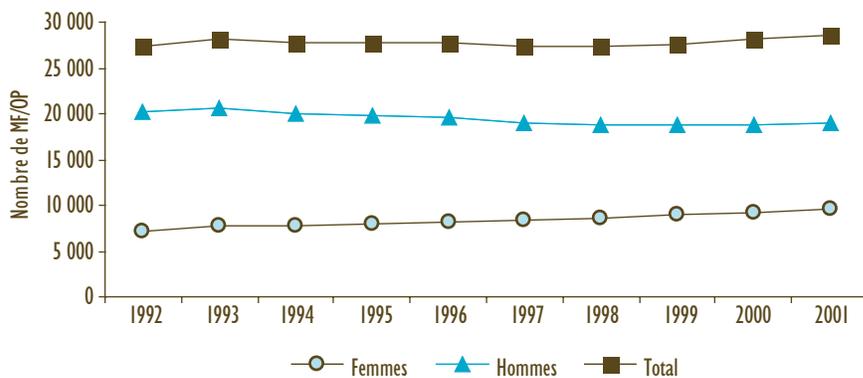


3. L'évolution des effectifs, de 1992 à 2001

Le nombre total de médecins de famille qui sont rémunérés à l'acte est passé de 27 447 en 1992 à 28 493 à la fin de la période à l'étude, soit 2001.

Au cours de cette période, le ratio axé sur le sexe a changé : le nombre de femmes exerçant en médecine familiale a augmenté (de 7 193 à 9 524) tandis que le nombre d'hommes a diminué (de 20 254 à 18 969). Ce changement est présenté à la figure 1. À la fin de la période visée, le ratio des hommes médecins de famille par rapport à leurs consœurs était d'environ 2 pour 1.

Nombre de MF/OP, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001



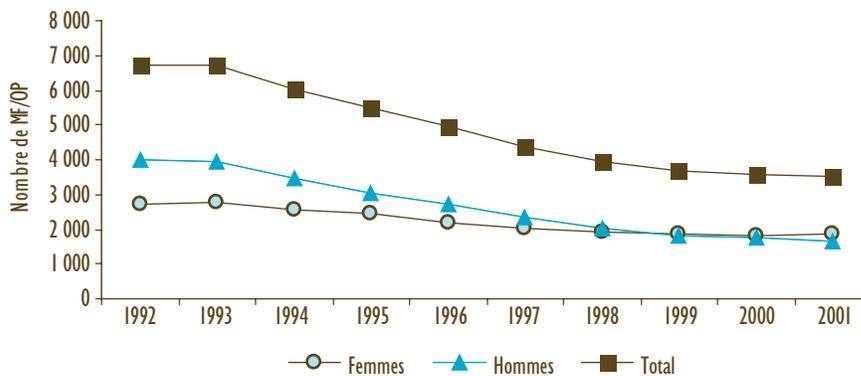
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, le sexe n'a pas été déclaré pour moins de 1 % des médecins de famille.

L'équilibre changeant entre les hommes et les femmes médecins de famille est largement attribuable à une diminution marquée du nombre d'hommes dans les deux groupes d'âge les plus jeunes. Depuis 1999, le nombre de femmes médecins de famille dépasse celui des hommes dans le groupe d'âge des moins de 35 ans (voir la figure 2).

Chez les 35 à 44 ans, la parité entre les deux sexes semble se rapprocher. Chez les médecins plus âgés, le rapport entre les hommes médecins de famille et leurs consœurs est constant ou même il s'élargit (de 55 à 64 ans) et le nombre d'hommes médecins est plus élevé que celui des femmes. Ces caractéristiques sont présentées aux figures 3 à 6.

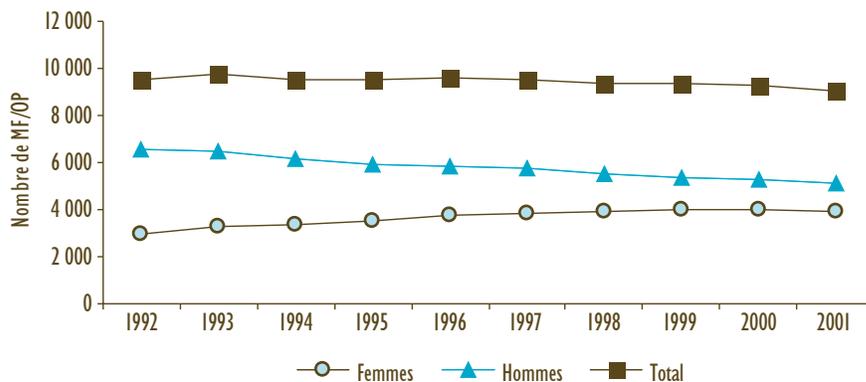
Nombre de MF/OP dans le groupe d'âge de moins de 35 ans, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001 **2**



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, l'âge n'a pas été déclaré pour environ 1 % des médecins de famille.

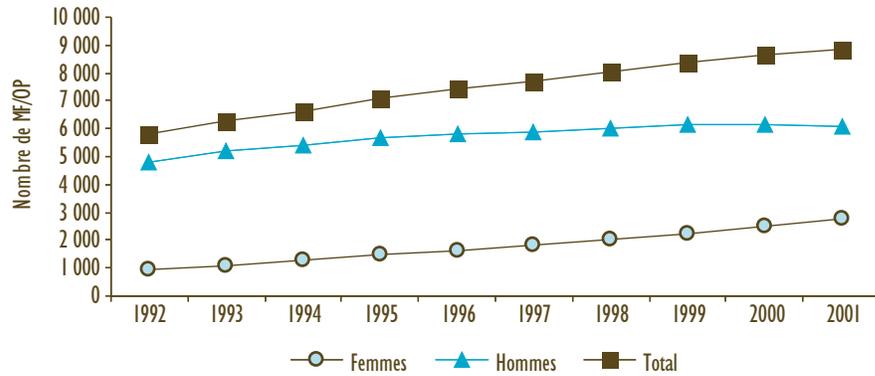
Nombre de MF/OP dans le groupe d'âge de 35 à 44 ans, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001 **3**



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, l'âge n'a pas été déclaré pour environ 1 % des médecins de famille.

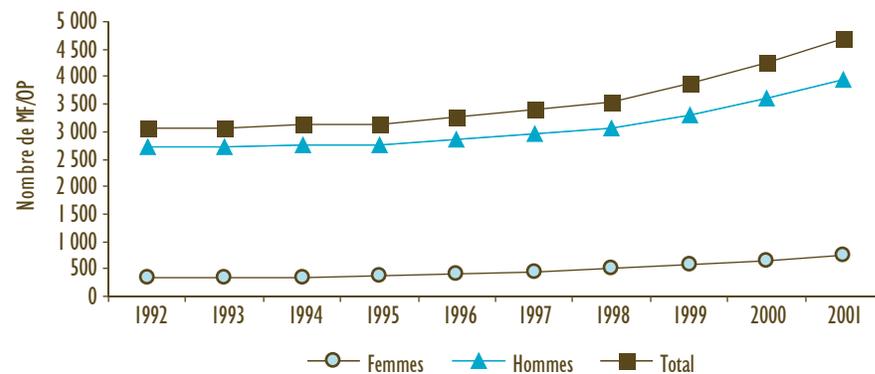
4 Nombre de MF/OP dans le groupe d'âge de 45 à 54 ans, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, l'âge n'a pas été déclaré pour environ 1 % des médecins de famille.

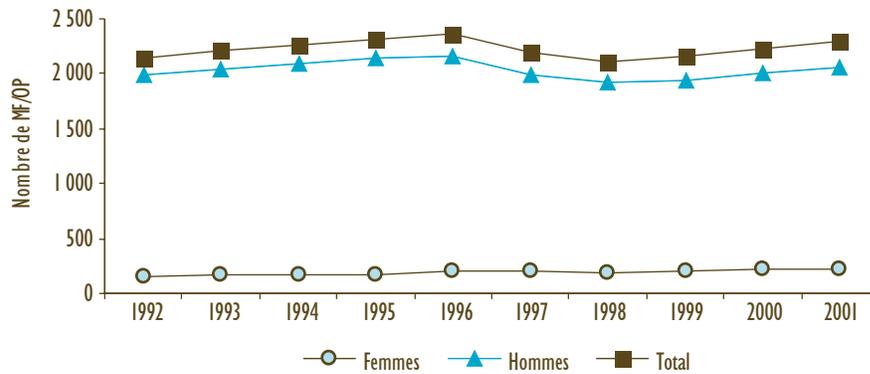
5 Nombre de MF/OP dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, l'âge n'a pas été déclaré pour environ 1 % des médecins de famille.

6 Nombre de MF/OP dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

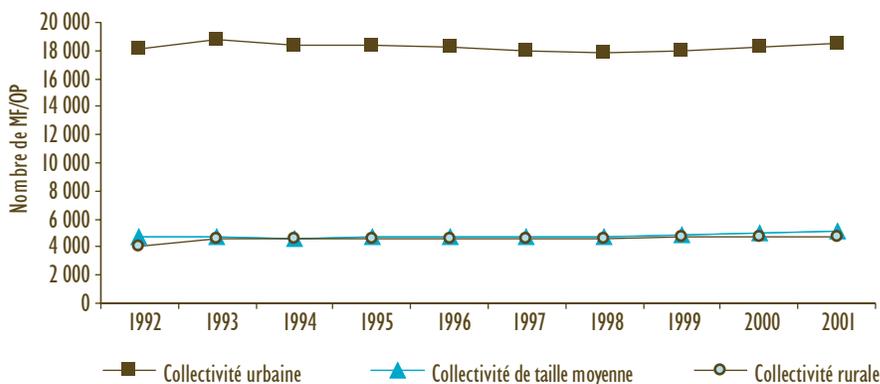


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, l'âge n'a pas été déclaré pour environ 1 % des médecins de famille.

La diminution du nombre d'hommes médecins de famille et l'augmentation du nombre de femmes médecins de famille s'observent dans les collectivités urbaines, de taille moyenne et rurales. De plus, l'ensemble de la population des médecins de famille vieillit dans ces trois milieux géographiques. En ce qui concerne le total des chiffres, la figure 7 présente une légère augmentation dans les collectivités urbaines (2 %) et des augmentations plus prononcées dans les collectivités de taille moyenne (8 %) et rurales (18 %).

7 Nombre de MF/OP, selon l'emplacement, Canada, 1992 à 2001



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. De 1992 à 2001, l'emplacement n'a pas été déclaré pour moins de 2 % des MF/OP.



4. Tableau sommaire des niveaux d'activité et des changements dans l'exercice de la profession

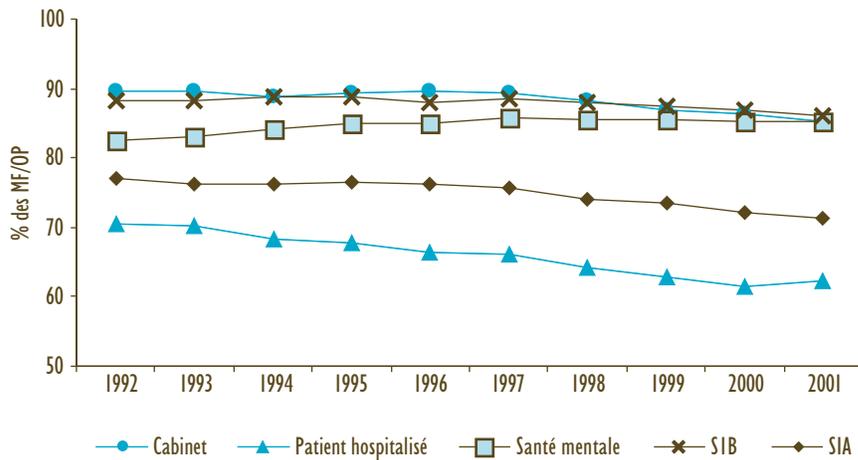
4.1 Aperçu des niveaux de participation

Dans la section 6 du présent rapport, on explorera des domaines précis de pratique clinique tandis que l'on présente dans les figures 8a et 8b un tableau général de l'activité des médecins de famille. Pendant toute la durée de l'étude (1992 à 2001), la plupart (85 à 90 %) des médecins de famille exerçaient activement en cabinet, dispensaient des soins de santé mentale ainsi que des services d'interventions de base. Le pourcentage du total des médecins de famille qui dispensaient des soins aux patients hospitalisés est passé de 71 % en 1992 à 62 % en 2001. Le pourcentage total des médecins de famille qui dispensaient des services d'interventions avancées est passé de 77 % en 1992 à 71 % en 2001. Enfin, le taux de participation aux soins chirurgicaux, à l'assistance chirurgicale, aux services d'anesthésie et aux services obstétricaux a diminué de 32 %, de 31 %, de 28 % et de 43 %, respectivement, de 1992 à 2001.

En résumé, il y a eu convergence des taux de participation des médecins de famille pour la pratique en cabinet, les soins de santé mentale et les services d'interventions de base. Même si la participation des médecins de famille à chacun des autres domaines a diminué, l'interrelation entre ces domaines est demeurée relativement stable, comme en font foi les lignes pratiquement parallèles dans les figures 8a et 8b.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des évaluations en cabinet, des soins aux patients hospitalisés, des services de santé mentale, des services d'interventions de base et d'interventions avancées, Canada, 1992 à 2001

8a

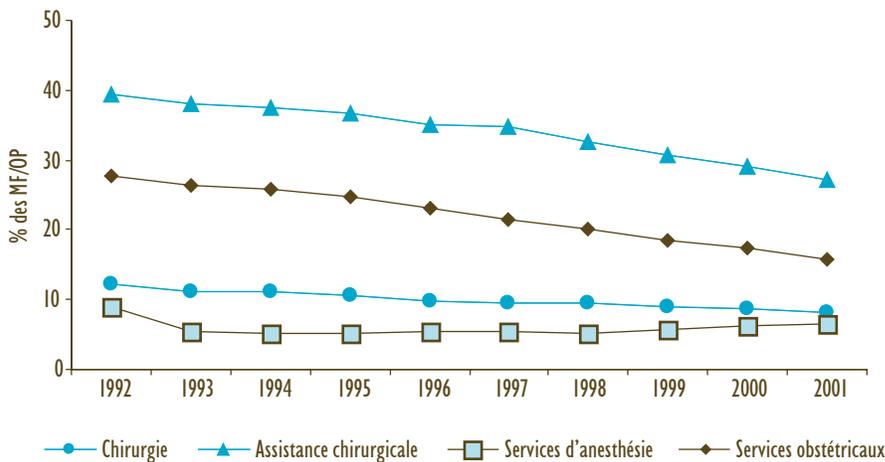


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. **SIB** = services d'interventions de base. **SIA** = services d'interventions avancées. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Voir l'annexe B pour obtenir les critères d'inclusion et d'exclusion des données des provinces appliqués à chaque domaine de service clinique.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services de chirurgie, d'assistance chirurgicale, d'anesthésie et des services obstétricaux, Canada, 1992 à 2001

8b



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

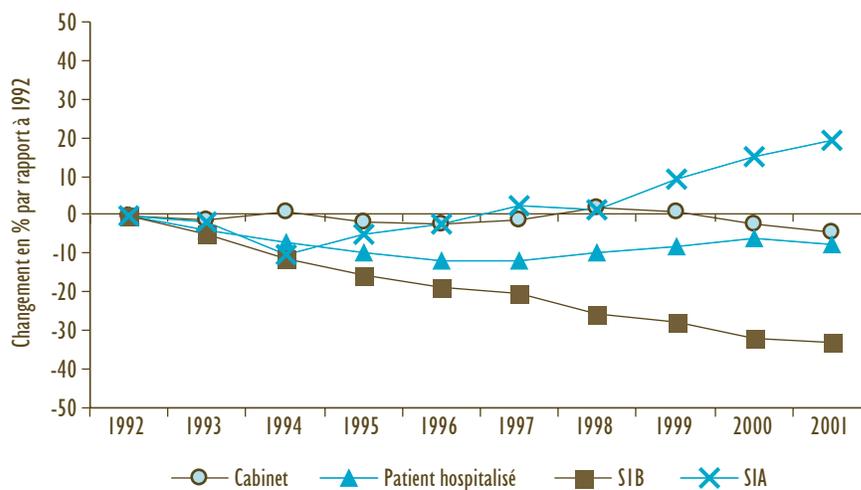
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Voir l'annexe B pour obtenir les critères d'inclusion et d'exclusion des données des provinces appliqués à chaque domaine de service clinique.

4.2 Aperçu de l'intensité de la charge de travail

Les figures 9a et 9b présentent le changement en pourcentage dans le nombre moyen de services dispensés pour chacune des années comparativement à l'année de référence, soit 1992. La figure 9b indique une augmentation du nombre moyen des services pour la santé mentale, la chirurgie, l'assistance chirurgicale, l'anesthésie et l'obstétrique. Quoique pas nécessairement linéaires, ces hausses s'élevaient à 12 %, à 88 %, à 57 %, à 35 % et à 33 %, respectivement, en 2001 par rapport à 1992. Comme en fait foi la figure 9a, les services d'interventions avancées ont augmenté de 19 %. La même figure illustre aussi une légère diminution en pourcentage des évaluations en cabinet (4 %) et des soins dispensés aux patients hospitalisés (8 %). La diminution en pourcentage (33 %) du nombre moyen de services d'interventions de base dispensés par les médecins de famille était plus élevée que pour les évaluations en cabinet et les soins aux patients hospitalisés (voir figure 9a).

Changement en pourcentage dans le nombre moyen de services par MF/OP par rapport à 1992 — Évaluations en cabinet, soins aux patients hospitalisés, services d'interventions de base et d'interventions avancées, Canada, 1992 à 2001

9a

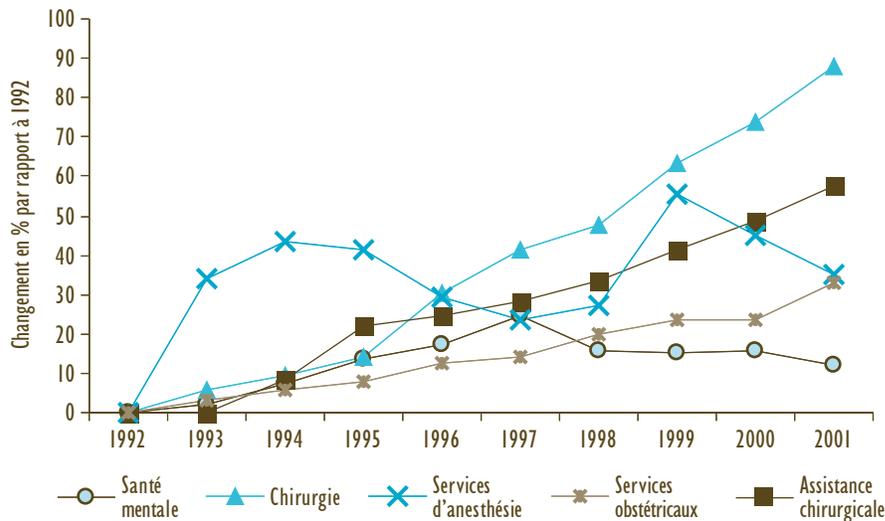


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre de programmes de rémunération à l'acte. **SIB** = services d'interventions de base; **SIA** = services d'interventions avancées. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Voir l'annexe B pour obtenir les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces appliqués à chaque domaine de service clinique.

Changement en pourcentage dans le nombre moyen de services par MF/OP par rapport à 1992 — Santé mentale, chirurgie, assistance chirurgicale, services d'anesthésie et services obstétricaux, Canada, 1992 à 2001

9b



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre de programmes de rémunération à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Voir l'annexe B pour obtenir les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces appliqués à chaque domaine de service clinique.

4.3 Quatre grandes tendances

D'après les caractéristiques indiquées précédemment, quatre grandes tendances de pratique se dessinent chez les médecins de famille.

A) Stabilité : Le nombre de services d'évaluation en cabinet est demeuré généralement stable au cours de la période d'analyse d'une durée de 10 ans. Même si les taux de participation ont légèrement diminué, le nombre moyen de services par médecin de famille n'a pas changé beaucoup.

B) Augmentation : Seul le domaine clinique des soins de santé mentale a enregistré des hausses régulières à l'égard des deux principales mesures des résultats (soit le taux de participation et le nombre moyen de services par médecin de famille).

C) Diminution : Un pourcentage en constante diminution de médecins de famille ont dispensé des soins aux patients hospitalisés de 1992 à 2001 et moins de services ont été dispensés en moyenne par ceux qui ont continué de le faire. Même si le pourcentage des médecins de famille qui ont fourni des services d'interventions de base est demeuré relativement stable au cours de la durée de l'étude, le nombre moyen d'interventions de base a diminué constamment.

D) Diminution de la participation augmentation de l'intensité : Cette caractéristique était la plus courante et a été observée dans les cinq autres domaines de pratique clinique : assistance chirurgicale, chirurgie, anesthésie, obstétrique et services d'interventions avancées. Selon cette caractéristique, le pourcentage de médecins de famille participant aux domaines de service clinique a diminué, mais on note une caractéristique correspondante dans l'augmentation du nombre moyen de services dispensés chez les médecins qui ont continué à fournir le service.

La section 6 donne plus de détails sur chacune de ces tendances par rapport aux domaines de pratique.



5. Le contexte du changement — Orientations stratégiques, 1992 à 2001

Le virage observé dans la pratique médicale s'inscrit dans un contexte plus large de changements apportés au système de soins de santé. Les orientations stratégiques adoptées

par les gouvernements, les établissements d'enseignement ainsi que d'autres intervenants peuvent avoir une incidence sur le nombre de médecins de famille, leur lieu et leurs caractéristiques de pratique^{35, 36}.

Le présent document ne suggère pas de rapport de cause à effet entre certaines politiques et les virages particuliers observés dans la pratique clinique (ou vice versa). Les changements présentés ci-dessous n'offrent pas non plus de tableau global de tous les changements qui se sont produits au cours de la durée de l'étude. Toutefois, en mettant en évidence quelques-uns des secteurs d'activité politique ayant eu d'importantes retombées stratégiques au cours de la décennie, on peut se faire une idée de l'environnement dans lequel les médecins de famille ont pris les décisions relatives à leur pratique. Ces changements et d'autres sont présentés à l'illustration 1.

Illustration 1 :

Les médecins de famille au Canada : une vague de changements, à savoir...



5.1 Changements dans la formation en médecine et autorisation d'exercer

a) Le cheminement vers la médecine familiale

Au début de la période à l'étude (1992), les finissants en médecine pouvaient accéder aux soins primaires soit en devenant omnipraticien après un internat par rotation postdoctoral d'un an, soit en devenant médecin de famille en effectuant un programme de résidence postdoctoral en médecine familiale de deux ans.

En 1993, le programme de résidence en médecine familiale de deux ans est devenu la seule option pour les étudiants en médecine qui voulaient devenir médecins de famille³⁷. L'incidence de ce changement sur les effectifs médicaux a été documentée dans le rapport de l'ICIS *Du surplus perçu à la pénurie perçue* rédigé par le Dr Ben Chan³⁸.

b) Formation spécialisée

Les médecins de famille ont bénéficié d'occasions de plus en plus nombreuses d'acquérir de la formation dans des domaines de spécialisation, comme la médecine d'urgence, la médecine sportive, l'obstétrique, les soins palliatifs, la santé des femmes, la gériatrie et la santé des Premières nations. Les postes de formation postdoctorale de troisième année sont principalement offerts aux personnes qui suivent une formation en médecine familiale plutôt qu'aux professionnels qui exercent déjà dans le domaine. Les stagiaires en médecine familiale ont affiché de plus en plus d'intérêt à l'égard de ces occasions. On a aussi observé une tendance semblable vers la sous-spécialisation dans d'autres disciplines, comme la médecine interne générale et la chirurgie générale^{39, 40, 41}.

Les médecins de famille ont bénéficié d'occasions de plus en plus nombreuses d'acquérir de la formation dans des domaines de spécialisation.

c) Formation en médecine familiale

Les statistiques publiées par le Service canadien de jumelage des résidents (Canadian Resident Matching Service, CaRMS) font état de la sélection des étudiants en médecine pour ce qui est des programmes de formation postdoctorale. Dans son rapport de 2003, le CaRMS indique qu'il a suivi l'évolution de l'intérêt des finissants en médecine dans une carrière en médecine familiale, comme en témoigne leur premier choix d'une discipline⁴². Selon le rapport du CaRMS, entre 1994 et 2001, le pourcentage des diplômés en médecine dont le premier choix était la médecine familiale s'est échelonné de 34,7 % en 1997 à 28,2 % en 2001. Les résultats de 2001 représentent une baisse de 18,7 % par rapport à ceux de 1997.

Le Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER) rapporte aussi des statistiques sur la formation en médecine. Dans son rapport annuel de recensement, le CAPER présente les proportions des stagiaires en formation postdoctorale qui sortent des programmes de médecine familiale par rapport aux programmes de spécialités autres que la médecine familiale. Les statistiques annuelles du CAPER sur les sorties des programmes de formation postdoctorale sont une indication du nombre potentiel de médecins qui commencent à pratiquer tout de suite après leur sortie. Selon le rapport annuel de recensement, les diplômés en médecine familiale représentaient 44 % de tous les diplômés en 1994-1995, nombre qui est passé à 40 % en 2001-2002⁴³. Cette proportion en baisse a été soulevée dans des recherches qui examinent le nombre de futurs médecins de famille au Canada⁴⁴.

Cette proportion en baisse a été soulevée dans des recherches qui examinent le nombre de futurs médecins de famille au Canada.

d) Choix de carrière pour les étudiants en médecine et flexibilité dans la formation postdoctorale

Les facteurs qui influencent la décision des étudiants en médecine ont un lien avec les statistiques présentées dans la section précédente. De nombreux facteurs peuvent entrer en jeu et il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation de l'importance de chacun dans la prise de décision. Les décisions des étudiants en médecine peuvent être influencées par le volume de matière enseignée dans les programmes de premier cycle. De même, les résultats de recherche et les énoncés publiés par la Fédération canadienne des étudiants en médecine et le Collège des médecins de famille du Canada indiquent qu'en raison des changements apportés au système d'éducation et de formation, les étudiants en médecine font des choix de carrière plus tôt qu'ils aimeraient le faire^{37, 45, 46, 47}. Un choix de carrière prématuré peut se compliquer en raison d'une réduction des occasions de changer de cheminement professionnel après que le choix est fait.

e) Durée des études en médecine et de la formation postdoctorale

Dans les années précédant la période à l'étude, les étudiants pouvaient être admis à une faculté de médecine après deux ans d'études au premier cycle. Cette situation allait à l'encontre des rapports qui favorisaient une formation scolaire plus étendue avant l'admission aux écoles de médecine^{48, 49}. Les écoles de médecine ont réagi en exigeant l'obtention d'un diplôme de premier cycle⁵⁰, ajoutant ainsi une ou deux années à la formation. Le rôle accru des stages en troisième année de médecine familiale a fait augmenter la durée de la formation en médecine familiale d'une autre année pour bien des étudiants.

Le rôle accru des stages en troisième année de médecine familiale a fait augmenter la durée de la formation en médecine familiale d'une autre année pour bien des étudiants.

f) Possibilité de recyclage dans les spécialités

Moins d'occasions de recyclage dans une autre discipline se sont présentées aux médecins déjà sur le marché du travail. Cette situation peut être l'une des raisons expliquant une diminution de la sélection de la médecine familiale en tant qu'option de formation par les étudiants en médecine. Un autre élément de dissuasion repose sur le fait que bien des postes de recyclage qui demeurent vacants exigent de conclure un contrat de retour de service après la formation^{36, 51, 52}.

5.2 Changements dans le système de soins de santé

a) Régionalisation, fusion et changements dans les soins en milieu hospitalier

Au cours de l'étude de 10 ans, la plupart des provinces et des territoires ont fusionné des hôpitaux ou régionalisé le système des soins de santé, ou les deux^{53, 54, 55, 56}. Parallèlement, on a modifié l'approche aux soins en milieu hospitalier : séjours plus courts à l'hôpital, interventions ambulatoires plus nombreuses, plus grande attention accordée aux soins offerts dans la collectivité. Les changements dans le milieu hospitalier, y compris l'incidence sur le rôle des médecins de famille, sont documentés par le Collège des médecins de famille du Canada dans son rapport publié récemment et intitulé *L'implication des médecins de famille auprès des malades hospitalisés*⁵⁷.

b) Réforme des soins primaires

En 2001 (la fin de la période à l'étude), presque tous les territoires et les provinces s'étaient engagés à mettre sur pied de nouveaux modèles de prestation des soins primaires. Certains ont lancé des projets pilotes limités tandis que d'autres ont investi dans de nombreuses approches nouvelles^{15, 16, 17}. Plusieurs modèles différents ont été mis sur pied¹⁴. Ils visaient en règle générale à régler les questions de l'accès des patients, les autres modes de rémunération des médecins, l'intégration d'une équipe de professionnels des soins de santé et une meilleure utilisation de la technologie de l'information. Même si l'on accorde toujours une attention à la réforme des soins primaires, certains rapports indiquent que ces initiatives ont soulevé l'incertitude dans la profession et les écoles de médecine en ce qui concerne les besoins à venir et le rôle des médecins de famille^{58, 59}.

Même si l'on accorde toujours une attention à la réforme des soins primaires, certains rapports indiquent que ces initiatives ont soulevé l'incertitude dans la profession.

c) Augmentation du nombre et des types de groupes de dispensateurs de soins

Divers groupes de dispensateurs de soins de santé ont manifesté un intérêt croissant à participer à des domaines de soins qui sont actuellement dispensés par les médecins de famille^{10, 11, 12, 13}. Dans certains cas, on a déjà noté une augmentation du nombre d'autres dispensateurs de soins de santé ou bien un changement dans le cadre des fonctions^{36, 60, 61}.

d) Les besoins des populations mal desservies

Au cours de la période à l'étude, les préoccupations se sont faites de plus en plus nombreuses au sujet de la présence d'un nombre adéquat de professionnels de la santé formés pour dispenser des soins dans les régions géographiques mal desservies^{35, 36}. Une vaste gamme de mesures a été adoptée pour encourager les travailleurs de la santé à exercer dans des régions mal desservies, comme les régions rurales et éloignées, et pour les inciter à desservir certaines populations dans les zones urbaines. Parmi ces initiatives, mentionnons les mesures de recrutement et de maintien des effectifs, une meilleure collecte des données ainsi que des changements au système d'enseignement ou de formation^{62, 63, 64, 65}.

e) Nombre de médecins

Comme il est mentionné précédemment, plusieurs politiques ont été mises en œuvre en 1993 qui ont eu des incidences sur le nombre de médecins. À titre d'exemple, mentionnons une réduction de 10 % du nombre de places dans les écoles de médecine et les politiques relatives aux diplômés en médecine d'autres pays qui viennent se greffer aux effectifs en médecine au Canada^{66, 38}.

En 1999, un rapport du Forum médical canadien sur le nombre de médecins indiquait que les taux de retraite s'accéléraient et dépasseraient le nombre de nouveaux diplômés d'ici 2008⁶⁶. Dans les années ayant suivi cette étude, bien des provinces ont augmenté le nombre de places dans les écoles de médecine et une attention a été accordée aux moyens d'accroître le rôle des diplômés internationaux en médecine dans le système³⁶. Compte tenu de la durée des programmes de formation dans les écoles de médecine et de la formation postdoctorale, l'effet de ces changements ne ressortira pas dans les résultats de la présente étude.

f) Les changements sociaux

Le Canada fait face à d'importants changements démographiques. Le nombre d'habitants augmente plus rapidement que le nombre de médecins. De plus, la population vieillit³⁸. À l'heure actuelle, les personnes âgées de plus de 65 ans accaparent 70 % du budget consacré aux soins de santé⁶⁶. Le vieillissement de la population a des incidences possibles sur l'utilisation des soins de santé sur le plan du volume et de la complexité.

De plus, les patients disposent de plus de connaissances sur leur propre état de santé en raison d'un meilleur accès à l'information médicale grâce à des ressources comme les groupes de défense des patients, l'Internet et une plus grande couverture médiatique. Leurs attentes relatives aux dispensateurs de soins de santé sont donc plus élevées et ils souhaitent participer davantage aux décisions ayant trait à leurs propres soins ou aux soins d'un membre de la famille.

De tels changements ont des retombées sur le travail quotidien des dispensateurs de soins, y compris les médecins de famille. La section suivante examine les tendances relatives aux caractéristiques de la pratique des médecins de famille au cours de la durée de l'étude de 10 ans, soit de 1992 à 2001.



6. Les changements dans certains domaines de pratique clinique

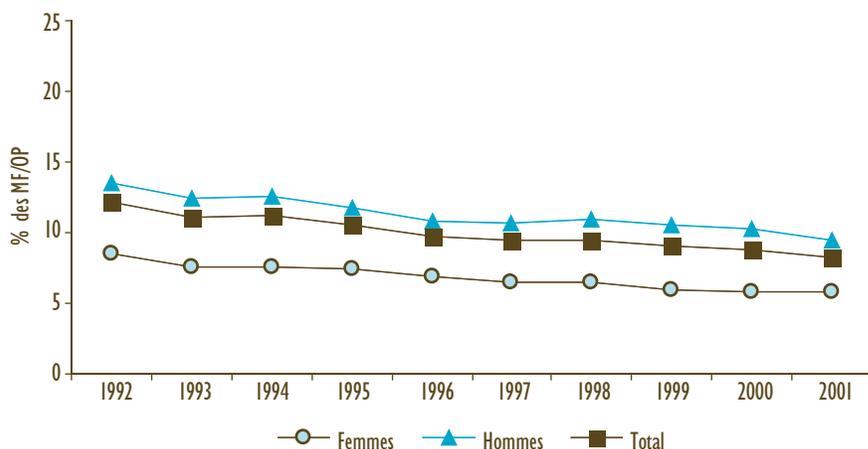
L'annexe A présente une description détaillée des types de services de soins de santé compris dans chaque domaine de pratique clinique.

6.1 Services chirurgicaux

Pour chaque année visée par l'étude (1992 à 2001), moins de 13 % de tous les médecins de famille ont fourni des services chirurgicaux. Chaque année, le taux de participation était plus élevé pour les hommes médecins de famille que pour leurs consœurs (voir figure 10). Par exemple, en 1992, 14 % des hommes médecins de famille ont dispensé des services chirurgicaux par rapport à 9 % chez leurs consœurs. Toutefois, le taux de participation pour les hommes et les femmes a diminué de la même façon au cours de la période de l'étude. En 2001, le taux de participation avait atteint environ 10 % chez les hommes et 6 % chez les femmes.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services chirurgicaux, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

10

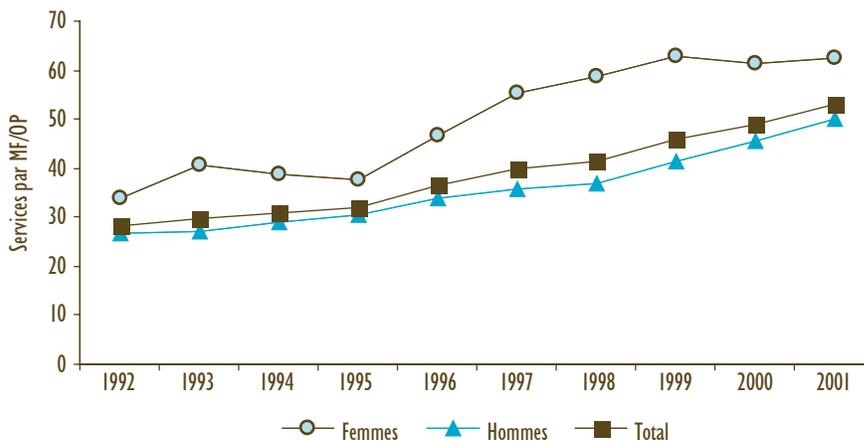


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services chirurgicaux reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Même si les hommes médecins de famille étaient plus susceptibles de dispenser des services chirurgicaux, les femmes médecins de famille qui le faisaient en dispensaient habituellement davantage. La figure 11 indique que, tout au long de la période de l'étude, les femmes médecins de famille ont dispensé plus de services chirurgicaux en moyenne que leurs confrères. Ainsi, en 2001, les femmes médecins de famille ont dispensé 62 services chirurgicaux en moyenne par rapport au nombre moyen de 50 chez les hommes. Tant chez les hommes que chez les femmes, le nombre moyen de services chirurgicaux dispensés a augmenté régulièrement au cours de la durée de l'étude (voir figure 11).

Nombre moyen de services chirurgicaux par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

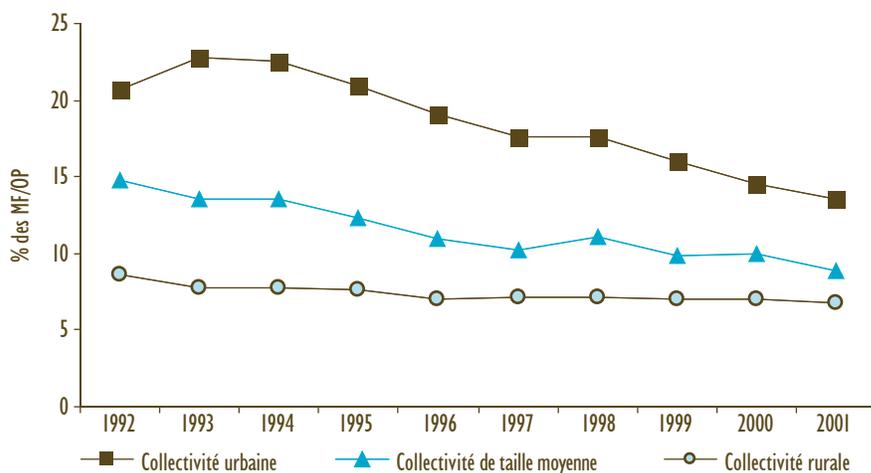
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services chirurgicaux reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Les collectivités rurales et de taille moyenne comptaient un pourcentage plus élevé de médecins de famille dispensant des services chirurgicaux (voir figure 12). Au début de la période à l'étude (1992), 9 % des médecins de famille en milieu urbain, 15 % des médecins de famille dans des collectivités de taille moyenne et 21 % de ceux en régions rurales dispensaient des services chirurgicaux. Les taux de participation ont chuté pour l'ensemble des trois milieux géographiques au cours de la période à l'étude. Le déclin a été le plus marqué dans les collectivités de taille moyenne et les milieux ruraux où les taux de participation ont atteint 9 % et 14 %, respectivement, en 2001.

Au début de la période à l'étude (1992), 9 % des médecins de famille en milieu urbain, 15 % des médecins de famille dans des collectivités de taille moyenne et 21 % de ceux en régions rurales dispensaient des services chirurgicaux.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services chirurgicaux, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

12



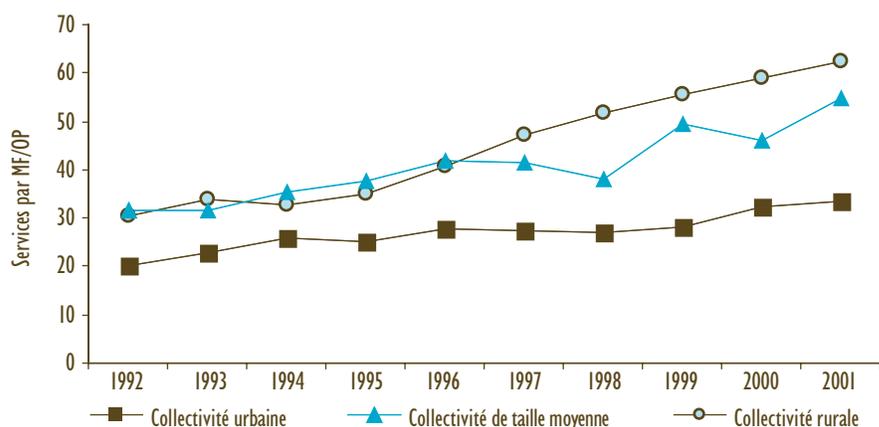
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services chirurgicaux reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Contrairement aux taux de participation, le nombre moyen de services chirurgicaux dispensés par les médecins de famille était en règle générale plus élevé en milieu urbain que dans les collectivités rurales et de taille moyenne (voir figure 13). Les médecins de famille en milieu rural ont dispensé moins de services chirurgicaux en moyenne pendant toute la durée de l'étude. Le nombre moyen de services chirurgicaux dispensés par les médecins de famille en milieu urbain et de taille moyenne était assez semblable de 1992 à 1996. Toutefois, à partir de 1997, le nombre moyen de services chirurgicaux dispensés était plus élevé chez les médecins de famille en milieu urbain.

Nombre moyen de services chirurgicaux par MF/OP qui dispense de tels services, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

13



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services chirurgicaux reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

6.2 Pratique en cabinet

La figure 8a indique que, de 1992 à 2001, 85 à 90 % des médecins de famille ont facturé des évaluations en cabinet. Il est important de noter que, pendant toute la durée de l'étude, les évaluations en cabinet ont représenté les deux tiers de tous les services dispensés par les médecins de famille. Compte tenu de la stabilité de la pratique en cabinet et de sa part importante du total des services facturés, les écarts des sous-groupes dans ce domaine de pratique clinique portent tout particulièrement à croire qu'il existe des différences dans la charge de travail des médecins de famille pour ceux qui sont rémunérés en grande partie grâce au mode de rémunération des services à l'acte.

La participation aux évaluations en cabinet n'a pratiquement pas changé de 1992 à 1997. Après cette période, on note une diminution légère, mais constante, du niveau de participation. Comme il est présenté dans la figure 14, les hommes et les femmes médecins de famille étaient tout aussi susceptibles de participer à la pratique en cabinet. Toutefois, comme en fait foi la figure 15, les hommes médecins de famille ont dispensé un nombre nettement plus élevé d'évaluations en cabinet, en moyenne, que leurs consœurs. En 2001, les hommes médecins de famille ont facturé 3 960 évaluations en cabinet en moyenne par rapport à 2 712 en moyenne pour les femmes médecins de famille. En 2001, les hommes médecins de famille ont facturé 46 % plus de services d'évaluation en cabinet que leurs consœurs.

En 2001, les hommes médecins de famille ont facturé 46 % plus de services d'évaluation en cabinet que leurs consœurs.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services d'évaluation en cabinet, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

14

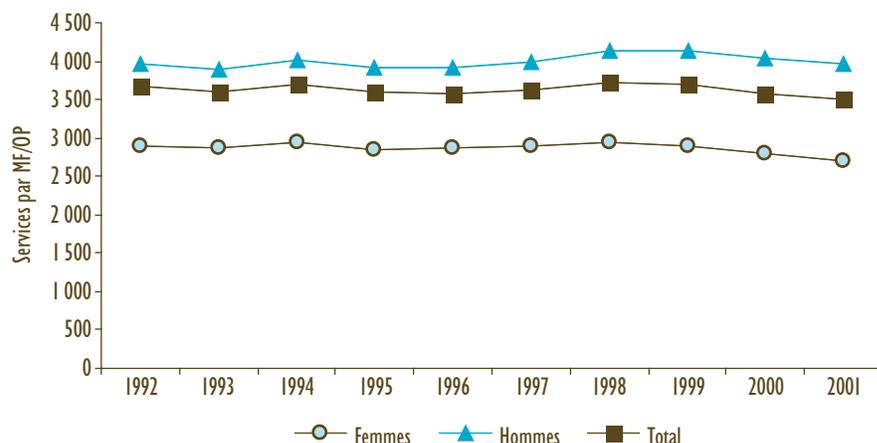


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour la pratique en cabinet reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Nombre moyen de services d'évaluation en cabinet par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

15



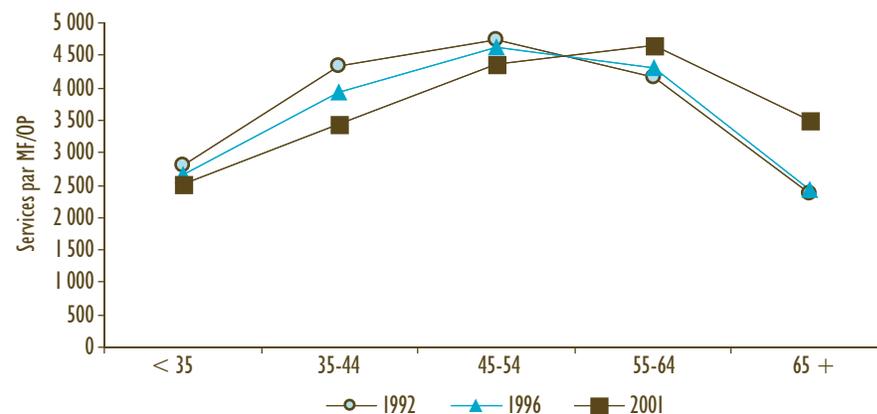
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour la pratique en cabinet reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Le nombre moyen de services d'évaluation en cabinet dispensés par les médecins de famille a généralement atteint un sommet chez les 45 à 54 ans, puis il a diminué. Toutefois, à la fin de la période à l'étude, cette tendance a été observée chez les 55 à 64 ans, qui ont alors dispensé le nombre moyen le plus élevé de services d'évaluation en cabinet. Au cours de la durée de l'étude de 10 ans, le nombre moyen de services d'évaluations en cabinet a augmenté pour les groupes les plus âgés tandis qu'il a diminué chez les groupes les plus jeunes. Cette tendance a été observée tant chez les hommes que chez les femmes médecins de famille, comme en font foi les figures 16 et 17.

Nombre moyen de services d'évaluation en cabinet par homme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

16

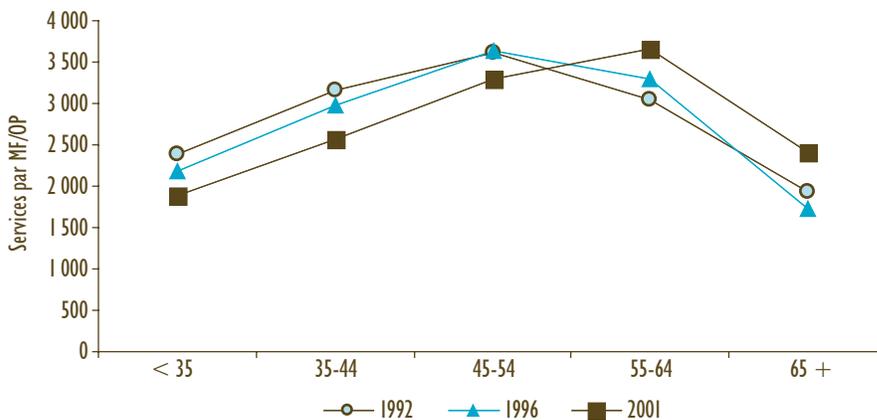


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour la pratique en cabinet reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Nombre moyen de services d'évaluation en cabinet par femme MF/OP
qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

17



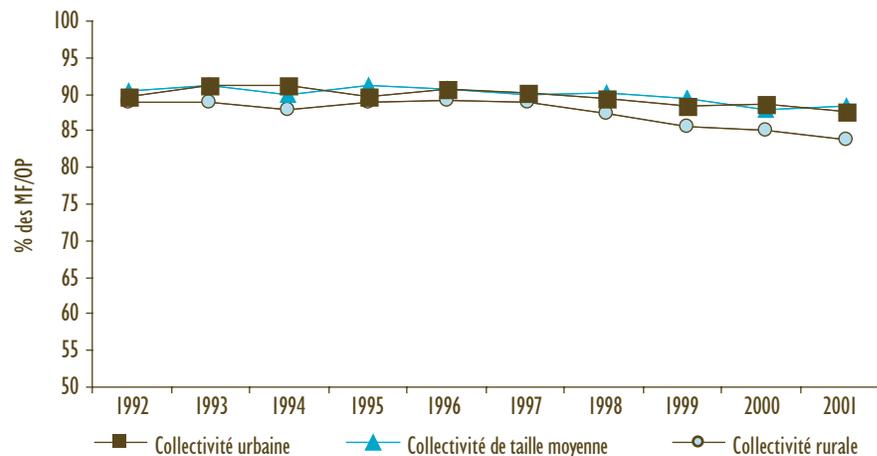
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour la pratique en cabinet reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Comme on peut le voir à la figure 18, l'homogénéité entre les milieux géographiques est assez grande. Les collectivités rurales et de taille moyenne avaient des taux de participation légèrement plus élevés (de 2 à 3 %) que les collectivités urbaines.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services d'évaluation en cabinet,
selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

18



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

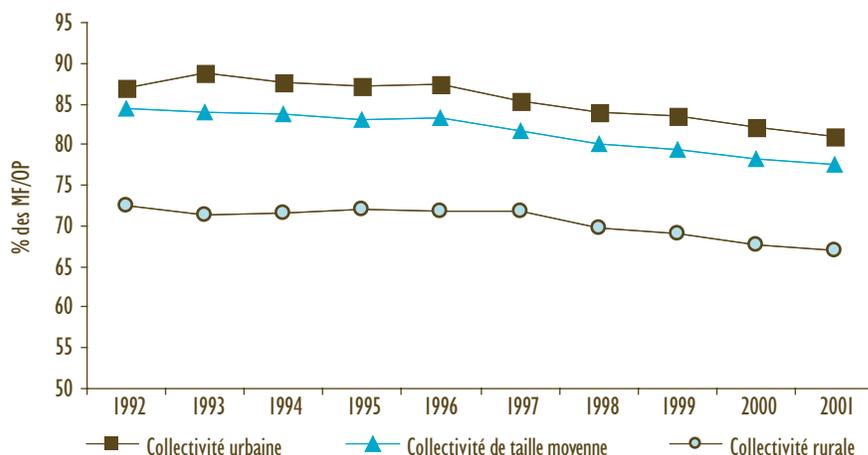
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour la pratique en cabinet reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

6.3 Services d'interventions avancées

Pendant toute la durée de l'étude, la plupart des médecins de famille ont dispensé des services d'interventions avancées. Cette observation était particulièrement valable pour les médecins de famille en milieu rural, dont pas moins de 81 % ont facturé des services d'interventions avancées au cours de chaque année (voir figure 19). Chez les médecins de famille en milieu rural, le taux de participation à des services d'interventions avancées était de façon constante plus élevé d'environ 20 % que pour les médecins de famille en milieu urbain. Même si les taux de participation à des services d'interventions avancées n'ont connu que des diminutions modestes, la baisse est devenue plus marquée après 1996 (voir figure 19). Cette tendance a été observée non seulement dans tous les milieux géographiques, mais également chez les femmes et les hommes médecins de famille de tous les groupes d'âge.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services d'intervention avancées, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

19



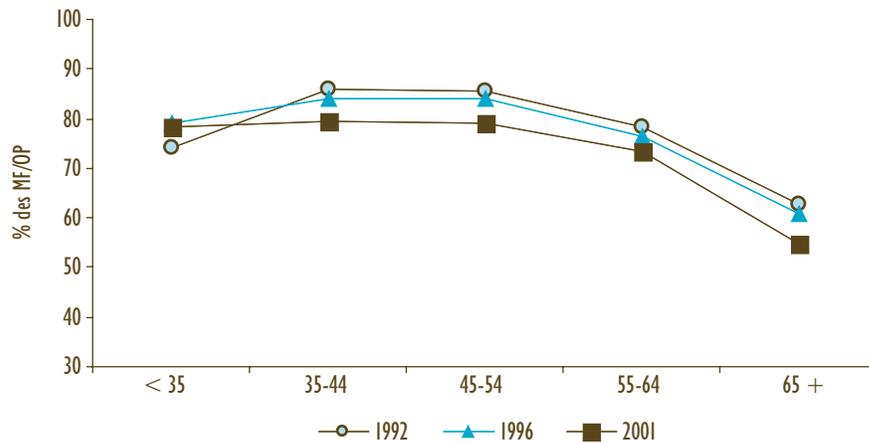
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions avancées reposent sur les données de toutes les provinces, à l'exception du Québec. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Pendant toute la durée de l'étude, les services d'interventions avancées avaient tendance à être pratiqués par les médecins de famille plus jeunes (voir figures 20 et 21). Même si les taux de participation étaient de moins en moins élevés chez les médecins de famille dans les groupes de plus de 35 à 44 ans, une diminution plus marquée des taux de participation dans les groupes d'âge a été observée chez les femmes médecins de famille.

Pourcentage des hommes MF/OP qui dispensent des services d'intervention avancées, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

20

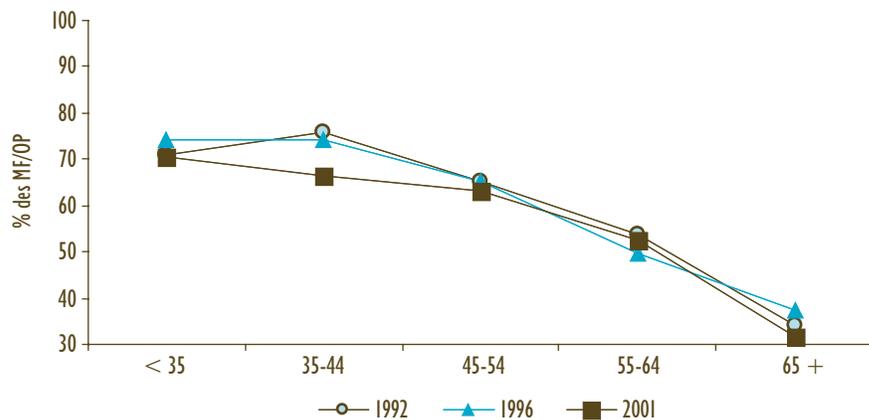


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions avancées reposent sur les données de toutes les provinces, à l'exception du Québec. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Pourcentage des femmes MF/OP qui dispensent des services d'intervention avancées, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

21



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

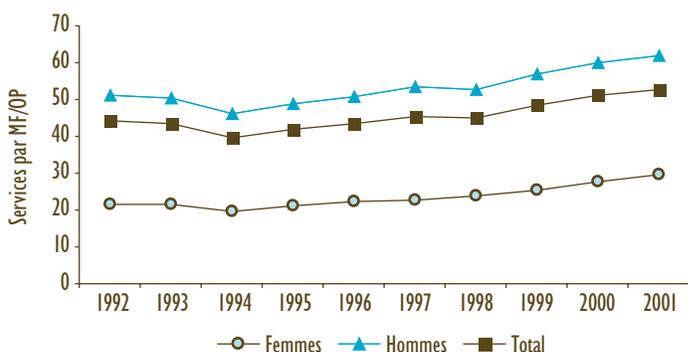
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions avancées reposent sur les données de toutes les provinces, à l'exception du Québec. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Depuis 1994, le nombre moyen de services d'interventions avancées dispensés par médecin de famille a augmenté progressivement (voir figure 22), tant chez les hommes que chez les femmes médecins de famille. Pendant toute la durée de l'étude, les hommes médecins de famille ont dispensé plus que le double de services d'interventions avancées, en moyenne, que leurs consœurs.

Depuis 1994, le nombre moyen de services d'interventions avancées dispensés par médecin de famille a augmenté progressivement.

Nombre moyen de services d'intervention avancées par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

22



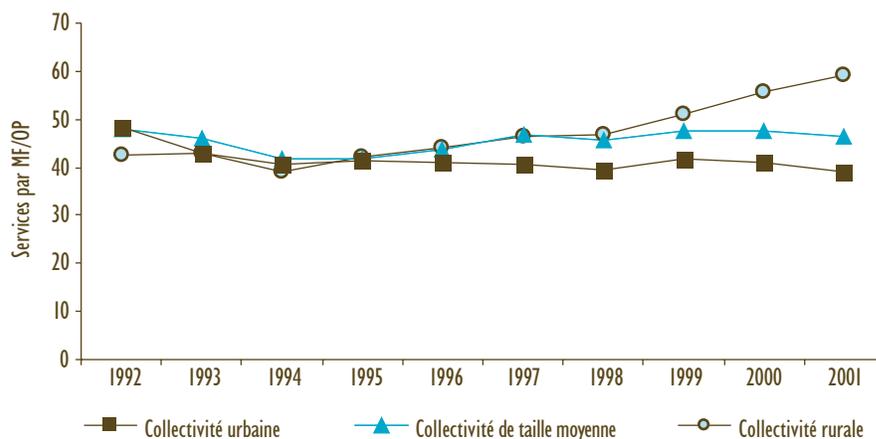
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions avancées reposent sur les données de toutes les provinces, à l'exception du Québec. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

De 1992 à 2001, les médecins de famille œuvrant dans des collectivités urbaines, de taille moyenne et rurales, ont dispensé en moyenne de 39 à 59 services d'interventions avancées (voir figure 23). Les positions relatives des médecins de famille en milieu rural et urbain, pour ce qui est du nombre moyen de services d'intervention avancées dispensés, se sont inversées graduellement au cours de la période visée par l'étude. En 1992, les médecins de famille en milieu rural ont dispensé plus de services d'interventions avancées, en moyenne, par rapport à ceux en milieu urbain (48 par rapport à 43 respectivement). En 2001, les médecins de famille en milieu urbain ont facturé 59 services d'interventions avancées en moyenne par rapport à 39 en moyenne pour les médecins de famille en milieu rural.

Nombre moyen de services d'intervention avancées par MF/OP qui dispense de tels services, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

23



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

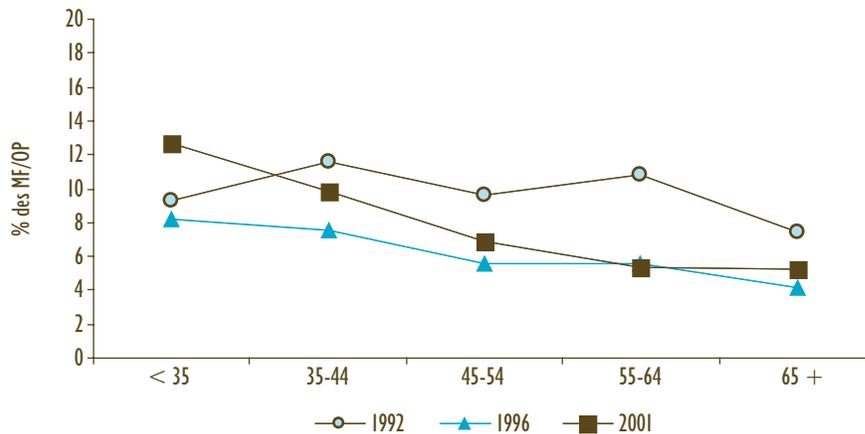
Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Voir l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions avancées reposent sur les données de toutes les provinces, à l'exception du Québec. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

6.4 Services d'anesthésiologie

Comme il est indiqué à la figure 8b, le taux de participation des médecins de famille aux services d'anesthésie a généralement diminué au cours de la période visée par l'étude. Le taux de participation de 9 % enregistré en 1992 est passé à moins de 6 % en 1993 et est demeuré relativement stable de 1993 à 1999. En 2000 et 2001, le taux de participation a atteint tout juste plus de 6 %. Les figures 24 et 25 présentent la légère augmentation des taux de participation chez les deux sexes et pour la plupart des groupes d'âge en 2001 comparativement à 1996, en particulier chez les médecins de famille âgés de moins de 35 ans. En 2001, les hommes et femmes médecins de famille âgés de moins de 35 ans ont affiché des taux de participation supérieurs dans la prestation de services d'anesthésie que pour ceux et celles du même groupe d'âge en 1992 et 1996.

Pourcentage des hommes MF/OP qui dispensent des services d'anesthésie, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

24

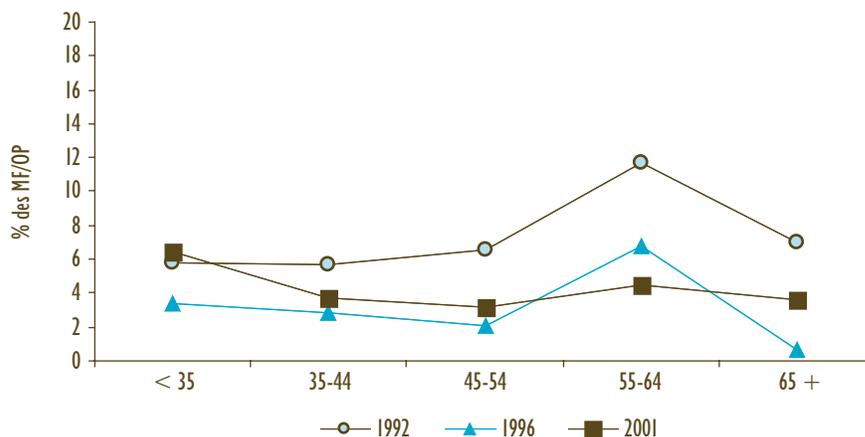


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'anesthésie reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Pourcentage des femmes MF/OP qui dispensent des services d'anesthésie, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

25



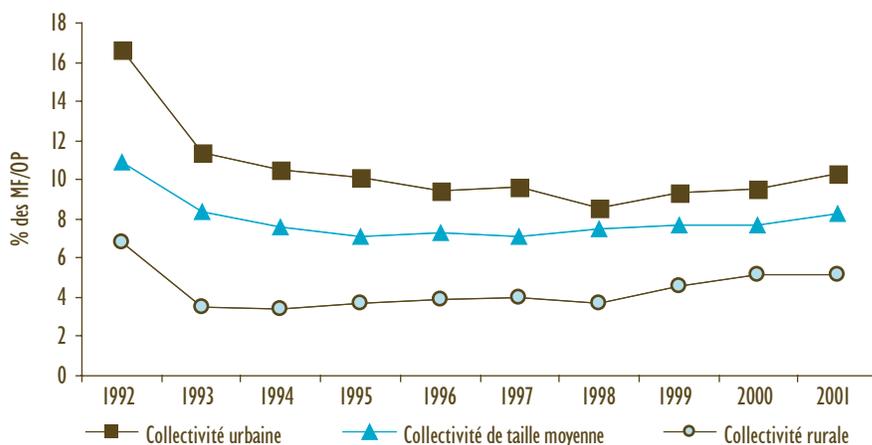
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'anesthésie reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

La tendance à la baisse et puis légèrement à la hausse observée dans les taux de participation aux services d'anesthésie s'est manifestée dans tous les milieux géographiques (voir figure 26). Néanmoins, en 2001, 25 %, 25 % et 38 % moins de médecins de famille ont fourni des services d'anesthésie dans les collectivités urbaines, de taille moyenne et rurales, respectivement, par rapport aux taux de participation enregistrés en 1992. Pendant toute la durée de l'étude, un plus grand pourcentage de médecins de famille ont dispensé des services d'anesthésie en milieu rural par rapport aux collectivités urbaines ou de taille moyenne.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services d'anesthésie, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

26



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

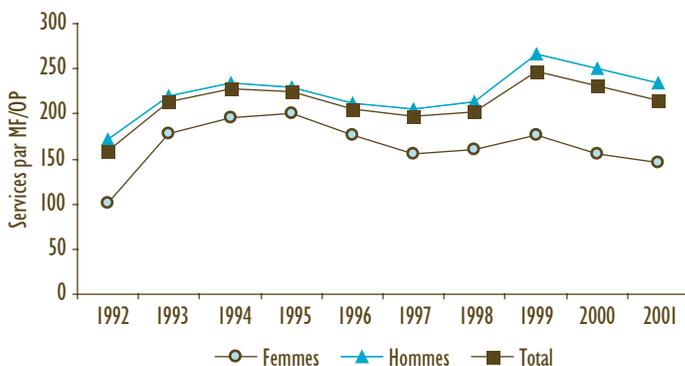
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'anesthésie reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Dans l'ensemble, le nombre moyen de services d'anesthésie dispensés par médecin de famille a augmenté de 35 % au cours de la période visée par l'étude, mais la tendance était variable (voir figure 27). Le nombre moyen de services d'anesthésie dispensés a augmenté chez les hommes et les femmes médecins de famille dans les premières années de l'étude (1992 à 1995) et puis a diminué jusqu'en 1997. Tant chez les hommes que les femmes médecins de famille, le nombre moyen de services d'anesthésie a augmenté en 1998 et en 1999. Au cours des deux dernières années de l'étude (2000 et 2001), le nombre moyen de services d'anesthésie dispensés a diminué.

Dans l'ensemble, le nombre moyen de services d'anesthésie dispensés par médecin de famille a augmenté de 35 % au cours de la période visée par l'étude, mais la tendance était variable.

Nombre moyen de services d'anesthésie par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

27



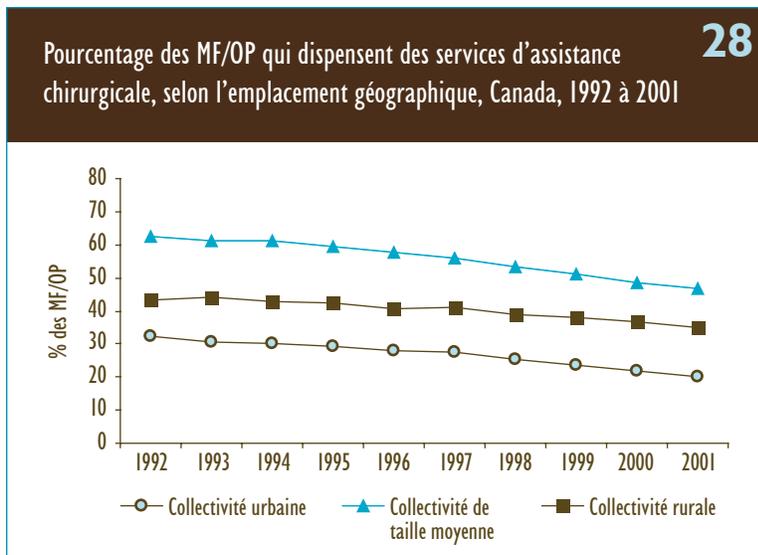
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'anesthésie reposent sur les données provenant de toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

6.5 Services d'assistance chirurgicale

Comme il est indiqué à la figure 28, l'assistance chirurgicale dispensée par les médecins de famille était plus répandue dans les collectivités de taille moyenne, moins répandue dans les milieux urbains et a diminué dans l'ensemble des trois milieux géographiques. Au cours de la durée de l'étude, les taux de participation aux services d'assistance chirurgicale ont diminué de 38 %, de 25 % et de 19 % dans les collectivités urbaines, de taille moyenne et rurales, dans l'ordre.

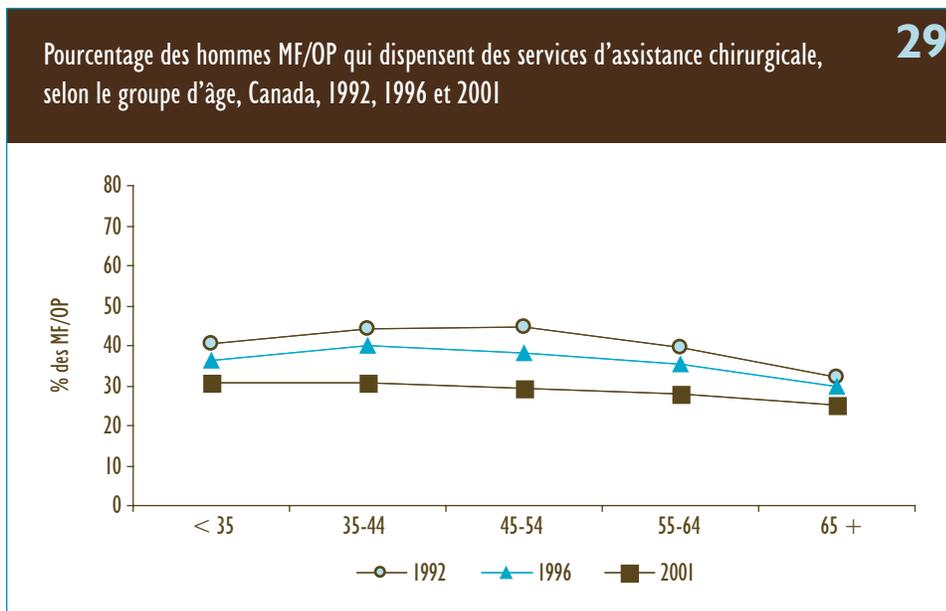
L'assistance chirurgicale dispensée par les médecins de famille était plus répandue dans les collectivités de taille moyenne, moins répandue dans les milieux urbains et a diminué dans l'ensemble des trois milieux géographiques.



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'assistance chirurgicale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Même si un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes médecins de famille ont dispensé des services d'assistance chirurgicale, on a observé une tendance à la baisse pour les deux sexes dans tous les groupes d'âge. Ces tendances sont illustrées dans les figures 29 et 30.

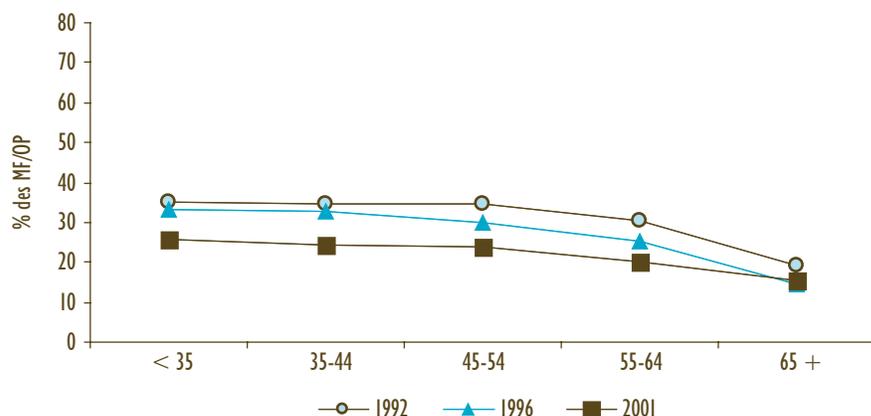


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'assistance chirurgicale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Pourcentage des femmes MF/OP qui dispensent des services d'assistance chirurgicale, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

30



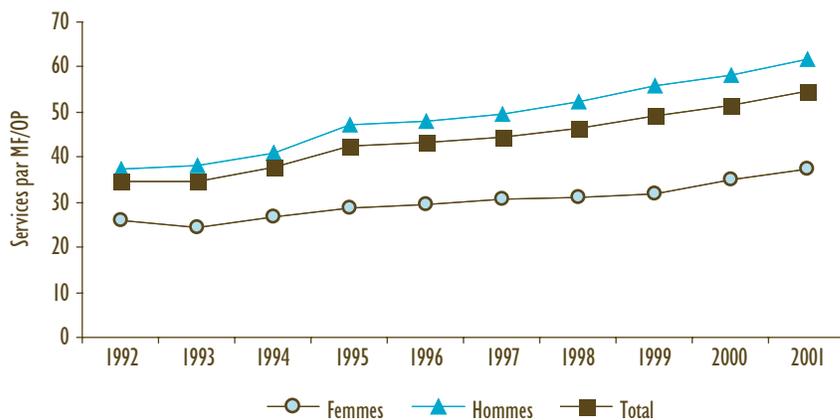
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'assistance chirurgicale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Le nombre moyen de services d'assistance chirurgicale dispensés par les médecins de famille a augmenté au cours de la période visée par l'étude, en particulier chez les hommes (voir figure 31). Le nombre moyen de services dispensés par médecin de famille a augmenté de 42 % chez les femmes et de 68 % chez les hommes.

Nombre moyen de services d'assistance chirurgicale par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

31



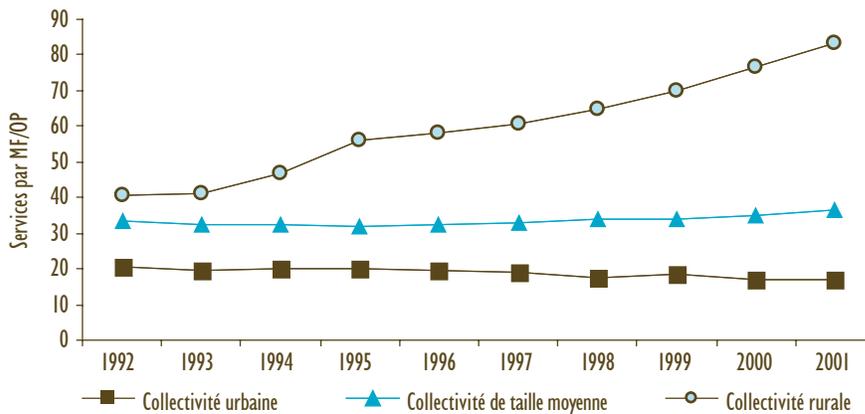
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'assistance chirurgicale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Une comparaison des figures 28 et 32 révèle que même si les médecins de famille en milieu urbain étaient moins susceptibles que ceux dans les collectivités de taille moyenne de dispenser des services d'assistance chirurgicale, les médecins de famille en milieu urbain qui dispensaient de tels services l'ont fait de façon plus intensive que ceux œuvrant dans les collectivités de taille moyenne. En fait, pendant toute la durée de l'étude, on a noté une progression marquée de l'intensité des services d'assistance chirurgicale dispensés par les médecins de famille en milieu urbain. Le nombre moyen de services d'assistance chirurgicale dispensés par les médecins de famille en milieu urbain a doublé au cours de la période visée par l'étude.

Nombre moyen de services d'assistance chirurgicale par MF/OP qui dispense de tels services, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

32



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

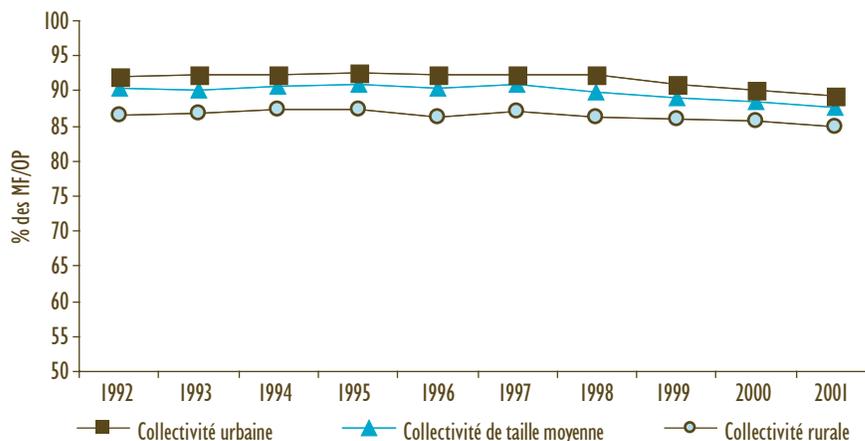
Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'assistance chirurgicale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

6.6 Services d'intervention de base

Comme il est mentionné à la section 4.1, le taux de participation à des services d'interventions de base est demeuré stable chez les médecins de famille au cours de l'étude. Cette observation s'applique tant chez les femmes que chez les hommes médecins de famille ainsi que chez les médecins de famille dans tous les types de collectivités (voir figures 33 et 34).

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services d'interventions de base, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

33

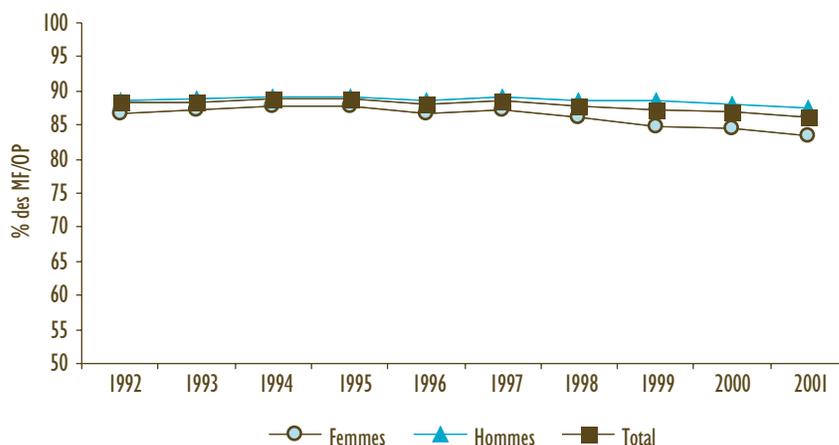


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions de base reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent services d'interventions de base, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

34



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

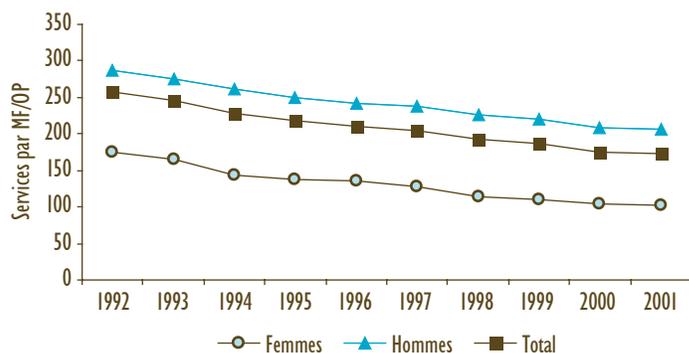
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions de base reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Même si les taux de participation aux services d'interventions de base sont demeurés stables, le nombre moyen de services dispensés par médecin de famille a diminué de façon constante. La diminution a été constante tant chez les hommes que les femmes médecins de famille, même si les hommes ont continué à fournir de façon constante plus de services d'interventions de base en moyenne que leurs consœurs (voir figure 35).

Même si les taux de participation aux services d'interventions de base sont demeurés stables, le nombre moyen de services dispensés par médecin de famille a diminué de façon constante.

Nombre moyen de services d'interventions de base par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

35



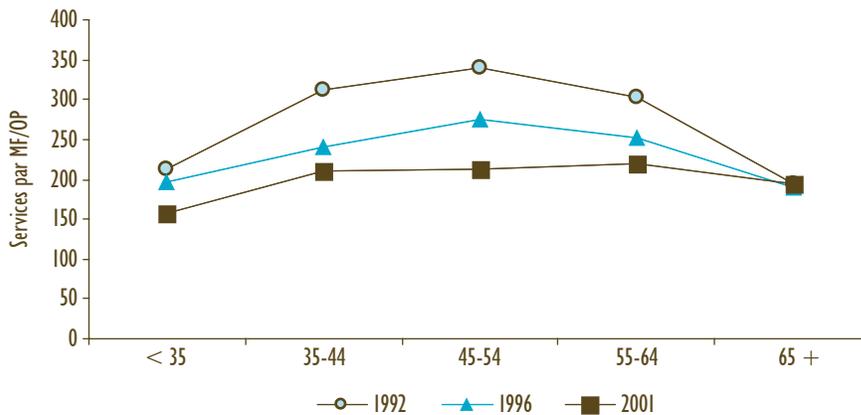
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions de base reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

De plus, les caractéristiques de la diminution étaient différentes chez les hommes que chez les femmes. Pour les hommes, la diminution du nombre moyen de services dispensés a été la plus prononcée chez les médecins de famille de 45 à 54 ans (voir figure 36). Le niveau de services moyens a diminué de 33 % chez les hommes médecins de famille âgés de 35 à 44 ans et de 38 % pour ceux âgés de 45 à 54 ans de 1992 à 2001, par rapport à 28 % et à 26 % pour ceux âgés de 55 à 64 ans et de moins de 35 ans, respectivement. Les niveaux de services pour les hommes médecins de famille de plus de 65 ans n'ont pratiquement pas changé pendant toute la durée de l'étude. On a noté une baisse plus constante du niveau moyen de service, allant de 43 à 50 % chez les femmes médecins de famille âgées de moins de 65 ans (voir figure 37). Les données indiquent que les femmes âgées de 65 ans ou plus ont dispensé plus de services d'interventions de base, en moyenne, en 1996 et en 2001 par rapport à 1992. Toutefois, il faut noter qu'en 1992, il n'y avait que 153 femmes médecins de famille âgées de 65 ans ou plus au Canada. On peut s'attendre à ce que les tendances relatives à la pratique d'une année à l'autre puissent varier grandement pour un si petit groupe.

Nombre moyen de services d'intervention de base par homme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

36

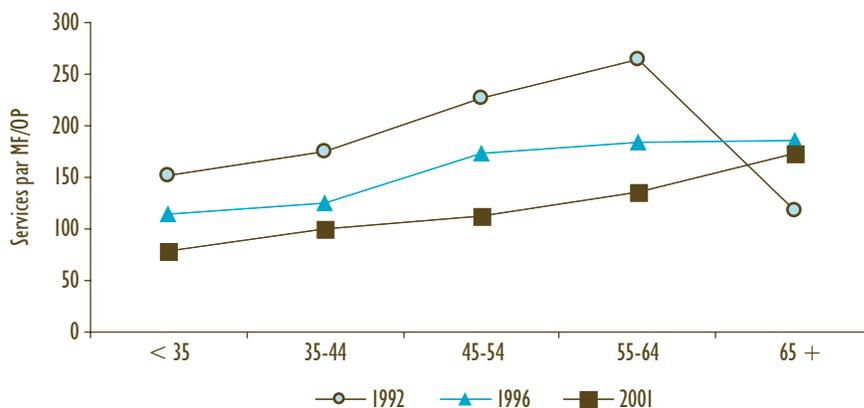


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions de base reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Nombre moyen de services d'interventions de base par femme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

37



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

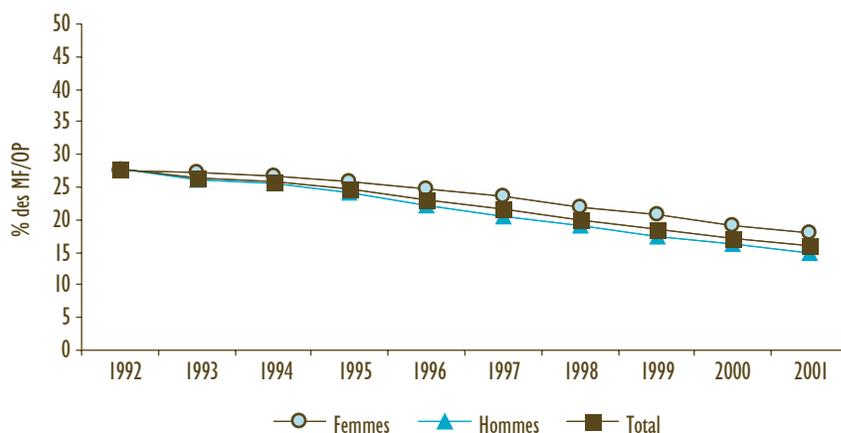
Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services d'interventions de base reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

6.7 Services obstétricaux

Le pourcentage des médecins de famille qui dispensent des services obstétricaux a diminué de façon constante pour les deux sexes de 1992 à 2001 (voir figure 38). Toutefois, cette baisse a été moins rapide pour les femmes qui, après 1992, avaient un taux de participation plus élevé que chez hommes. En 2001, l'année de données la plus récente, 18 % des femmes médecins de famille et 15 % des hommes ont facturé des services obstétricaux par rapport à 28 % tant chez les hommes que chez les femmes en 1992.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services obstétricaux, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

38



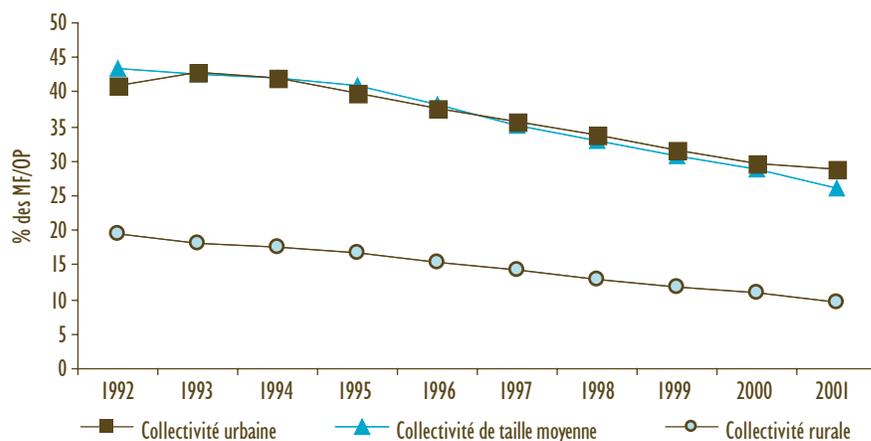
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Comme en fait foi la figure 39, les taux de participation étaient très similaires pour les médecins de famille qui desservent les collectivités rurales et de taille moyenne et moins élevés pour les médecins de famille en milieu urbain. Cette caractéristique s'appliquait tant chez les hommes que chez les femmes médecins de famille dans les divers milieux géographiques. Au cours de l'étude, les taux de participation ont diminué de 29 % pour les médecins de famille en milieu rural, de 40 % pour ceux desservant des collectivités de taille moyenne et de 50 % pour les médecins de famille en milieu urbain.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services obstétricaux, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

39



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

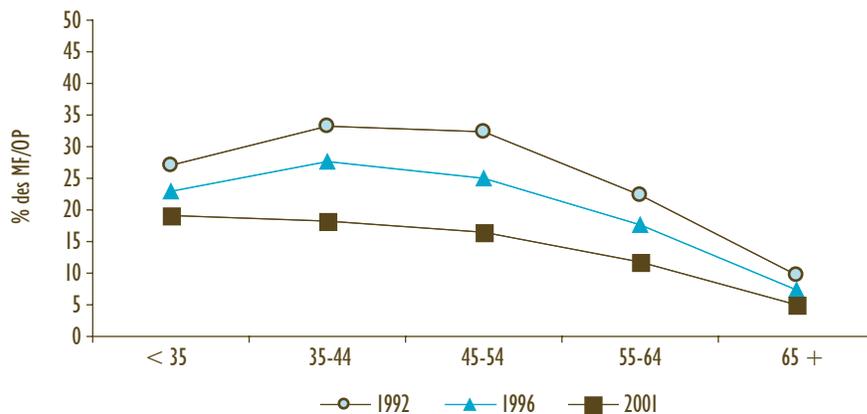
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

La figure 41 indique que, pendant la durée de l'étude, les taux de participation à la prestation de services en soins obstétricaux ont diminué de façon constante avec l'âge à partir de la catégorie des plus jeunes chez les femmes médecins de famille. En 1992 et en 1996, les hommes ont atteint leur sommet de participation entre 35 et 44 ans et le taux de participation a diminué chez les groupes plus âgés (voir figure 40). En 2001, la caractéristique de la baisse a été similaire pour les hommes et les femmes, avec des taux de participation constamment en baisse à partir du groupe d'âge le plus jeune.

Pour les trois années de données visées présentées dans les figures 40 et 41, les taux de participation ont chuté pour chaque année subséquente dans chaque groupe d'âge tant chez les hommes que chez les femmes. Pour les deux sexes, la diminution a été la plus marquée chez les 45 à 54 ans. En 1992, 32 % des hommes et 24 % des femmes âgés de 45 à 54 ans ont participé aux soins en obstétrique. En 2001, 16 % des hommes et des femmes médecins de famille âgés de 45 à 54 ans ont dispensé des services obstétricaux.

Pourcentage des hommes MF/OP qui dispensent des services obstétricaux, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

40

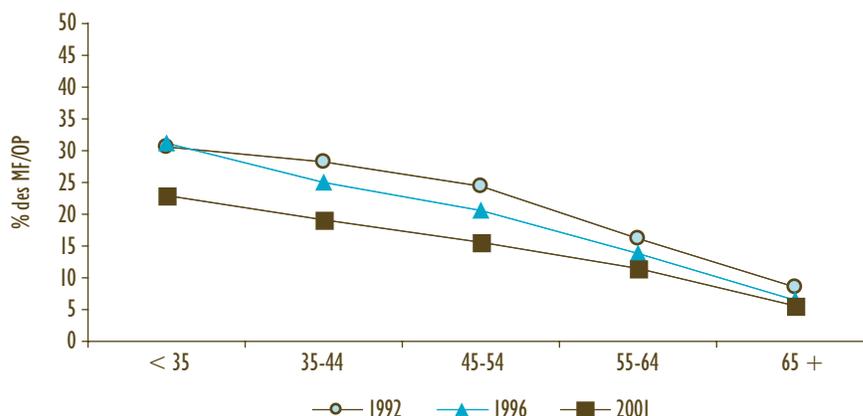


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Pourcentage des femmes MF/OP qui dispensent des services obstétricaux, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

41



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

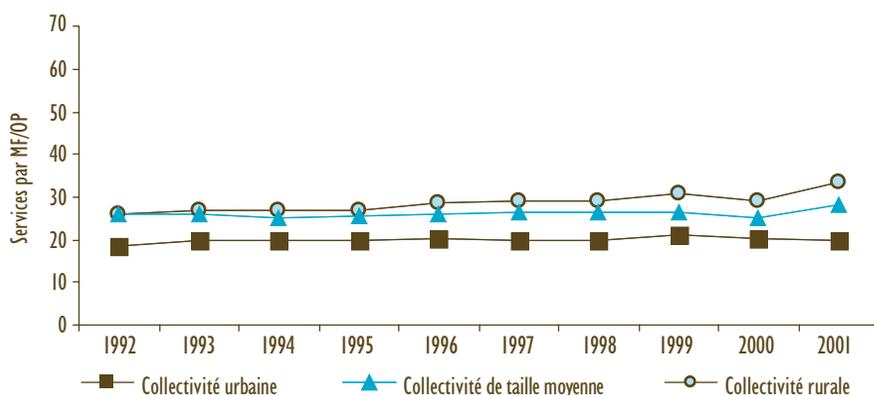
Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

La figure 39 indique que les médecins de famille en milieu urbain étaient moins susceptibles de dispenser des services obstétricaux que ceux œuvrant à l'extérieur des zones urbaines. Comme en font foi les figures 42 et 43; toutefois, les médecins de famille en milieu urbain qui dispensaient des services obstétricaux avaient tendance à le faire de façon plus intensive que les autres médecins de famille. Au cours de la durée de l'étude, cette caractéristique de pratique est devenue plus marquée pour les femmes médecins de famille œuvrant en milieu urbain. En 1992, les femmes médecins de famille desservant des milieux urbains ont dispensé, en moyenne, 40 services obstétricaux. Le nombre a augmenté de 60 % en 2001, lorsque les femmes médecins de famille en milieu urbain ont dispensé en moyenne 64 services obstétricaux.

En 1992, les femmes médecins de famille desservant des milieux urbains ont dispensé, en moyenne, 40 services obstétricaux. Le nombre a augmenté de 60 % en 2001.

Nombre moyen de services obstétricaux par homme MF/OP qui dispense de tels services, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

42

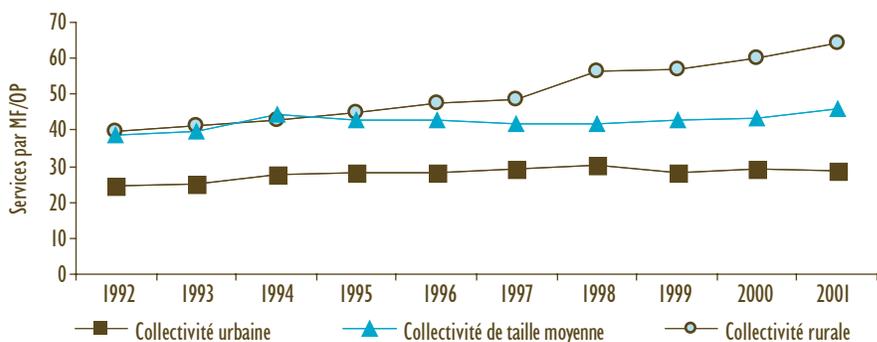


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Nombre moyen de services obstétricaux par femme MF/OP qui dispense de tels services, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

43



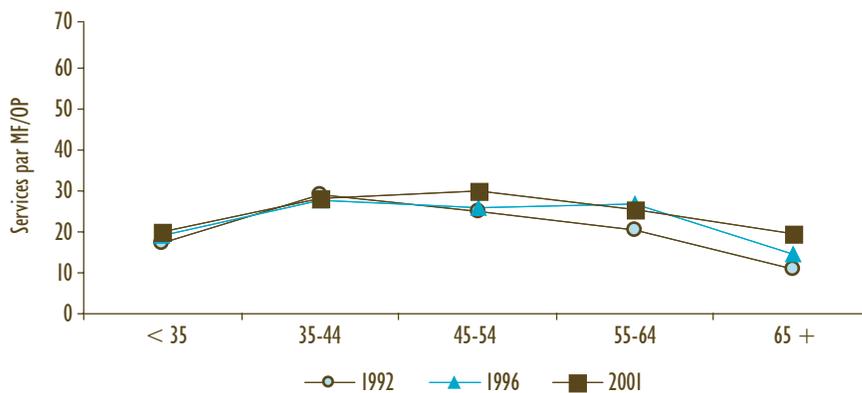
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Les figures 44 et 45 illustrent l'intensification de la prestation des services obstétricaux dans les groupes d'âge des femmes et des hommes pendant la durée de l'étude. Le nombre moyen de services dispensés par femme médecin de famille dans la plupart des groupes d'âge a augmenté de 1992 à 2001 (voir figure 45). Pour les femmes, les augmentations ont été particulièrement marquées chez les 35 à 44 ans et les 55 à 64 ans. Pour les hommes, les hausses ont été plus modestes et ont été observées chez les groupes âgés de plus de 44 ans (voir figure 44). Comme en font foi les figures 44 et 45, tant chez les hommes que les femmes, les médecins de famille âgés de 65 ans ou plus avaient tendance à dispenser moins de services obstétricaux, en moyenne, que leurs collègues plus jeunes, à l'exception des femmes en 1996.

Nombre moyen de services obstétricaux par homme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

44

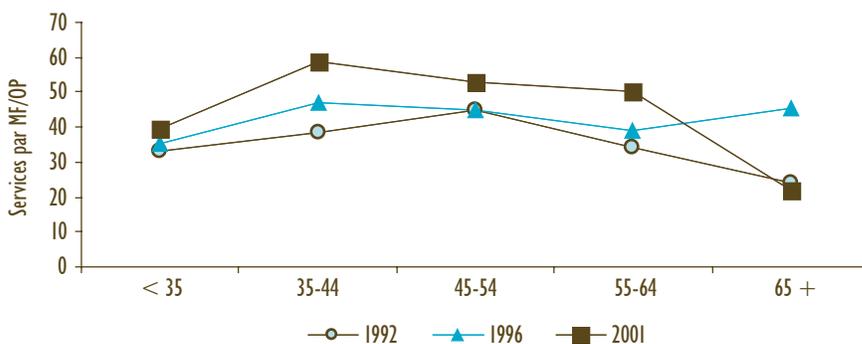


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

Nombre moyen de services obstétricaux par femme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

45



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

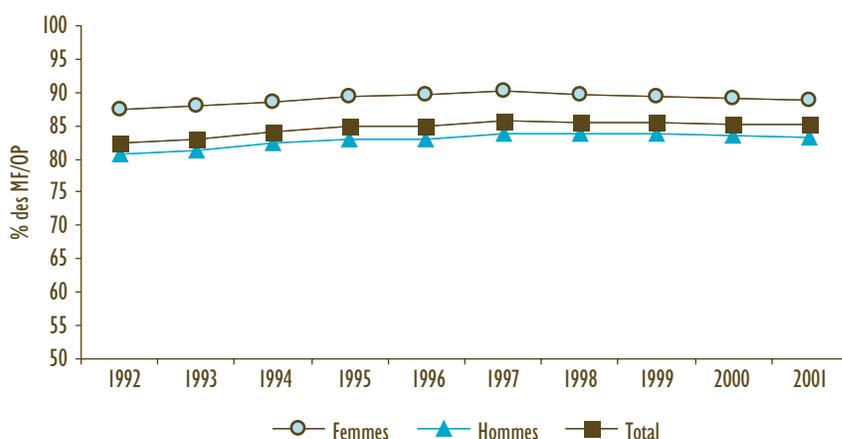
Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services obstétricaux reposent sur les données de l'ensemble des provinces.

6.8 Services de santé mentale

La participation des médecins de famille à la prestation de services de santé mentale est demeurée élevée pendant toute la durée de l'étude. De 1992 à 2001, les taux de participation ont augmenté légèrement tant chez les hommes que chez les femmes médecins de famille (voir figure 46), et ce, dans tous les milieux géographiques (voir figure 47). Pendant toute la période à l'étude, les taux de participation chez les femmes étaient constamment plus élevés que ceux des hommes.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services de santé mentale, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

46

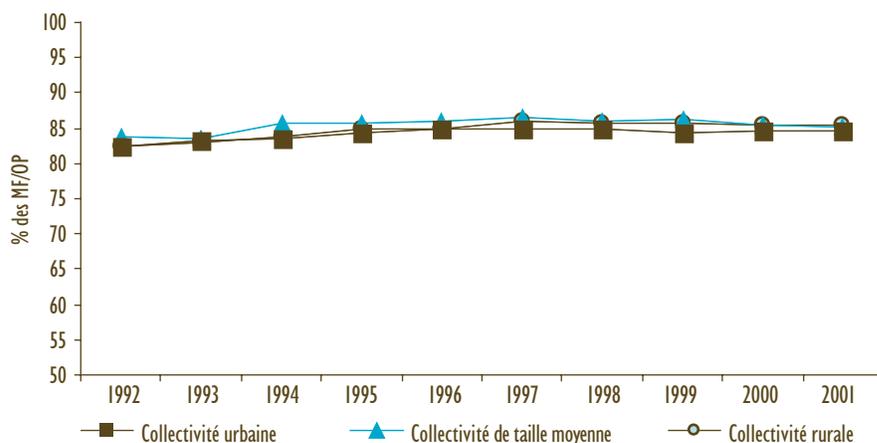


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services de santé mentale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services de santé mentale, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

47



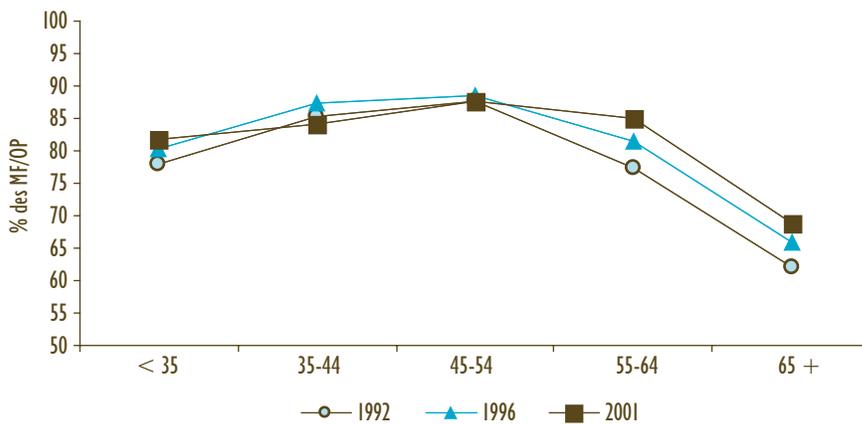
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services de santé mentale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

L'augmentation globale modeste dans les taux de participation illustrée aux figures 46 et 47 est attribuable, principalement, à un changement dans la pratique chez les médecins de famille plus âgés. Comme en font foi les figures 48 et 49, les taux de participation aux services de santé mentale ont le plus augmenté chez les médecins de famille âgés de 55 à 64 ans et de 65 ans ou plus. En 1992, 71 % des femmes médecins de famille âgées de 65 ans ou plus ont facturé des services de santé mentale. En 2001, il y en a eu 81 %.

Pourcentage des hommes MF/OP qui dispensent des services de santé mentale, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

48



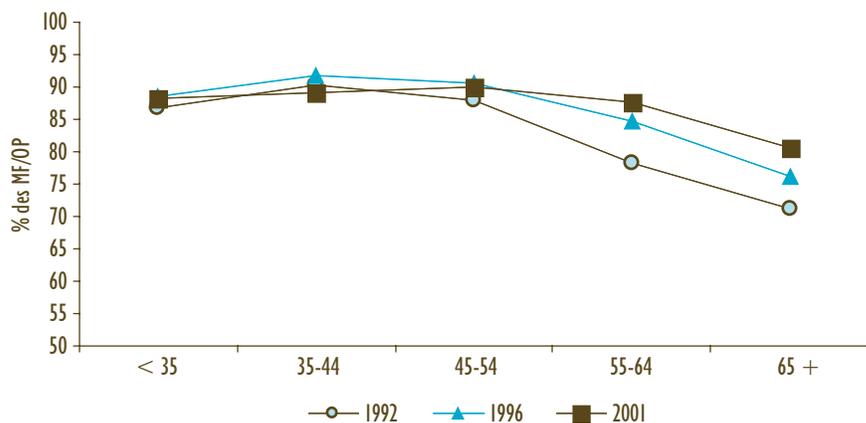
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services de santé mentale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Les taux de participation aux services de santé mentale ont le plus augmenté chez les médecins de famille âgés de 55 à 64 ans et de 65 ans ou plus.

Pourcentage des femmes MF/OP qui dispensent des services de santé mentale, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

49



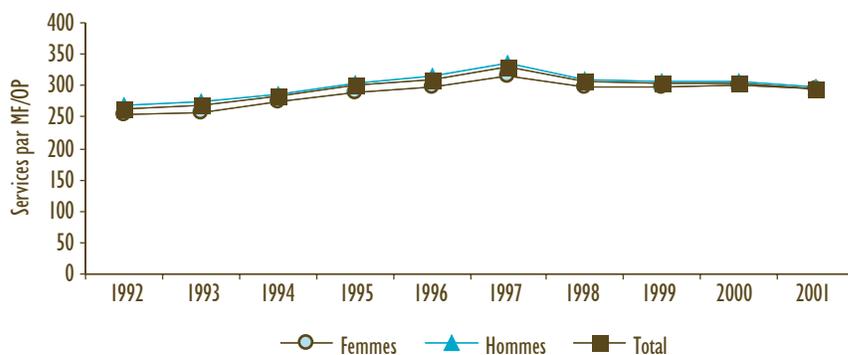
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services de santé mentale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Outre l'augmentation dans les taux de participation aux services de santé mentale, on note une augmentation des niveaux de services dispensés tels que mesurés par le nombre moyen de services par médecin de famille. De 1992 à 2001, le nombre moyen de services de santé mentale dispensés par les hommes et les femmes médecins de famille a augmenté de 11 % et de 17 %, dans l'ordre (voir figure 50).

Nombre moyen de services de santé mentale par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

50



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

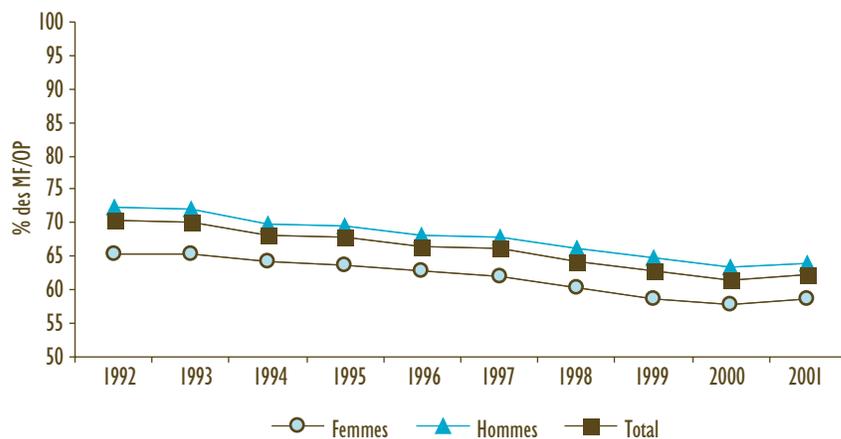
Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services de santé mentale s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

6.9 Soins aux patients hospitalisés

De 1992 à 2001, les taux de participation des médecins de famille aux services de soins dispensés aux patients hospitalisés ont diminué. C'est le cas tant chez les hommes que chez les femmes médecins de famille (voir figure 51), ainsi que chez les médecins de famille œuvrant dans tous les milieux géographiques (voir figure 52). En 1992, 71 % des médecins de famille ont dispensé des soins aux patients hospitalisés par rapport à 62 % en 2001. Comme en font foi les figures 51 et 52, la tendance à la baisse semble s'être stabilisée au cours des trois dernières années à environ 62 %.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services aux patients hospitalisés, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

51

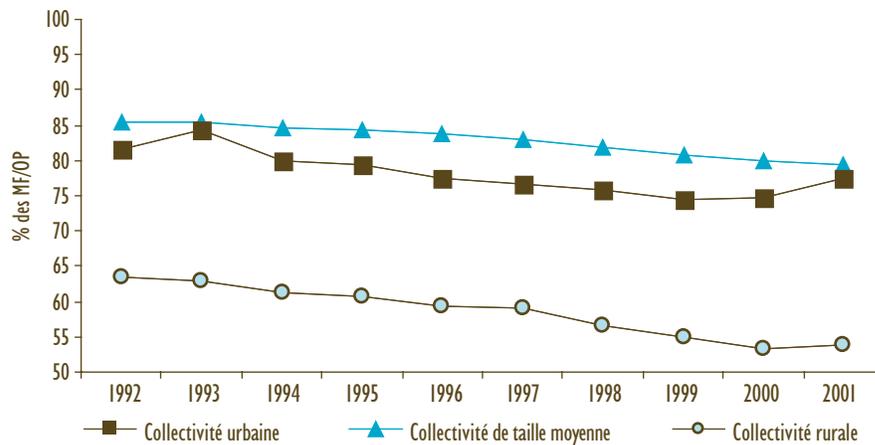


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services dispensés aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Pourcentage des MF/OP qui dispensent des services aux patients hospitalisés, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

52



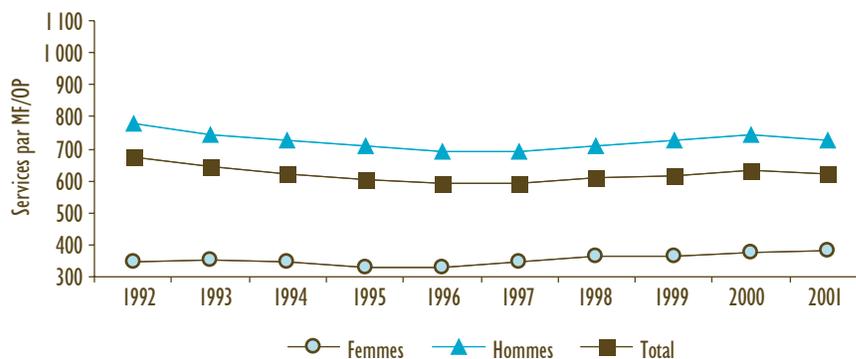
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services dispensés aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Même si les taux globaux de participation aux services de soins aux patients hospitalisés ont diminué tant chez les femmes que chez les hommes dans tous les milieux géographiques, on a enregistré des résultats nuancés pour le nombre moyen de services dispensés aux patients hospitalisés (voir figures 53 et 54). La tendance relative au nombre moyen de services dispensés était surtout à la baisse pendant toute la durée de l'étude pour les médecins de famille dans les collectivités rurales et de taille moyenne. Après 1996, toutefois, la tendance était généralement à la hausse pour les médecins œuvrant dans les milieux urbains (voir figure 54). On observe également une progression constante du nombre moyen de services dispensés aux patients hospitalisés par les femmes médecins de famille après 1996, une tendance qui n'est pas particulièrement apparente chez les hommes (voir figure 53).

Nombre moyen de services aux patients hospitalisés par MF/OP qui dispense de tels services, selon le sexe, Canada, 1992 à 2001

53

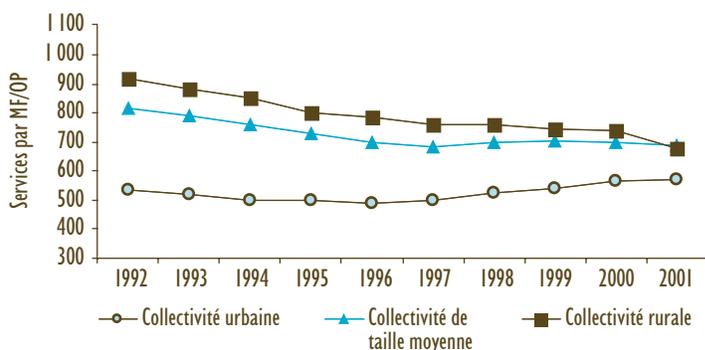


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services dispensés aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Nombre moyen de services aux patients hospitalisés par MF/OP qui dispense de tels services, selon l'emplacement géographique, Canada, 1992 à 2001

54



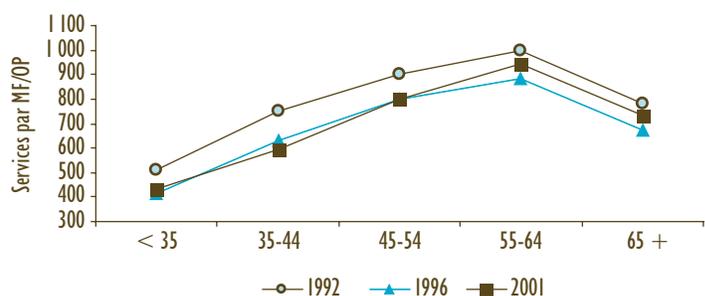
Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services dispensés aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Les figures 55 et 56 présentent les caractéristiques relatives à la pratique des soins dispensés aux patients hospitalisés dans les groupes selon l'âge et le sexe pendant toute la durée de l'étude. Les hommes médecins de famille avaient tendance à facturer plus de services aux patients hospitalisés que les femmes médecins de famille et leur nombre moyen de services dispensés était le plus élevé chez les 55 à 64 ans (voir figure 55). Les résultats présentés à la figure 56 portent à croire que la cohorte des femmes médecins de famille qui étaient âgées de 55 à 64 ans en 1992 peut être unique chez les femmes médecins de famille en ce qui concerne la prestation de services dispensés aux patients hospitalisés. En 1992, cette cohorte de médecins de famille a dispensé plus de services aux patients hospitalisés, en moyenne, que tous les autres groupes d'âge dans la cohorte des femmes au cours des années présentées.

Nombre moyen de services aux patients hospitalisés par homme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

55

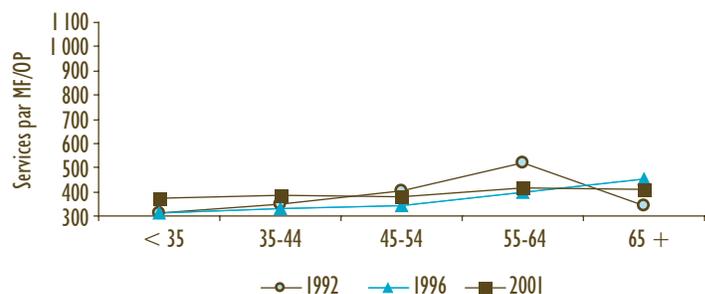


Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services dispensés aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.

Nombre moyen de services aux patients hospitalisés par femme MF/OP qui dispense de tels services, selon le groupe d'âge, Canada, 1992, 1996 et 2001

56



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte. Consultez l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique. Les résultats pour les services dispensés aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de l'ensemble des provinces.



7. Discussion et éléments à considérer

La section précédente a présenté des données sommaires sur les changements relatifs à la pratique des médecins de famille dans plusieurs domaines définis de pratique clinique de 1992

à 2001. Dans la section 5, on a présenté un résumé du contexte de changements au cours de cette période en s'attardant sur la prestation des soins de santé, l'environnement de formation et les changements sociaux. La présente section portera sur les tendances ainsi que sur les éléments à considérer à la lumière des résultats de l'étude ainsi que du contexte plus global des changements. Il est malheureusement impossible dans le cadre du présent rapport de mettre en évidence les nombreuses observations, les différents éléments à considérer ainsi que les perspectives qui se rapportent aux résultats de l'étude. Néanmoins, les commentaires suivants permettront d'éclairer et peut-être d'encourager la recherche et le dialogue.

7.1 Caractéristiques relatives à l'activité : Un facteur important dans la planification des ressources humaines de la santé

Les médecins de famille canadiens semblent représenter une population hétérogène avec des caractéristiques dynamiques d'activité clinique qui varient selon l'âge, le sexe, l'endroit et la période. Les efforts de planification des ressources humaines de la santé qui considèrent un médecin de famille comme essentiellement le même que tout autre médecin de famille ne permettront pas de saisir ces différences ni les incidences sur la prestation de services³². Les tendances relatives à la pratique soulignées dans le rapport peuvent permettre d'éclairer la planification des ressources médicales.

Les médecins de famille canadiens semblent représenter une population hétérogène avec des caractéristiques dynamiques d'activité clinique qui varient selon l'âge, le sexe, l'endroit et la période.

ÉLÉMENT À CONSIDÉRER

- Les différences dans la prestation de services selon le sexe, l'âge et l'emplacement peuvent-elles servir à assurer une meilleure planification des ressources humaines de la santé?

7.2 Diminution de la participation

Dans pratiquement tous les domaines d'activité clinique, on note une réduction constante du taux de participation des médecins de famille (soit le pourcentage des médecins de famille qui facturent des services). Une analyse globale nous permet d'observer cette tendance qui semble s'appliquer à tous les groupes d'âge et aux deux sexes ainsi qu'aux divers milieux géographiques. Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études qui ont révélé une diminution de la participation des médecins de famille dans plusieurs domaines cliniques^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25}.

Les constatations soulèvent d'importantes questions sur la conceptualisation de base des médecins de famille et du rôle qu'ils jouent dans le système de soins de santé.

Diverses circonstances complexes peuvent expliquer ces tendances à la baisse. La chute du taux de participation est peut-être une réaction à certains des changements apportés au système décrits à la section 5. Par exemple, la diminution dans les soins dispensés en milieu hospitalier, y compris les évaluations des patients hospitalisés et les services d'assistance chirurgicale, peut être liée à l'émergence de nouveaux modèles de soins de santé qui se caractérisent par une augmentation des soins dispensés en milieu communautaire. Les changements relatifs à la pratique peuvent être influencés par les modes de rémunération qui favorisent une concentration de la pratique en cabinet — un domaine de pratique clinique n'ayant pas connu de réduction marquée du taux de participation ou de l'intensité. Enfin, à mesure que l'ampleur et la complexité des connaissances en médecine et des soins s'élargissent, les médecins de famille peuvent disposer de nouvelles occasions de dispenser des soins dans des domaines spécialisés plutôt que dans un large éventail de domaines cliniques. Ce concept est approfondi ci-dessous.

Ces explications possibles soulèvent une question : est-il nécessaire ou faisable aujourd'hui d'avoir des médecins de famille qui possèdent le vaste éventail de connaissances traditionnelles auquel on s'attend? Si on détermine que c'est nécessaire et faisable, les tendances observées récemment pourraient être étudiées davantage pour favoriser l'acquisition de meilleures connaissances sur la façon dont les médecins de famille pourraient reprendre leur rôle dans ces domaines d'activité clinique.

L'atteinte de cet objectif peut nécessiter d'autres analyses et un ensemble intégré de stratégies portant sur les systèmes d'enseignement et de formation; les modèles de pratique; les modes de rémunération; et la perception qu'ont le public, les médecins spécialistes, les médecins en formation et les médecins de famille eux-mêmes de la médecine familiale. En allant de l'avant, une vaste perspective pourrait englober les besoins des patients, le contexte et l'environnement dans lesquels les soins sont dispensés ainsi que l'ensemble des compétences et l'expertise d'un large éventail de dispensateurs de soins.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

- La constatation d'une diminution générale dans les taux de participation des médecins de famille à divers domaines cliniques concorde avec des études antérieures. Elle pourrait indiquer la nécessité de devoir explorer davantage les causes et les catalyseurs du changement.
- Les efforts visant à étudier les caractéristiques relatives à la pratique clinique pourraient nécessiter l'adoption d'une approche globale et intégrée qui a recours à diverses stratégies. Une telle approche peut devoir porter attention au milieu de l'enseignement et de la pratique. Dans le même ordre d'idées, pour que les efforts déployés soient fructueux, il pourrait être nécessaire de considérer non seulement la médecine familiale, mais également d'autres disciplines médicales et l'éventail des groupes de dispensateurs de soins.

7.3 Augmentation de l'intensité de la prestation des services

Une réduction du niveau global de participation dans plusieurs domaines cliniques combinée à une augmentation dans le nombre moyen de services dispensés par les médecins de famille était la caractéristique la plus courante. Elle a été observée dans cinq des neuf domaines de pratique : les soins obstétricaux, les services d'interventions avancées, les services d'anesthésie, les services chirurgicaux et l'assistance chirurgicale.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance. Tout d'abord, les médecins de famille qui continuent à pratiquer dans ces domaines de pratique clinique assistent à une augmentation de leur charge de travail, car ils compensent le retrait d'autres médecins de famille ou comblent une pénurie dans les services dispensés par d'autres médecins ou travailleurs de la santé. Par exemple, l'augmentation récente de l'activité des médecins de famille qui dispensent des services d'anesthésie pourrait être attribuable à une pénurie déclarée d'anesthésistes qui sont agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens⁶⁷. Dans le même ordre d'idées, la prestation accrue de services de santé mentale dispensés par les médecins de famille pourrait s'expliquer par une pénurie de psychiatres déclarée dans diverses régions et pour l'ensemble de ces professionnels^{68, 69}.

Une deuxième possibilité, à laquelle on a fait allusion plus tôt, réside peut-être dans le fait que les médecins de famille, en réponse à la complexité croissante de la médecine, explorent diverses occasions de concentrer leurs activités dans quelques domaines de pratique clinique caractérisés par des niveaux élevés de services qui favorisent le sens de la compétence. Certaines études ont fait état d'un rapport entre le volume élevé d'activités (particulièrement pour les services chirurgicaux) ou le recours à des sous-spécialistes et une amélioration des résultats^{70, 71}. Dans le même ordre d'idées, certaines études ont indiqué une meilleure gestion d'états cliniques courants par les spécialistes dans des cliniques spécialisées qui se limitent à quelques états cliniques. Toutefois, les résultats ne sont pas homogènes^{72, 73}.

Comme troisième explication, il pourrait y avoir divers facteurs incitatifs ou dissuasifs implicites ou explicites d'engagement envers certaines activités cliniques. Il pourrait s'agir des structures de rémunération, du prestige associé à certains domaines de pratique ou à des caractéristiques d'infrastructure du système de soins de santé.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

Si certains médecins de famille augmentent leur charge de travail pour compenser la participation réduite d'autres médecins de famille ou combler une pénurie de ressources humaines de la santé dans d'autres disciplines, alors :

- Qu'est-ce qui a amené les autres médecins de famille à se retirer de ces domaines?
- Quelles sont les caractéristiques des médecins qui ont continué à pratiquer même s'il fallait pour cela dispenser plus de services?
- Jusqu'à quel point peut-on augmenter la charge de travail des médecins qui continuent à exercer?
- Pendant combien de temps ces médecins peuvent-ils continuer à exercer le niveau plus élevé d'activité?
- Comment peut-on aborder les questions relatives aux ressources humaines de la santé en médecine familiale ou dans d'autres disciplines?

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER SUITE DE 7.3

Si cette caractéristique est attribuable à la complexité croissante et au désir des médecins de famille d'atteindre une plus grande aisance clinique en concentrant leur pratique, alors :

- Quelle est l'étendue appropriée et réaliste des compétences que devraient acquérir les médecins de famille pour pouvoir exercer leur profession?
- Devrait-on apporter des changements au système d'enseignement qui pourraient permettre aux médecins de famille d'acquérir et de conserver un plus large éventail de compétences malgré la complexité accrue de la pratique médicale?
- Quel est le « volume » ou « l'expérience » qui permet d'assurer et de maintenir les compétences?
- La planification des ressources humaines de la santé devrait-elle tenir compte de l'ensemble de la population des médecins de famille et de l'étendue des services qu'ils dispensent?
- Comment peut-on déterminer la nécessité d'accroître la concentration dans une activité et quels changements doit-on apporter au nombre et au type de programmes de formation pour répondre aux besoins des médecins de famille qui exercent de façon plus concentrée mais à un niveau plus élevé?
- Quand faut-il encourager les pratiques globales de la médecine familiale plus traditionnelle et comment devrait-on les appuyer pour compléter la décision de certains médecins de famille de concentrer leurs activités?

Si cette caractéristique est principalement attribuable à des facteurs incitatifs et dissuasifs établis par le système, alors :

- Quels changements de politique faut-il adopter pour appuyer les médecins de famille dans les pratiques traditionnelles élargies?

Comme il est mentionné précédemment, l'augmentation de la charge de travail pourrait être un artéfact statistique. Les médecins de famille qui dispensent relativement moins de services pourraient ne plus exercer dans un domaine clinique en particulier et la charge incombe donc aux médecins qui ont toujours dispensé un niveau élevé de soins. On note alors une augmentation apparente du nombre moyen de services par médecin. Toutefois, cette explication possible justifie toujours de considérer la façon de répondre aux écarts potentiels relatifs aux services de santé. On envisage ci-dessous une étude qui pourrait explorer cette question à l'aide d'une démarche sur les cohortes.

7.4 Stabilité à la base

Les évaluations en cabinet représentent l'activité clinique de base des médecins de famille. Plus de 85 % des médecins représentés dans cette étude ont dispensé des soins en cabinet et ce service représentait de 60 à 70 % de l'ensemble de la facturation. Les mesures sommaires de l'étude pour la pratique en cabinet sont demeurées généralement stables pendant toute la durée de l'étude.

7.5 Un domaine de croissance soutenue

Les services de santé mentale ont affiché une augmentation importante dans pratiquement toutes les analyses. Cette situation pourrait être simplement attribuable aux changements relatifs au barème d'honoraires permettant une meilleure description des caractéristiques relatives à la pratique actuelle. Il pourrait également s'agir d'une augmentation de l'éducation et de la sensibilisation au besoin pour les médecins de famille de reconnaître et de traiter les troubles mentaux. Peu importe la raison, d'autres recherches pourraient être nécessaires pour expliquer les raisons des niveaux d'intérêt accrus.

ÉLÉMENT À CONSIDÉRER

- La hausse apparente dans la participation à la santé mentale pourrait être étudiée pour mieux en comprendre les raisons.

7.6 Une plus grande participation et plus de travail pour les médecins plus âgés

On a fait état des différences générationnelles entre les médecins dans les forums portant sur les ressources humaines de la santé. On a indiqué que les nouveaux médecins (à partir des programmes de formation) essaient d'assurer un équilibre différent entre leur pratique clinique et leurs autres activités professionnelles ou personnelles⁷⁴.

Le présent rapport fait état de différences générationnelles. Même si les tendances générales à la hausse ou à la baisse se maintenaient dans tous les groupes d'âge, les médecins plus âgés étaient constamment plus susceptibles de poursuivre leur participation ou même de l'augmenter. De plus, les médecins plus âgés étaient plus susceptibles d'accroître leur charge de travail moyenne à mesure que l'on comptait de moins en moins de médecins participant à un domaine clinique. Cette caractéristique a été observée pour les évaluations en cabinet, dont la charge de travail moyenne a augmenté chez les 55 à 64 ans et chez les 65 ans ou plus, tandis qu'elle a diminué dans toutes les autres catégories d'âge (voir les figures 16 et 17). Les hommes médecins chez les 45 à 64 ans ont constamment vu plus de patients annuellement que ceux dans les autres groupes d'âge (voir figure 16). Pour les services de santé mentale, on a noté une augmentation pour tous les groupes d'âge, mais particulièrement chez les plus âgés, en particulier pour les femmes médecins plus âgées (voir figures 48 et 49). La diminution du nombre moyen d'interventions de base peut être attribuable en partie à la réduction de l'activité chez les médecins de moins de 65 ans (voir figures 36 et 37).

On a noté quelques exceptions. Par exemple, le nombre de services obstétricaux a diminué constamment avec l'âge (voir figures 40, 41, 44 et 45). Les hommes médecins plus jeunes dispensaient de façon plus courante des services d'anesthésie (voir figure 24) et les femmes médecins plus jeunes étaient plus susceptibles de dispenser des services d'interventions avancées que leurs consœurs plus âgées (voir figure 21).

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

- Les médecins plus jeunes adopteront-ils les caractéristiques de pratique des médecins actuels plus âgés à mesure qu'ils vieillissent?
- Quelle est la viabilité d'une caractéristique relative aux services dispensés qui compte largement sur des médecins plus âgés?
- Existe-t-il certaines activités cliniques qui présentent une corrélation avec certains stades du cycle de vie professionnelle?
- Outre la possibilité de vouloir assurer un différent équilibre entre la vie personnelle et professionnelle, quels changements stratégiques ou autres changements se sont produits pour engendrer cette apparente différence générationnelle?

7.7 Différences entre les sexes

Le nombre de femmes qui choisissent la médecine familiale est nettement plus élevé que les hommes, avec une augmentation d'environ 30 % du nombre de femmes médecins au cours de la durée de l'étude (et une diminution marquée chez les nouveaux hommes diplômés qui choisissent la médecine familiale). Ces augmentations sont observées au début de la pratique et les femmes médecins représentaient seulement 16 % du nombre de professionnels chez les 55 à 64 ans et 10 % chez les 65 ans ou plus en 2001. Il est donc plus difficile de commenter la pratique clinique des femmes tout au long de leur cycle de vie.

Dans le cadre de la présente étude, les hommes et les femmes s'équivalaient en ce qui concerne les grandes tendances d'augmentation et de diminution. Toutefois, il y avait des différences dans les taux de participation et l'intensité de la charge de travail dans différents domaines cliniques.

Pendant toute la durée de l'étude, les femmes médecins de famille ont dispensé plus de services chirurgicaux en moyenne que leurs confrères (voir figure 11). À partir de 1993, un pourcentage modérément plus élevé de femmes médecins ont participé aux services obstétricaux (voir figure 38). Les femmes médecins ont dispensé également nettement plus de services obstétricaux en moyenne à partir du début de la période à l'étude, et ce, dans tous les milieux (voir figures 42 et 43). Enfin, un plus grand pourcentage de femmes médecins ont dispensé des services de santé mentale, même si les hommes et les femmes étaient très similaires en ce qui concerne le nombre moyen de services de santé mentale dispensés (voir figures 46 et 50).

En règle générale, toutefois, les hommes participent plus intensément et dispensent plus de services dans pratiquement tous les autres domaines cliniques, et ce, peu importe l'âge ou le milieu géographique et bien souvent de façon nettement plus marquée. Comme il est mentionné précédemment, en 2001, les hommes médecins de famille ont facturé 46 % plus de services d'évaluation en cabinet que les femmes médecins de famille. La tendance était semblable dans le cas des services d'interventions avancées, les hommes en ayant dispensé environ deux fois plus (voir figure 22). Même dans le cas des services chirurgicaux, où les femmes ont fourni plus de services en moyenne, on note un pourcentage plus élevé de participation chez les hommes que chez les femmes (voir figure 10).

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

- Comment les caractéristiques relatives à la pratique des femmes évolueront-elles à mesure qu'elles cheminent dans le « cycle de vie professionnelle » et leur propre « cycle de vie personnelle »?
- Quels sont les facteurs qui mènent à ces différences entre les sexes? Quelles sont les stratégies qui peuvent être adoptées pour réduire au minimum ces différences ou bien les exploiter?
- Quelles autres différences relatives à la pratique se rapportent aux sexes?

7.8 Différences géographiques

Le Canada est défini et se distingue par sa vaste étendue et ses nombreuses régions rurales. La documentation antérieure a relevé les besoins uniques des collectivités rurales et du Nord en matière de santé⁷⁵ et les problèmes particuliers auxquels doivent faire face les professionnels de la santé œuvrant dans ces régions. Même si 22 % de la population canadienne vit dans des collectivités de taille moyenne, seulement 10 % des effectifs médicaux y travaillent⁷⁶ et la plupart d'entre eux sont des médecins de famille. Ils soignent des collectivités qui ont bien souvent des taux plus élevés de morbidité et de mortalité pour de multiples problèmes de santé^{77, 78, 79, 80}.

La présente étude relève des caractéristiques généralement constantes entre les milieux géographiques en ce qui concerne la diminution du taux de participation et l'augmentation de la charge de travail. À quelques exceptions, les caractéristiques relatives aux sexes ont été largement observées dans les trois milieux géographiques à l'étude.

Toutefois, les médecins en milieu rural affichaient constamment des taux de participation plus élevés dans la plupart des domaines cliniques. Dans les milieux ruraux, on comptait le pourcentage le plus élevé de participation des médecins aux services chirurgicaux, aux interventions de base (seulement un peu plus élevé que les collectivités de taille moyenne), aux interventions avancées et aux services d'anesthésie (voir figures 12, 33, 19 et 26, respectivement). Les collectivités de taille moyenne comptaient les taux de participation les plus élevés aux services d'assistance chirurgicale et aux soins aux patients hospitalisés (voir figures 28 et 52, respectivement). Les taux de participation aux services obstétricaux pour les collectivités en milieu rural et de taille moyenne étaient pratiquement identiques (voir figure 39). Les collectivités en milieu rural et de taille moyenne avaient des taux de participation légèrement plus élevés (de 2 à 3 %) pour les évaluations en cabinet et les services de santé mentale étaient semblables dans tous les milieux (voir figures 18 et 47).

L'utilisation de la mesure de la charge de travail moyenne peut être plus limitée dans la comparaison des milieux géographiques, car le nombre d'habitants peut influencer la quantité de services dispensés. Par exemple, une municipalité rurale de 5 000 personnes aura par comparaison peu d'accouchements par année, et ce, peu importe la volonté des médecins de famille à dispenser ce service. En règle générale, la charge de travail moyenne a augmenté au fil du temps dans toutes les régions géographiques — sauf pour les interventions de base, qui ont connu une diminution dans l'ensemble des trois milieux géographiques. On a noté une diminution de la moyenne des services dispensés aux patients hospitalisés dans les collectivités rurales et de taille moyenne, tandis que les milieux urbains ont enregistré une augmentation constante après 1997 (voir figure 54). La charge de travail moyenne en obstétrique a connu une augmentation importante dans les milieux urbains et seulement une légère progression dans les régions rurales et de taille moyenne (voir figures 42 et 43).

Par rapport aux autres régions, les milieux ruraux ont connu une plus grande diminution du taux de participation aux services dispensés en milieu hospitalier comme l'anesthésie et les services chirurgicaux. Ces régions pourraient être particulièrement touchées par les plus grands changements au système de soins de santé présentés dans le rapport.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

- Comment la régionalisation, les fusions et les changements apportés à la prestation des services en milieu hospitalier ont-ils influencé l'ampleur des activités que peuvent offrir les médecins de famille? Cette incidence est-elle égale dans toutes les régions géographiques?
- Même si la tendance relative à la réduction du taux de participation est semblable entre les divers milieux, les raisons divergent-elles selon le milieu géographique?
- Les tendances relatives à la diminution du taux de participation aux services cliniques ont-elles de plus grandes incidences dans les milieux non urbains compte tenu des ressources limitées des autres médecins et des professionnels de la santé qui sont disponibles?

7.9 Évolution du système

Comme il est indiqué à la section 5, les médecins de famille ont dû faire face à un grand nombre de changements au cours de la dernière décennie. Le rythme de ces changements ne devrait pas ralentir, car les gouvernements sont de plus en plus décidés à réformer les soins de santé primaires. Par exemple, les récents rapports des commissaires Kenneth J. Fyke, Roy J. Romanow et du sénateur Michael J. L. Kirby, diffusés à large échelle, ont tous insisté sur la nécessité de réformer les soins primaires.

Malgré ces changements ou peut-être en raison de ces changements, les médecins de famille semblent faire face à plusieurs difficultés. Outre la diminution du nombre d'étudiants en médecine qui décident d'entreprendre une carrière en médecine familiale, plusieurs études signalent que les patients ont de la difficulté à avoir accès à un médecin de famille et que les médecins ressentent beaucoup de frustrations et leur moral est plutôt bas^{81, 82}. Un récent rapport publié par Statistique Canada indique que « 14 % des Canadiens, soit 3,6 millions de personnes, sont sans MF. De ce nombre, 1,2 million de personnes n'ont pas réussi à trouver de MF » (« MF » est une abréviation pour « médecin de famille »)⁸³.

Le rythme de ces changements ne devrait pas ralentir, car les gouvernements sont de plus en plus décidés à réformer les soins de santé primaires.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

- Dans quelle mesure l'évolution des caractéristiques relatives à l'activité des médecins de famille reflète-t-elle d'autres changements dans le système, dont la disponibilité des services dispensés par d'autres groupes de médecins?
- Comment les initiatives stratégiques ont-elles eu des retombées sur les médecins de famille? Les tendances observées sont-elles indépendantes des changements récents? Les initiatives, comme la réforme des soins primaires ou les changements apportés aux systèmes de formation, sont-elles perçues comme des étapes positives par les médecins de famille actuels et à venir ou suscitent-elles de l'incertitude et du stress?
- Un plus grand engagement des médecins de famille et un leadership pourraient-ils permettre à la profession de moduler et d'influencer positivement les changements?
- Les stratégies de gestion du changement ou du transfert du savoir ont-elles un rôle à jouer pour aider les médecins de famille à s'ajuster à leur environnement en évolution?



8. Limites et recherches à venir

8.1 Évaluation de la « qualité » de la prestation des soins

Le présent rapport ne vise pas seulement à décrire le nombre, l'endroit et les données démographiques de base des effectifs, mais il présente également un profil de la pratique clinique des médecins de famille. Une prochaine étape consisterait à saisir les enjeux concernant la qualité des soins dispensés par les médecins de famille avec différents profils professionnels. D'autres recherches pourraient englober l'évaluation des résultats cliniques et la perception des patients.

Ces recherches pourraient être particulièrement justifiées compte tenu des nombreux changements de paradigme dans l'enseignement et la pratique pour la médecine en général et la médecine familiale en particulier. Les démarches axées sur les patients dans le cadre des soins, de la formation continue (y compris les études médicales continues et le perfectionnement professionnel continu), les démarches transdisciplinaires dans le cadre des soins primaires et la médecine fondée sur des données probantes visent tous à améliorer la qualité des soins que reçoivent les patients. Toutefois, l'incidence de ces nouvelles approches sur la pratique du médecin de famille n'a pas été entièrement évaluée.

8.2 Autres domaines et milieux de pratique

Outre les neuf domaines à l'étude, divers autres milieux cliniques devraient être étudiés. Il s'agit notamment des visites à domicile, des cliniques sans rendez-vous ainsi que des centres de soins infirmiers — les médecins de famille participent traditionnellement à ces domaines. Il pourrait y avoir également d'autres domaines d'activité clinique qui pourraient faire l'objet d'une étude. Parmi ces domaines, mentionnons la médecine sportive, la santé des femmes, la médecine d'urgence, la toxicomanie, les soins palliatifs ainsi que la santé des Premières nations.

8.3 Activité non clinique

Les données de la présente étude ne portent pas sur l'engagement actuel ou historique dans des domaines d'activité professionnelle non clinique. Outre les soins dispensés directement aux patients, les médecins de famille peuvent participer à des activités de recherche, d'enseignement ou à des activités administratives. Ces importantes activités professionnelles peuvent influencer le temps disponible pour dispenser des soins cliniques directs.

8.4 Médecins de famille non rémunérés à l'acte

Comme il est précisé dans la description de la méthodologie utilisée, l'étude porte seulement sur les médecins œuvrant dans un cadre de rémunération à l'acte. Depuis la fin de cette étude, on compte un recrutement accru de médecins de famille recevant un autre mode de paiement (comme le salaire, la capitation, les tarifs quotidiens ou les paiements à la séance)²⁶. Il faudrait savoir si le profil démographique et professionnel de ces médecins est différent. Étant donné que certains de ces nouveaux modes de paiement disposent de mesures incitatives pour encourager certains types d'activité clinique, on pourrait s'attendre à observer quelques différences.

8.5 Effet de la politique sur la santé

Les données présentent d'importants changements qui se sont produits dans les caractéristiques relatives à la pratique au cours d'une période de 10 ans. Le rapport souligne également diverses initiatives politiques qui ont eu lieu pendant ces années. Ces politiques pourraient avoir eu un effet sur certains des changements observés dans les caractéristiques relatives à la pratique au cours de la période à l'étude. Les efforts déployés pour essayer d'évaluer l'effet direct de certaines politiques (comme la régionalisation ou certains modèles de réforme des soins primaires) pourraient permettre de mieux expliquer les tendances observées dans la présente étude.

8.6 Analyse de la cohorte

Dans le cadre de cette étude, on n'a pas exploré les changements dans la pratique au niveau des médecins de famille individuels. On aurait pu assurer le suivi d'un certain groupe de personnes au cours de la période à l'étude. On aurait ainsi pu mieux comprendre si l'augmentation de la charge de travail moyenne est partagée entre plusieurs médecins de famille qui travaillent dans un domaine en particulier ou s'il y a certains médecins de famille qui sont de plus en plus actifs dans de multiples domaines.

Les efforts déployés pour essayer d'évaluer l'effet direct de certaines politiques (comme la régionalisation ou certains modèles de réforme des soins primaires) pourraient permettre de mieux expliquer les tendances observées dans la présente étude.



9. Conclusion

Sur le plan historique, les médecins de famille ont joué un rôle bien défini dans le système de santé canadien. Ce rôle consistait à prodiguer de vastes connaissances et compétences dans plusieurs milieux cliniques. Dans le cadre des analyses des effectifs des médecins de famille au Canada, cette étude porte non seulement sur le nombre et l'emplacement des médecins, mais elle explore également la nature de leur activité clinique et si la compréhension traditionnelle de la vaste nature de la médecine familiale reste valide aujourd'hui.

Cette étude d'une durée de 10 ans permet de constater qu'il y a eu une diminution de la participation des médecins de famille dans plusieurs domaines cliniques. En règle générale, cette tendance a été observée dans les groupes basés sur le sexe et l'âge ainsi que dans les divers milieux géographiques. Cette diminution du taux de participation était accompagnée d'une augmentation de l'intensité, telle que mesurée par le nombre moyen de services dispensés par médecin de famille. Cette augmentation était souvent des plus évidentes chez les médecins plus âgés.

Cette étude permettra d'éclairer les discussions sur le rôle que jouent les médecins de famille au Canada dans le système de santé d'aujourd'hui. Les médecins de famille, les gouvernements, le personnel enseignant ainsi que divers intervenants pourraient songer à l'infrastructure et aux initiatives politiques constructives qui pourraient être mises en œuvre pour encourager les médecins de famille à remplir leur rôle. Il faut accorder une attention aux divers changements auxquels ont dû déjà faire face les médecins de famille au cours de la dernière décennie et qui pourraient déjà avoir eu des incidences sur leur choix de pratique clinique, d'où les tendances observées dans la présente étude.

Le rapport a mis en lumière les changements dans la pratique de la médecine familiale dans le contexte plus vaste des soins de santé. Il a examiné la façon dont les différences observées dans la pratique — comme en font foi les taux de participation, l'intensité des services dispensés, le sexe, l'âge et le milieu — pourraient contribuer à la planification des ressources humaines en médecine familiale. D'autres questions, en l'occurrence est-il faisable d'avoir des médecins de famille qui possèdent le vaste éventail de connaissances traditionnelles auquel on s'attend ou quand devrait-on encourager la pratique de la médecine familiale globale plus traditionnelle, font ressortir la nécessité de définir le rôle des médecins de famille à mesure que nous cheminons sur la voie de l'avenir.

Même s'il est tentant de percevoir ces résultats de façon négative, il pourrait s'agir d'une réponse non nécessaire. L'évolution d'une discipline peut représenter un processus naturel et sain découlant de diverses pressions innées et environnementales. On encourage les lecteurs à percevoir les données non pas comme le miroir d'un portrait négatif, mais plutôt comme une occasion de redéfinir, de renforcer et de renouveler le rôle des médecins de famille dans les soins de santé aux quatre coins du pays. Le changement et l'évolution peuvent être acceptés et stimuler la pratique de la médecine familiale.



Annexe A

Strates et catégories du système de groupement national (SGN) utilisées pour définir les secteurs de pratique clinique à l'étude

La méthodologie du système de groupement national (SGN) de l'ICIS offre un moyen de décrire les services dispensés par les médecins dans les provinces et au fil du temps. Elle attribue tous les codes de facturation des services à l'acte des provinces et des territoires aux 120 catégories qui décrivent les interventions médicales et les types de service clinique. Ces 120 catégories sont divisées en domaines ou strates de service clinique plus vastes (par exemple, les services obstétricaux, les chirurgies majeures, les services diagnostiques et thérapeutiques). Le tableau A1 énumère les catégories et les strates du SGN qui ont servi à définir les domaines de pratique clinique présentés dans le rapport.

Outre l'application des codes de tarif aux catégories ou strates du SGN, la méthodologie du SGN permet un ajustement des écarts provinciaux dans la facturation des services. Ce faisant, cette méthodologie normalise les données sur les codes de tarif pour faciliter l'analyse des données sur le paiement et le nombre de services au niveau de la catégorie ou de la strate du SGN. Le Rapport annuel sur les catégories du système de groupement national de l'ICIS présente les descriptions et les méthodologies détaillées du SGN ainsi qu'un sommaire statistique sur les paiements et les services⁶⁴.

Tableau A1 :
Définition des domaines de pratique clinique en fonction des catégories du système de groupement national

Domaine de pratique clinique à l'étude	Description de la catégorie du SGN	Numéro de la catégorie du SGN
Pratique en cabinet	Évaluation majeure, cabinet	003
	Autre évaluation, cabinet	010
Soins aux patients hospitalisés	Jours de soins hospitaliers, jusqu'à 28-42 jours	017
	Jours de soins hospitaliers, plus de 28-42 jours	018
	Jours de soins hospitaliers, autre	019
	Évaluation majeure d'un patient hospitalisé, nouveau-né	004
	Évaluation majeure d'un patient hospitalisé, autre	005
	Autre évaluation d'un patient hospitalisé	011
Soins de santé mentale	Counseling	024
	Psychothérapie en groupe/en famille	023
	Psychothérapie individuelle	022
Services d'interventions de base	Insertion d'un dispositif intra-utérin	117
	Biopsie	113
	Cryothérapie	111
	Électrocardiogramme	100
	Injection/aspiration d'articulation	099
	Test d'allergie/de désensibilisation	098
	Excision d'ongle	068
	Suture de plaie	067
	Extraction de corps étrangers	065
	Incision d'abcès, etc.	064

Tableau A1 :
Définition des domaines de pratique clinique en fonction
des catégories du système de groupement national

Domaine de pratique clinique à l'étude	Description de la catégorie du SGN	Numéro de la catégorie du SGN
Services d'interventions avancées	Sigmoïdoscopie	097
	Soins intensifs, réanimation	097
	Blocs nerveux	074
	Fractures mineures	071
	Chalazion	069
	Excision de tumeur	066
	Vasectomie	053
	Varices	040
	Rhinoplastie	034
	Fractures	028
Chirurgie	Dilatation et curetage	109
	Cystoscopie	104
	Coloscopie	103
	Laryngoscopie/bronchoscopie	102
	Œsophagoscopie/gastrosocopie	101
	Avortements thérapeutiques	079
	Césarienne	078
	Stérilisation	057
	Hystérectomie	056
	Hémorroïdectomie	049
	Colectomie	048
	Hernie inguinale ou fémorale	047
	Amygdalectomie	046
	Cholécystectomie	045
	Laparotomie	044
	Appendicectomie	043
	Excision au sein	026
Anesthésie	Services d'anesthésie (excluant les blocs nerveux)	075
Services obstétricaux	Accouchement (excluant les césariennes)	077
	Services au moment de l'accouchement (p. ex. réparation des déchirures, extraction du placenta)	076
	Autres services obstétricaux (p. ex. épreuve d'effort, fœtoscopie)	080
Assistance chirurgicale	Assistance chirurgicale	073



Annexe B

Exclusions provinciales des domaines de pratique clinique selon une comparaison des données de la Base de données nationale sur les médecins et celles du Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale

Les données du Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale (SNEMF) ont servi dans la présente étude à covalider les résultats fondés sur les données de facturation provenant de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Les proportions de médecins de famille qui facturent dans chaque domaine de pratique clinique selon les données de la BDNM ont fait l'objet de comparaison avec les proportions de médecins de famille qui ont indiqué dans le snemf dispenser des services similaires. On a dressé des comparaisons à l'échelle provinciale. La covalidation a été faite pour accroître le niveau de comparaison des résultats basés sur l'information relative à la facturation des services à l'acte entre les provinces ainsi que des écarts provinciaux concernant la couverture des services par l'entremise d'autres programmes de paiement.

Les éléments de données du SNEMF ayant servi à des fins de covalidation accompagnent les résultats d'inclusion et d'exclusion des provinces au tableau B1. L'annexe A présente de l'information approfondie sur les catégories du système de groupement national (SGN) de la BDNM utilisé pour l'analyse comparative.

Les codes de facturation des évaluations en cabinet n'ont pas d'identificateur unique dans les barèmes d'honoraires de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Dans ces provinces, la rémunération des évaluations en cabinet est effectuée à l'aide des codes de tarif qui couvrent la prestation des services dans de multiples milieux (comme les cabinets privés, les centres de soins infirmiers et les foyers de groupe). On n'a donc pas tenu compte de ces provinces dans l'analyse de la pratique en cabinet dans le cadre de la présente étude. Toutes les autres exclusions provinciales, en fonction de la comparaison des données du SNEMF et de la BDNM, figurent au tableau B1.

Tableau B1 :

Domaines de pratique clinique, éléments des données du Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale ainsi que les résultats d'inclusion et d'exclusion dans le cadre de l'étude

Domaine de pratique clinique à l'étude	Éléments de données du SNEMF utilisés dans le cadre de la comparaison	Résultats d'inclusion/d'exclusion des provinces
Soins aux patients hospitalisés	Soins aux patients hospitalisés — le répondant devait indiquer un certain nombre d'heures par semaine consacrées à dispenser des soins aux patients hospitalisés	Englobe toutes les provinces
Soins de santé mentale	Services de psychothérapie/counseling dispensés à des patients réguliers ou à d'autres patients	Englobe toutes les provinces
Services d'interventions de base	Insertion d'un DIU, biopsie cutanée, sutures	Englobe toutes les provinces
Services d'interventions avancées	Sigmoidoscopie flexible/rigide, vasectomie/ligature des trompes, extraction d'un nævus, lésions cutanées, bosses, kystes, plâtre/attelle	Exclut le Québec. Englobe toutes les autres provinces
Chirurgie	La pratique de chirurgies majeures dans un hôpital (p. ex. appendicectomie, césariennes, hystérectomie, dilatation et curetage, cystoscopie, coloscopie, gastroscopie, bronchoscopie, césarienne à titre de principale chirurgie)	Exclut Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et la Colombie-Britannique. Englobe toutes les autres provinces.
Services d'anesthésie	Services d'anesthésie dispensés à des patients réguliers ou à d'autres patients	Exclut la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Englobe toutes les autres provinces.
Services obstétricaux	Soins intra-partum	Englobe toutes les provinces.
Assistance chirurgicale	Services d'assistance chirurgicale dispensés aux patients réguliers ou à d'autres patients	Englobe toutes les provinces.

Annexe C

Résumé des données des domaines de pratique clinique

Tableau CI :

Taux de participation aux services de chirurgie et nombre moyen de services de chirurgie par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

	TAUX DE PARTICIPATION AUX SERVICES CHIRURGICAUX (%)										
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	13,5	8,5	10,5	14,1	13,2	11,6	8,4	8,6	14,8	20,7	12,2
1993	12,5	7,6	9,5	12,8	11,8	11,3	8,0	7,7	13,6	22,8	11,1
1994	12,6	7,6	10,7	12,4	11,7	10,5	7,7	7,8	13,6	22,6	11,2
1995	11,8	7,5	10,6	12,0	10,6	9,4	6,6	7,6	12,3	20,9	10,5
1996	10,9	6,9	10,5	10,8	9,5	9,4	5,4	7,1	11,0	19,1	9,7
1997	10,7	6,4	10,3	10,5	9,3	8,1	5,8	7,1	10,2	17,6	9,4
1998	10,9	6,5	10,8	11,0	9,0	8,3	5,6	7,1	11,0	17,6	9,5
1999	10,5	6,0	11,1	10,4	8,3	7,8	5,0	7,1	9,8	16,0	9,0
2000	10,3	5,8	11,8	9,6	8,6	7,0	5,1	7,0	9,9	14,6	8,8
2001	9,5	5,8	10,9	9,6	7,5	7,0	4,5	6,7	8,9	13,5	8,2

	NOMBRE MOYEN DE SERVICES CHIRURGICAUX PAR MÉDECIN DE FAMILLE										
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65+	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	27	34	11	22	41	51	44	30	31	20	28
1993	27	40	10	21	50	45	50	34	32	23	30
1994	29	39	8	24	50	46	52	33	35	26	31
1995	31	38	9	24	51	48	56	35	38	25	32
1996	34	47	14	28	58	51	55	41	42	28	37
1997	36	55	17	25	64	59	58	47	41	27	40
1998	37	59	21	29	61	56	69	52	38	27	42
1999	41	63	21	35	64	63	80	56	49	28	46
2000	45	61	20	37	65	75	84	59	46	32	49
2001	50	62	17	40	71	79	97	62	55	34	53

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services chirurgicaux s'appuient sur les données de toutes les provinces, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Tableau C2 :

Taux de participation à la pratique en cabinet et nombre moyen de services d'évaluation en cabinet par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

TAUX DE PARTICIPATION À LA PRATIQUE EN CABINET (%)

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	90,1	88,4	84,5	90,3	93,0	92,1	90,5	89,0	90,5	89,6	89,6
1993	90,1	88,2	84,3	90,1	93,2	91,3	91,0	88,8	91,2	91,1	89,6
1994	89,1	88,2	82,7	89,2	92,2	91,5	90,0	87,8	89,8	91,1	88,8
1995	89,7	88,5	82,8	89,8	92,7	91,5	89,7	88,9	91,1	89,6	89,3
1996	90,1	88,8	83,3	90,0	92,9	90,9	90,2	89,2	90,6	90,7	89,7
1997	89,4	89,0	82,9	88,7	92,8	91,6	88,8	88,9	89,9	90,2	89,3
1998	88,4	87,6	81,9	87,0	92,0	90,5	86,6	87,3	90,3	89,4	88,1
1999	87,3	85,8	78,9	85,6	91,1	90,4	83,1	85,7	89,3	88,3	86,8
2000	87,0	84,9	78,0	85,0	90,4	90,0	81,7	85,0	87,9	88,6	86,2
2001	86,4	83,5	75,9	83,2	89,6	91,1	81,7	83,9	88,3	87,6	85,3

NOMBRE MOYEN DE SERVICES D'ÉVALUATION EN CABINET PAR MÉDECIN DE FAMILLE

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	3 965	2 887	2 609	3 947	4 569	4 051	2 333	3 644	3 663	3 687	3 665
1993	3 900	2 878	2 515	3 806	4 501	3 998	2 428	3 588	3 606	3 718	3 609
1994	4 020	2 950	2 585	3 841	4 587	4 161	2 452	3 678	3 826	3 701	3 702
1995	3 927	2 852	2 440	3 612	4 472	4 118	2 485	3 534	3 727	3 709	3 596
1996	3 909	2 872	2 403	3 545	4 406	4 215	2 357	3 555	3 696	3 615	3 583
1997	3 987	2 891	2 431	3 476	4 342	4 321	2 615	3 623	3 707	3 602	3 625
1998	4 141	2 939	2 486	3 422	4 408	4 628	3 119	3 760	3 726	3 646	3 725
1999	4 141	2 889	2 443	3 285	4 333	4 686	3 320	3 737	3 662	3 628	3 698
2000	4 028	2 792	2 302	3 123	4 168	4 597	3 350	3 645	3 557	3 478	3 586
2001	3 960	2 712	2 146	3 021	4 032	4 503	3 389	3 563	3 435	3 433	3 509

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte.
Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour la pratique en cabinet s'appuient sur les données de toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, de la Saskatchewan et la Colombie-Britannique.

Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Tableau C3 :

Taux de participation à des services d'interventions avancées et nombre moyen de services d'interventions avancées par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

	TAUX DE PARTICIPATION À DES SERVICES D'INTERVENTIONS AVANCÉES (%)										
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	79,5	69,9	73,1	83,0	82,0	75,5	60,6	72,5	84,4	87,0	77,1
1993	78,8	69,2	72,1	81,6	81,9	74,7	60,1	71,3	84,0	88,7	76,3
1994	79,2	68,8	74,6	81,5	80,4	73,2	60,0	71,6	83,8	87,6	76,4
1995	79,6	68,4	75,8	80,6	80,6	73,4	59,7	72,0	83,1	87,2	76,4
1996	79,0	69,6	76,9	80,4	79,9	72,9	58,8	71,8	83,2	87,5	76,4
1997	78,5	69,1	77,7	79,4	78,7	73,1	57,5	71,7	81,8	85,3	75,8
1998	76,9	67,0	78,1	77,4	77,3	71,7	55,4	69,7	80,1	84,1	74,0
1999	76,5	66,1	75,9	76,7	76,7	70,4	54,4	69,0	79,4	83,5	73,4
2000	75,2	65,0	74,9	75,0	75,4	70,1	53,0	67,7	78,3	82,2	72,1
2001	74,7	63,8	74,5	74,3	74,2	69,8	52,3	67,0	77,4	81,0	71,3

	NOMBRE MOYEN DE SERVICES D'INTERVENTIONS AVANCÉES PAR MÉDECIN DE FAMILLE										
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	51	21	31	46	53	53	40	43	48	48	44
1993	50	22	31	45	53	49	36	43	46	43	43
1994	46	19	28	42	47	44	32	39	42	40	40
1995	49	21	31	44	48	48	32	42	42	41	42
1996	51	22	33	45	47	52	32	44	44	41	43
1997	53	23	39	46	48	50	34	46	47	41	45
1998	53	24	44	46	46	49	32	47	45	40	45
1999	57	25	49	51	48	47	40	51	47	42	48
2000	60	28	54	55	50	45	48	56	47	41	51
2001	62	30	53	59	52	46	45	59	47	39	53

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services d'interventions avancées s'appuient sur les données de toutes les provinces, à l'exception du Québec. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Tableau C4 :

Taux de participation à des services d'anesthésie et nombre moyen de services d'anesthésie par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

TAUX DE PARTICIPATION À DES SERVICES D'ANESTHÉSIE (%)

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	10,1	6,1	7,9	9,7	9,2	10,9	7,4	6,8	10,9	16,7	9,0
1993	6,4	3,2	4,8	5,7	6,2	6,8	3,7	3,5	8,4	11,4	5,5
1994	6,0	3,0	4,3	5,8	5,2	5,9	4,0	3,4	7,6	10,5	5,2
1995	6,1	3,1	5,2	5,5	5,1	5,7	4,6	3,7	7,1	10,1	5,3
1996	6,3	3,0	6,0	5,7	4,8	5,8	3,9	3,9	7,3	9,5	5,3
1997	6,3	3,3	6,9	5,9	4,6	5,5	3,4	4,0	7,1	9,7	5,4
1998	5,9	3,3	6,6	5,3	4,3	5,4	4,1	3,7	7,5	8,5	5,1
1999	6,8	3,9	7,5	6,3	5,2	5,3	4,5	4,5	7,7	9,3	5,8
2000	7,4	3,9	7,6	6,8	5,7	5,9	4,7	5,1	7,7	9,5	6,2
2001	7,6	4,2	9,3	7,2	5,7	5,2	5,0	5,1	8,2	10,3	6,5

NOMBRE MOYEN DE SERVICES D'ANESTHÉSIE PAR MÉDECIN DE FAMILLE

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	172	101	54	109	216	341	232	132	290	120	159
1993	220	178	67	136	274	459	391	210	327	136	213
1994	234	195	78	135	311	464	418	208	374	155	228
1995	230	200	62	166	296	406	393	200	383	158	225
1996	212	176	54	134	291	393	399	173	333	166	206
1997	206	156	70	125	254	445	329	160	312	177	197
1998	213	161	104	136	225	383	390	168	284	193	202
1999	267	177	113	191	271	481	367	222	267	277	247
2000	251	156	136	161	253	366	466	194	295	262	231
2001	234	147	95	156	255	325	464	189	278	218	215

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services d'anesthésie s'appuient sur les données de toutes les provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Veuillez consulter l'annexe B pour obtenir des précisions sur les critères d'inclusion et d'exclusion des provinces.

Tableau C5 :

Taux de participation aux services d'assistance chirurgicale et nombre moyen de services d'assistance chirurgicale par médecin de famille, selon le sexe, par groupe d'âge et milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

	TAUX DE PARTICIPATION À DES SERVICES D'ASSISTANCE CHIRURGICALE (%)											
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE				
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total	
1992	41,4	34,1	38,3	41,1	43,1	38,5	31,1	32,2	62,4	43,1	39,5	
1993	39,7	33,6	36,3	39,9	41,5	36,8	30,3	30,7	61,0	44,2	38,0	
1994	39,0	33,2	36,5	39,4	39,8	35,6	29,9	30,0	61,2	43,1	37,4	
1995	38,3	32,5	35,8	38,5	38,3	35,6	29,4	29,3	59,7	42,4	36,6	
1996	36,7	31,3	34,8	37,0	36,2	34,0	28,3	27,8	57,8	40,6	35,1	
1997	36,3	30,8	35,8	35,8	35,2	33,0	30,0	27,3	55,9	40,9	34,7	
1998	34,2	29,1	33,9	33,8	33,0	32,1	28,0	25,5	53,4	38,8	32,6	
1999	32,5	27,3	32,4	31,7	31,1	29,7	27,3	23,5	51,2	38,1	30,8	
2000	30,7	25,4	29,7	30,1	29,1	28,1	25,9	21,7	48,4	36,6	29,0	
2001	28,9	23,9	28,2	28,0	27,7	26,5	24,0	20,0	46,8	35,0	27,3	

	NOMBRE MOYEN DE SERVICES D'ASSISTANCE CHIRURGICALE PAR MÉDECIN DE FAMILLE											
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE				
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total	
1992	37	26	27	28	34	51	78	41	33	21	35	
1993	38	24	28	28	32	52	80	41	32	19	35	
1994	41	27	33	30	33	53	88	47	32	20	38	
1995	47	29	48	32	33	55	95	56	32	20	42	
1996	48	30	43	36	34	56	100	58	32	20	43	
1997	50	31	44	35	38	55	104	61	33	19	44	
1998	52	31	28	42	40	58	118	65	34	18	46	
1999	56	32	23	46	42	57	133	70	34	18	49	
2000	58	35	27	46	43	61	141	77	35	17	52	
2001	62	37	26	48	49	62	145	83	37	17	55	

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services d'assistance chirurgicale s'appuient sur les données de toutes les provinces.

Tableau C6 :

Taux de participation aux services d'interventions de base et nombre moyen de services d'interventions de base par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992-2001

TAUX DE PARTICIPATION À DES SERVICES D'INTERVENTIONS DE BASE (%)

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	88,7	86,8	89,8	91,5	90,4	83,7	72,7	86,6	90,4	92,0	88,2
1993	88,7	87,1	90,4	91,4	90,5	83,3	72,4	86,9	90,2	92,4	88,3
1994	89,2	87,7	90,9	92,3	90,9	83,9	72,2	87,4	90,8	92,4	88,8
1995	89,2	87,9	91,0	92,4	91,0	84,6	71,7	87,4	91,0	92,5	88,8
1996	88,6	86,7	90,9	91,8	89,8	83,7	70,1	86,4	90,5	92,4	88,0
1997	89,1	87,3	92,6	91,3	90,0	84,6	72,3	87,0	90,8	92,2	88,5
1998	88,7	86,1	91,8	91,1	89,5	85,1	71,3	86,3	89,8	92,2	87,9
1999	88,5	84,9	89,9	90,3	88,9	85,1	70,3	85,9	89,1	90,9	87,3
2000	88,1	84,5	89,3	89,9	88,2	85,1	71,2	85,7	88,4	90,1	86,9
2001	87,5	83,3	88,9	88,8	87,2	85,6	70,1	84,8	87,7	89,3	86,1

NOMBRE MOYEN DE SERVICES D'INTERVENTIONS DE BASE PAR MÉDECIN DE FAMILLE

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	287	174	188	270	324	300	189	263	260	250	258
1993	275	165	178	250	307	294	196	248	255	229	246
1994	261	144	167	223	285	269	204	231	231	215	229
1995	251	137	164	205	272	247	197	223	214	204	218
1996	241	135	160	197	254	245	190	216	209	191	210
1997	238	129	156	188	243	239	206	214	196	183	205
1998	227	115	145	170	219	237	224	201	182	173	192
1999	221	111	140	168	204	233	210	194	179	169	186
2000	209	104	127	159	190	219	194	182	168	160	175
2001	206	103	116	164	184	208	192	179	164	160	173

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte.
Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services d'interventions de base s'appuient sur les données de toutes les provinces.

Tableau C7 :

Taux de participation aux services obstétricaux et nombre moyen de services obstétricaux par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

	TAUX DE PARTICIPATION AUX SERVICES OBSTÉTRICAUX (%)											
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE				
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total	
1992	27,8	27,6	28,6	31,7	31,0	21,7	9,6	19,4	43,5	40,9	27,8	
1993	26,2	27,1	27,4	30,3	29,8	19,7	8,5	18,3	42,5	43,0	26,4	
1994	25,5	26,7	27,7	29,9	28,0	19,0	8,2	17,6	42,1	42,0	25,8	
1995	24,2	25,9	27,0	29,1	26,1	18,3	7,4	16,8	40,9	39,7	24,7	
1996	22,3	24,8	26,5	26,6	24,0	17,1	7,2	15,4	38,2	37,6	23,0	
1997	20,6	23,7	25,4	24,7	22,5	15,9	6,7	14,3	35,2	35,6	21,6	
1998	19,2	21,8	24,6	22,9	20,9	14,6	6,3	13,0	33,0	33,8	20,0	
1999	17,5	20,8	23,4	21,3	19,3	13,4	5,8	11,9	30,8	31,6	18,6	
2000	16,3	19,2	22,1	20,2	17,6	12,8	5,2	10,9	29,0	29,8	17,3	
2001	14,9	17,9	21,1	18,6	16,2	11,7	5,2	9,7	26,1	29,0	15,9	

	NOMBRE MOYEN DE SERVICES OBSTÉTRICAUX PAR MÉDECIN DE FAMILLE											
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE				
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total	
1992	24	37	24	32	27	22	12	31	28	20	27	
1993	25	38	25	33	27	23	13	32	29	21	28	
1994	24	40	27	33	28	24	15	33	30	21	29	
1995	24	41	28	33	28	26	17	34	30	22	29	
1996	25	42	27	35	29	28	17	36	30	22	31	
1997	25	43	29	35	30	26	18	37	30	22	31	
1998	25	47	31	37	33	27	16	41	31	23	33	
1999	26	47	31	38	33	29	17	43	31	23	34	
2000	25	49	32	38	33	28	17	44	31	23	34	
2001	27	52	31	42	37	29	20	49	34	23	36	

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services obstétricaux s'appuient sur les données de toutes les provinces.

Table C8 :

Taux de participation aux services de santé mentale et nombre moyen de services de santé mentale par médecin de famille, selon le sexe, le groupe d'âge et le milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

TAUX DE PARTICIPATION AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE (%)

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	80,6	87,5	81,5	86,9	87,6	77,5	62,7	82,5	83,7	82,5	82,4
1993	81,2	87,9	82,3	87,6	87,3	78,2	63,6	83,0	83,6	83,1	83,0
1994	82,4	88,5	83,0	89,1	88,2	79,2	64,3	83,9	85,8	83,6	84,1
1995	83,0	89,3	84,0	89,2	88,7	81,3	65,6	84,9	85,7	84,4	84,8
1996	83,1	89,7	83,9	89,0	89,1	81,8	66,7	85,0	86,0	84,9	85,0
1997	83,9	90,3	85,2	88,7	89,1	83,4	69,7	85,9	86,5	84,9	85,8
1998	83,7	89,6	85,7	88,6	88,7	83,5	69,7	85,7	86,1	84,8	85,6
1999	83,7	89,4	84,2	88,3	88,9	83,6	69,4	85,7	86,4	84,4	85,6
2000	83,4	89,0	84,0	87,3	88,3	84,7	69,9	85,5	85,3	84,5	85,2
2001	83,4	88,8	85,2	86,4	88,3	85,5	70,1	85,4	85,2	84,7	85,2

NOMBRE MOYEN DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE PAR MÉDECIN DE FAMILLE

	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE			
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total
1992	268	253	165	255	335	363	293	306	208	167	264
1993	274	257	162	266	341	359	284	309	215	162	269
1994	287	274	177	274	352	374	283	326	230	168	283
1995	305	289	190	286	369	380	299	344	246	182	300
1996	314	298	202	292	369	386	313	355	253	187	309
1997	336	314	210	304	390	415	335	378	269	203	329
1998	310	297	188	276	356	391	338	352	245	192	305
1999	308	298	171	274	348	397	338	352	244	187	304
2000	307	300	164	271	344	405	336	351	243	196	305
2001	297	295	159	260	341	368	340	339	242	190	296

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte.
Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services de santé mentale s'appuient sur les données de toutes les provinces.

Tableau C9 :

Taux de participation aux services aux patients hospitalisé et nombre moyen de services aux patients hospitalisés par médecin de famille, selon le sexe, par groupe d'âge et milieu géographique, Canada, 1992 à 2001

	TAUX DE PARTICIPATION AUX SERVICES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS (%)											
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE				
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total	
1992	72,3	65,3	68,3	73,0	74,8	69,4	59,3	63,5	85,5	81,7	70,5	
1993	72,1	65,3	67,3	73,5	74,7	68,4	58,7	63,0	85,6	84,2	70,2	
1994	69,9	64,3	65,9	71,2	71,9	66,9	57,1	61,3	84,6	80,0	68,3	
1995	69,5	63,8	65,6	71,4	70,4	66,5	55,5	60,7	84,3	79,3	67,8	
1996	68,0	62,8	66,2	69,1	68,6	65,3	54,1	59,4	83,7	77,4	66,5	
1997	67,9	62,0	68,2	68,3	67,0	64,8	54,6	59,0	83,0	76,7	66,1	
1998	66,2	60,3	67,4	66,5	65,1	64,4	51,2	56,6	81,9	75,8	64,3	
1999	64,9	58,7	65,4	65,0	63,4	63,0	49,1	55,0	80,9	74,5	62,9	
2000	63,4	57,8	65,4	63,8	62,3	60,3	47,2	53,2	79,8	74,6	61,5	
2001	64,1	58,7	70,6	65,1	62,1	60,4	44,9	53,7	79,4	77,4	62,3	

	NOMBRE MOYEN DE SERVICES AUX PATIENTS HOSPITALISÉS PAR MÉDECIN DE FAMILLE											
	SEXE		ÂGE					MILIEU GÉOGRAPHIQUE				
	H	F	< 35	35-44	45-54	55-64	65 +	Urbain	Taille moyenne	Rural	Total	
1992	776	348	429	638	831	958	754	533	815	918	672	
1993	745	355	417	603	798	905	744	522	790	881	647	
1994	724	344	399	571	759	866	728	501	762	854	624	
1995	709	330	373	538	738	847	727	498	731	799	606	
1996	693	331	367	524	713	829	660	491	697	784	592	
1997	691	344	368	514	714	799	672	502	686	760	592	
1998	711	362	391	523	706	836	701	525	699	758	608	
1999	726	366	412	521	703	857	678	541	703	745	618	
2000	744	376	418	525	704	887	705	565	700	739	630	
2001	728	384	404	510	688	874	707	570	690	680	620	

Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

Remarques : Englobe seulement les médecins de famille rémunérés à l'acte. Englobe seulement les services dispensés dans le cadre des programmes de rémunération à l'acte.

Pour obtenir une description approfondie des mesures à l'étude, veuillez consulter la section 2.5 « Mesures statistiques et définitions ». Veuillez consulter l'annexe A pour obtenir les définitions des domaines de service clinique.

Les résultats pour les services aux patients hospitalisés s'appuient sur les données de toutes les provinces.

Références

- 1 J. Macinko, B. Starfield et L. 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, n° 3 (juin 2003), p. 831-865.
- 2 Agency for Healthcare Research and Quality (anciennement Agency for Health Care Policy and Research), « Lack of same-day access to a primary care provider prompts many HMO patients to seek more costly urgent care », *AHCPR Research Activities*, n° 224 (mars 1999).
- 3 B. Starfield, « Is Primary Care Essential? », *Lancet*, vol. 344, n° 8930 (22 octobre 1994), p. 1129-1133.
- 4 L. Shi, B. Starfield, B. Kennedy et I. Kawachi, « Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators », *Journal of Family Practice*, vol. 48, n° 4 (avril 1999), p. 275-284.
- 5 Le Collège des médecins de famille du Canada, *4.5 Million Canadians Not Able to Get a Family Physician* (communiqué en ligne), Montréal, du même auteur, le 7 novembre 2002, dernière mise à jour le 16 mai 2003. Consulté le 9 août 2004. Internet : <URL:<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/news%20releases/2002%2011%2007/default.asp?s=1>>.
- 6 P. Sullivan, « Family Medicine Crisis? Field Attracts Smallest Ever Share of Residency Applicants », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 7 (1^{er} avril 2003), p. 881.
- 7 C. A. Woodward, M. Cohen, B. Ferrier et J. Brown, « Physicians Certified in Family Medicine. What Are They Doing 8-10 Years Later? », *Canadian Family Physician*, vol. 47 (juillet 2001), p. 1404-1410.
- 8 L. Chang et L. Malkin, « National Family Medicine Resident Survey 2001 », *Canadian Family Physician*, vol. 48 (octobre 2002), p. 1666.
- 9 B. Chan, « Do Family Physicians With Emergency Medicine Certification Actually Practise Family Medicine », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167, n° 8 (15 octobre 2002), p. 869.
- 10 Association des pharmaciens du Canada, *Pharmacists Tell Romanow Canada Needs Them in an Expanded Role* (communiqué en ligne), Winnipeg, du même auteur, le 9 mai 2002. Consulté le 9 août 2004. Internet : <URL:http://www.pharmacists.ca/content/media/newsroom/News_Releases/current_050902.cfm>.
- 11 Association des infirmières et infirmiers du Canada, « Position Statement. The Nurse Practitioner. CNA Position », exposé des fonctions n° 68, juin 2003. Consulté le 30 août 2004. Internet : <URL:http://www.cna-nurses.ca/_frames/policies/policiesmainframe.htm>.
- 12 Association chiropratique canadienne et Canadian Memorial Chiropractic College, *Sustaining and Improving our Health Care: A Call to Action* (soumission à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada), janvier 2002.
- 13 Association des sages-femmes de l'Ontario, *Primary Care* (feuilleton de documentation en ligne), dernière mise à jour le 2 janvier 2002. Consulté le 9 août 2004. Internet : <URL:<http://www.aom.on.ca/facts/PrimaryCare.html>>.
- 14 Hollander Analytical Services, *Assessing New Models for the Delivery of Medical Services: Inventory and Synthesis* (rapport sommaire préparé par Hollander Analytical Services Ltd. pour le Groupe de travail Deux : Une stratégie en matière d'effectifs médicaux au Canada), août 2003.
- 15 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada—Final Report* (commissaire Roy J. Romanow), novembre 2002. Bibliothèque nationale du Canada. Catalogue n° CP32-85/2002E-IN.
- 16 Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, *The Health of Canadians— The Federal Role: Volume Six: Recommendations for Reform*, Ottawa, Gouvernement du Canada, octobre 2002.
- 17 Saskatchewan Commission on Medicare, *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System* (commissaire Kenneth J. Fyke), Gouvernement de la Saskatchewan, avril 2001.
- 18 C. Sanmartin, C. Houle, J. Berthelot et K. White, *Access to Health Care Services in Canada, 2001*, Ottawa, Statistique Canada, juin 2002. Catalogue n° 82-575-XIE.
- 19 C. Gutkin, « Counting on One Another: National Physician Survey », *Canadian Family Physician*, vol. 50 (mars 2004), p. 511.
- 20 B. Chan, « The Declining Comprehensiveness of Primary Care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 4 (19 février 2002), p. 429-434.
- 21 J. T. Rourke, « Trends in Small Hospital Obstetric Services in Ontario », *Canadian Family Physician*, vol. 44 (octobre 1998), p. 2117-2124.
- 22 M. J. Bass, I. R. McWhinney, M. Stewart et A. Grindrod, « Changing Face of Family Practice », *Canadian Family Physician*, vol. 44 (octobre 1998), p. 2143-2149.
- 23 J. Kaczorowski et C. Levitt, « Intrapartum Care by General Practitioners and Family Physicians. Provincial Trends From 1984-1985 to 1994-1995 », *Canadian Family Physician*, vol. 46 (mars 2000), p. 587-592, 595-597.
- 24 Ontario College of Family Physicians, *Where Have All Our Family Doctors Gone? #3 Hospitals Without Family Doctors*, 18 août 1999.
- 25 D. Watson, B. Bogdanovic, P. Heppner et coll., *Supply, Availability and Use of Family Physicians in Winnipeg*, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, juin 2003.
- 26 Institut canadien d'information sur la santé, *Alternative Payments and the National Physician Database (NPDB). The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 2001-2002 and Preliminary Information for 2002-2003*, Ottawa, ICIS, 2004.
- 27 Ibid., p. 4.
- 28 Association médicale canadienne, *Percent Distribution of Physicians by Mode of Remuneration* (en ligne), résultats du Questionnaire sur les effectifs médicaux de 1990 et 2002. Consulté le 9 août 2004. Internet : <URL:<http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/I2/statinfo/pdf/remuneration.pdf>>.
- 29 Statistique Canada, *Postal Code Conversion File September 2002 Postal Codes. Reference Guide*, Ottawa, du même auteur, janvier 2003. Catalogue n° 92F-0153-GIE.
- 30 Ibid., p. 19.

- 31 R. W. Pong et J. R. Pitblado, « Don't Take 'Geography' for Granted! Some Methodological Issues in Measuring Geographic Distribution of Physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 6, n° 2 (2001), p. 103-112.
- 32 R. W. Pong et J. R. Pitblado, « Beyond Counting Heads: Some Methodological Issues in Measuring Geographic Distribution of Physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 7, n° 1 (hiver 2002), p. 12-20.
- 33 Institut canadien d'information sur la santé, *Supply and Distribution of Registered Nurses in Rural and Small Town Canada, 2000*, Ottawa, ICIS, 2002.
- 34 Institut canadien d'information sur la santé, *The Practicing Physician Community in Canada 1989/90 to 1998/99. Workforce and Workload as Gleaned Through Billing Profiles for Physician Services*, Ottawa, ICIS, 2001.
- 35 M. Barer et G. Stoddart, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited* (document de travail préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé), Centre for Health Services and Policy Research, juin 1999.
- 36 Centre syndical et patronal du Canada, *Physician Workforce in Canada: Literature Review and Gap Analysis* (rapport final préparé par le Centre syndical et patronal du Canada pour le Groupe de travail Deux : Une stratégie en matière d'effectifs médicaux au Canada), janvier 2003.
- 37 J. Gray et J. Reudy, « Undergraduate and Postgraduate Medical Education in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158 (21 avril 1998), p. 1047-1050.
- 38 Institut canadien d'information sur la santé, *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?*, Ottawa, ICIS, 2002.
- 39 Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique, *Annual Census of Post-M.D. Trainees 2000–2001*, Ottawa, du même auteur, 2001.
- 40 G. Goldsand et D. Thurber, *The Overlapping Roles of Primary Care Physicians, General Specialists and Subspecialists—A Canadian Perspective* (document de travail préparé pour la septième conférence internationale sur la main-d'œuvre médicale), Oxford, Royaumi-Uni, septembre 2003.
- 41 R. G. Chaytors, G. R. Spooner, D. G. Moores et coll., « Postgraduate Training Positions. Follow-up Survey of Third Year Residents in Family Medicine », *Canadian Family Physician*, vol. 45 (janvier 1999), p. 88-91.
- 42 Canadian Resident Matching Service (CaRMS), *PGY-1 Match Report, 2003*, Ottawa, du même auteur, 2003.
- 43 Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique, *Annual Census of Post-M.D. Trainees 2003–2004*, Ottawa, du même auteur, 2004.
- 44 A. D. Thurber et N. Busing, « Decreasing Supply of Family Physicians and General Practitioners. Serious Implications for the Future », *Canadian Family Physician*, vol. 45 (septembre 1999), p. 2084-2089.
- 45 Fédération d'étudiants en médecine du Canada, *The Canadian Medical Student's Perspective: Career Decision Making in Today's Medical School* (exposé de position en ligne), le 14 août 2003. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:http://www.cfms.org/representation/papers_view.cfm?id=7&what_section=representation>.
- 46 E. Ryten, A. D. Thurber et L. Buske, « The Class of 1989 and Post-MD Training », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 6 (24 mars 1998), p. 731-737.
- 47 C. Gutkin, « Medical Students' Career Choices Part I: Pressure on Today's Graduates », *Canadian Family Physician*, vol. 47 (juin 2001), p. 1352.
- 48 Association of American Medical Colleges, *Physicians for the 21st Century: The GPEP Report* (rapport du groupe d'experts sur la formation professionnelle générale des médecins et la préparation au collège de médecine), Washington, DC, du même auteur, 1984.
- 49 V. R. Neufeld, R. F. Maudsley, R. J. Pickering et coll., « Educating Future Physicians for Ontario », *Academic Medicine*, vol. 73 (novembre 1998), p. 1133-1148.
- 50 Communication personnelle avec le Dr Ian Bowmer, doyen sortant, Memorial University of Newfoundland, août 2004.
- 51 Association médicale canadienne, *Principles for a Reentry System in Canadian Postgraduate Medical Education*, Ottawa, du même auteur, février 2000.
- 52 Association canadienne des internes et des résidents, *Return of Service Discussion Paper*, Ottawa, juin 2001.
- 53 Commission de restructuration des services de santé, *Better Hospitals, Better Health Care for the Future: Summary Report on Hospital Restructuring* (en ligne), Gouvernement de l'Ontario, avril 1999. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:<http://www.health.gov.on.ca/hsrc/bettere/home.html>>.
- 54 Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé, « The Changing Face of Regionalization in Canada: Recent Changes and What to Watch for », *CCARH Newsletter*, septembre 2003.
- 55 J. Lomas, J. Woods et G. Veenstra, « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: I. An Introduction to the Issues », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, n° 3 (1er février 1997), p. 371-377.
- 56 Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada 2003*, Ottawa, ICIS, 2003, p. 11.
- 57 Le Collège des médecins de famille du Canada, *Family Physicians Caring for Hospital Inpatients. A Discussion Paper Prepared by The College of Family Physicians of Canada*, octobre 2003.
- 58 Communication personnelle avec le Dr Calvin Gutkin, directeur exécutif et président-directeur général, Le Collège des médecins de famille du Canada, janvier 2004.
- 59 Le Collège des médecins de famille du Canada, *Disappointing Numbers of Students Choosing Family Medicine: February 2003 Canadian Resident Matching Service (CaRMS) Results* (communiqué en ligne), dernière mise à jour le 27 mai 2003. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/news%20releases/2003%20carms/default.asp?s=1>>.

- 60 Institut canadien d'information sur la santé, *Canada's Health Care Providers*, Ottawa, ICIS, 2001.
- 61 Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, *A Report on the Nursing Strategy for Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2003. Catalogue n° H39-554/2003E.
- 62 Le Collège des médecins de famille du Canada, Société de la médecine rurale du Canada et La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Training for Rural Family Practitioners in Advanced Maternity Skills and Cesarean Section* (énoncé de principes conjoint de 1997 en ligne), dernière mise à jour le 1^{er} mai 2003. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/maternity/joint%20position%20paper/default.asp?s=1>>.
- 63 Société de la médecine rurale du Canada, Le Collège des médecins de famille du Canada et Société canadienne des anesthésiologistes, *Joint Position Paper on Training for Rural Family Physicians in Anesthesia*, 19 mars 2001.
- 64 S. Adilman, B. Chakraborty, D. Maberley et coll., « A Model for Community-Based Medical Training and Research in the Inner City: An example From Vancouver », (résumé poster pour la Première conférence internationale sur la santé dans les zones urbaines, Toronto, Canada, du 3 au 6 octobre 2002), *Journal of Urban Health*, vol. 79, suppl. 1 (1^{er} décembre 2002).
- 65 Association médicale canadienne, *The Development of a Multi-Stakeholder Framework/Index of Evaluation*, Ottawa, du même auteur, février 2003.
- 66 L. Tyrell et D. Dauphinee, *Task Force on Physician Supply in Canada*, Groupe de travail Un du Forum médical canadien, 22 novembre 1999.
- 67 D. Craig, R. Byrick et F. Carli, « A Physician Workforce Planning Model Applied to Canadian Anesthesiology: Planning the Future Supply of Anesthesiologists », *Canadian Journal of Anesthesia*, vol. 49, n° 7 (août et septembre 2002), p. 671-677.
- 68 A. G. Walker, « Psychiatrist Shortages a Problem in Atlantic Region », *Medical Post*, vol. 36, n° 28 (23 août 2000).
- 69 N. el-Guebaly, E. Kingstone, Q. Rae-Grant et coll., « The Geographical Distribution of Psychiatrists in Canada: Unmet Needs and Remedial Strategies », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 3 (avril 1993), p. 212-216.
- 70 J. D. Birkmeyer, T. A. Stukel, A. E. Siewers et coll., « Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States », *The New England Journal of Medicine*, vol. 349, n° 22 (27 novembre 2003), p. 2117-2127.
- 71 J. B. Dimick, J. A. Cowan Jr, J. C. Stanley et coll., « Surgeon Specialty and Provider Volumes Are Related to Outcome of Intact Abdominal Aortic Aneurysm Repair in the United States », *Journal of Vascular Surgery*, vol. 38, n° 4 (octobre 2003), p. 739-744.
- 72 G. P. Samsa, D. B. Matchar, L. B. Goldstein et coll., « Quality of Anticoagulation Management Among Patients With Atrial Fibrillation: Results of a Review of Medical Records From Two Communities », *Archives of Internal Medicine*, vol. 160 (avril 2000), p. 967-973.
- 73 R. Upshur, C. Papoushek, D. Macdonald et coll., « Short Report: Managing Anticoagulation. Comparison of Results at Three Primary Care Centres », *Canadian Family Physician*, vol. 49 (février 2003), p. 181-184.
- 74 S. A. Schroeder, « How Many Hours Is Enough: An Old Profession Meets a New Generation », *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, n° 10 (18 mai 2004), p. 838-839.
- 75 Initiative sur la santé de la population canadienne (de l'Institut canadien d'information sur la santé), *Improving the Health of Canadians*, Ottawa, ICIS, 2004.
- 76 Société de la médecine rurale du Canada, site Web. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:<http://www.srpc.ca>>.
- 77 Statistique Canada, « The Health of Rural Canadians: A Rural-Urban Comparison of Health Indicators », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, vol. 4, n° 6 (octobre 2003). Catalogue n° 21-006-XIE.
- 78 Santé Canada, *A Second Diagnostic on the First Nation and Inuit People of Canada*, Ottawa, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, novembre 1999.
- 79 Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, « Farm Family Health », vol. 7, n° 1 (printemps 1999).
- 80 Comité consultatif ministériel sur la santé rurale, *Rural Health in Rural Hands: Strategic Directions for Rural Remote, Northern and Aboriginal Communities* (en ligne), novembre 2002. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/rural_health/rural_hands.pdf>.
- 81 M. Gulens, « FP Survey: Stiff Upper Lip Is FP Battle Cry—Family Physicians Frustrated That Patients Seem Unaware of All They Do », *Medical Post*, vol. 39, n° 44 (2 décembre 2003).
- 82 Ontario Medical Association, *I in 6 Doctors: "I Am Seriously Considering Leaving the Province of Ontario:" Ontario Physicians Rank Long Wait Times, Under-Funding of the System, and Access to Hospital Services as Immediate Priorities* (communiqué en ligne), le 27 janvier 2004. Consulté le 10 août 2004. Internet : <URL:<http://www.oma.org/pcomm/pressrel/pr040127.htm>>.
- 83 L. Gagnon, « Stats Can: 14% of Canadians Have No Family Doctor », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, n° 2 (20 juillet 2004).
- 84 Institut canadien d'information sur la santé, *National Grouping System Categories Report, Canada, 2001–2002*, Ottawa, ICIS, 2004.

