



2001

Les médecins en exercice au Canada de 1989-1990 à 1998-1999

Main-d'oeuvre et charge de travail
selon les profils de facturation
pour les services médicaux



Institut canadien
d'information sur la santé

**Les médecins en exercice
au Canada
de 1989-1990 à 1998-1999**

**Main-d'œuvre et charge de travail selon les profils
de facturation pour les services médicaux**

Tous droits réservés.

Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite ou diffusée sous quelque forme que ce soit, ou quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies, les enregistrements ou tout système de stockage d'information et de recherche documentaire présent, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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

ISBN 1-894766-27-X

© 2001 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is available in English under the title
"The Practicing Physician Community in Canada, 1989/90 to 1998/99
Workforce and Workload as Gleaned Through Billing Profiles for Physician Services"
ISBN: 1-894766-26-1

Les médecins en exercice au Canada, de 1989-1990 à 1998-1999

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Sommaire..... | I |
| Points saillants..... | iii |
| Remerciements | V |
| Introduction..... | 1 |
| Relations entre la BDNM et la BDMS | 3 |
| Effets d'autres modes de paiements sur les estimations du nombre de médecins et la charge de travail | 5 |
| Nombre de médecins | 6 |
| Équivalents à temps plein | 7 |
| Base de données nationale sur les médecins et bases de données médicales southam | 8 |
| Médecins rémunérés à l'acte au Canada..... | 9 |
| Changement dans la répartition et la démographie chez les médecins facturant à l'acte..... | 13 |
| Combinaison des spécialités | 13 |
| Sexe | 13 |
| Répartition des groupes de spécialité entre les sexes | 14 |
| Endroit d'obtention d'un diplôme | 14 |
| Âge | 15 |
| Taille des collectivités..... | 18 |
| Répartition géographique..... | 20 |
| Indicateurs de la charge de travail | 22 |
| Nombre d'habitants par médecin..... | 22 |
| Analyse des médecins facturant à l'acte par points de repère..... | 23 |
| Coefficients d'activité | 25 |
| Grande spécialité | 25 |
| Province | 27 |
| Sexe | 29 |
| Âge | 29 |
| Endroit d'obtention du diplôme..... | 31 |
| Taille de la collectivité..... | 33 |
| Bibliographie..... | 37 |

Sommaire

Le présent rapport « Les médecins en exercice au Canada — Main-d'œuvre et charge de travail selon les profils de facturation pour les services médicaux » est axé sur les médecins qui œuvrent en médecine clinique et facturent des honoraires à l'acte. Il ne présente pas de dénombrement des effectifs médicaux, sans égard à leurs activités, qui sont autorisés à exercer au Canada. Par conséquent, la situation devrait permettre de tenir un dialogue actualisé sur le nombre approprié de médecins qui devraient être disponibles pour répondre aux besoins en services cliniques, sur l'accès rapide aux services requis, sur les périodes d'attente, et ainsi de suite. L'enjeu relatif au débat sur la main-d'œuvre médicale existante devrait porter sur le nombre approprié de médecins nécessaire pour répondre aux besoins cliniques et ne devrait pas être articulé autour d'un nombre hypothétique de médecins étant donné que la responsabilité de nombreux médecins déborde du cadre des soins cliniques : administration, enseignement, recherche et autres activités. On compte de nombreux facteurs qui influencent la charge de travail des médecins, le déroulement du travail et la production, dont le sexe, l'âge, le domaine de spécialité, la taille de la collectivité, l'endroit d'obtention du diplôme, les demandes cliniques, le nombre de médecins ainsi que les aspects d'ordre personnel. Il faut comprendre comment la somme de ces facteurs joue un rôle dans une main-d'œuvre médicale efficace.

Il existe plusieurs méthodes qui tentent d'évaluer l'efficacité de la main-d'œuvre médicale. Au nombre des exemples qui permettent d'obtenir une estimation d'un nombre efficace de médecins, mentionnons le calcul des équivalents à temps plein, soit les médecins qui facturent un montant supérieur à un certain seuil ou à une fréquence raisonnable. De façon manifeste, il peut y avoir à tout moment donné jusqu'à 15 à 20 % des médecins facturant à l'acte qui n'offrent pas de services cliniques, soit de façon temporaire ou permanente, même s'ils facturent leurs honoraires à d'autres moments. À moins que l'on tienne compte de ces renseignements connus dans toute discussion visant à prévoir le nombre de futurs médecins dont le Canada a besoin ou le nombre de médecins qu'il doit former, recruter, etc., les prévisions peuvent manquer de précision.

Le nombre de médecins facturant à l'acte par habitant diminue depuis que l'on a atteint un sommet en 1993-1994 et la charge de travail moyenne semble progresser. En règle générale, lorsque le nombre de médecins augmente, la charge de travail diminue et, inversement, la charge de travail tend à augmenter lorsque le nombre de médecins par habitant diminue. Même si ces tendances peuvent expliquer en partie la progression de la charge de travail entre les médecins de premier recours et les chirurgiens spécialisés, la tendance qui se rapporte aux spécialités médicales porte à croire que la demande de services peut également progresser dans le secteur des soins de santé, d'où une charge de travail accrue.

Au cours de la dernière décennie, on a remarqué un changement démographique dans le nombre de médecins facturant à l'acte. Les médecins vieillissent et la combinaison entre homme et femme change en raison d'un nombre croissant de femmes médecins dans la main-d'œuvre. Le pourcentage global des médecins qui facturent à l'acte et qui sont diplômés d'une école de médecine à l'extérieur du Canada diminue. Ce modèle peut toutefois changer à l'avenir compte tenu des changements dans les politiques relatives au recrutement et au permis d'exercer des écoles de médecine à l'échelle internationale. On note également une évolution du modèle de combinaison en ce qui a trait à la répartition selon la spécialité et l'endroit géographique. Le nombre de médecins facturant à l'acte dans les soins primaires et les spécialités chirurgicales a diminué tandis que le nombre de médecins spécialistes a augmenté.

On compte également une diminution du nombre de médecins dans les centres urbains, ou les régions métropolitaines de recensement (RMR), et une augmentation de leur nombre dans les plus petites agglomérations de recensement (AR) et les milieux ruraux.

Tous ces facteurs de stimulation auront des retombées sur la charge de travail et joueront un rôle dans l'atteinte d'un nombre de médecins suffisant.

- La charge de travail, soit le coefficient d'activité, est la plus élevée parmi les chirurgies spécialisées. Les chirurgies spécialisées sont composées en grande partie d'hommes médecins et à mesure que leur nombre diminue en raison de la retraite et du nombre décroissant de diplômés des écoles de médecine, la charge de travail des chirurgiens qui restent devrait augmenter.
- Le coefficient d'activité pour les femmes médecins est d'environ 80 % par rapport à celui de leurs confrères et il n'est pas difficile de prévoir les effets à mesure que le pourcentage des femmes dans les effectifs augmentera radicalement au cours de la prochaine décennie. Les effets seront plus grands dans des secteurs où on compte le plus grand pourcentage de femmes, comme en soins primaires.
- Le groupe d'âge dans lequel le niveau d'activité atteint un sommet est entre 50 et 59 ans, bien que le taux varie selon le sexe. En 1998-1999, 33 % des médecins facturant à l'acte étaient âgés entre 40 et 49 ans, soit la plus grande proportion de tout groupe d'âge. Au cours de la prochaine décennie, cette cohorte deviendra les 50-59 ans et on prévoit que leur charge de travail augmentera légèrement ou ne sera pas modifiée. À mesure que ce groupe vieillit et au moment d'atteindre 60-69 ans, on peut envisager une diminution de 10 à 15 % de leur activité et production. Cette diminution ne peut être totalement compensée par les médecins plus jeunes étant donné qu'il y a au moins 25 % moins de médecins sous la barre des 40 ans. De plus, un plus grand pourcentage des cohortes moins âgées représente des femmes et leur coefficient d'activité est moindre que celui de leurs confrères.
- On note un coefficient d'activité plus élevé chez les diplômés des écoles de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord, dont le nombre diminue tous les ans. Si on devait les remplacer, à leur retraite, par des diplômés d'écoles de médecine au Canada, il pourrait y avoir une baisse de 10 % d'activité et de production.
- Les effets de la diminution du nombre de diplômés d'écoles de médecine non canadiennes seront plus importants dans les collectivités en milieu rural qui comptent de façon traditionnelle sur ces diplômés pour répondre à leurs besoins cliniques.

Le présent rapport ne tient pas compte des activités des médecins qui sont rémunérés au moyen d'autres modes de paiement. Bien que leur nombre soit relativement peu élevé, ce groupe croissant pourrait ne pas tarder à avoir des effets sur le nombre de médecins rémunérés à l'acte déclaré dans la BDNM. À mesure que le système de santé change et diffère des habitudes jusqu'à ce jour, le fait de dresser des prévisions peut être quelque peu risqué mais, néanmoins, les tendances et faits actuels peuvent servir aux décideurs pour établir leur prochain parcours.

Points saillants

- Les médecins ne sont pas tous disponibles à « temps plein » au cours de l'année, c'est-à-dire qu'ils ne facturent pas pour tous les trimestres. On estime que 15 à 20 % des médecins facturant les régimes provinciaux d'assurance-maladie ne sont pas rémunérés à l'acte pendant au moins trois mois au cours d'une partie de la période financière. Cette situation est plus fréquente chez les femmes médecins et les médecins exerçant en milieu rural comptant une population inférieure à 10 000 habitants.
- Entre 1993-1994 et 1998-1999, le nombre de médecins rémunérés à l'acte par habitant a diminué de 4,4 %. Plus précisément, on comptait 7,8 % moins de médecins de premier recours et 1,3 % moins de spécialistes.
- On note un changement dans la répartition des médecins entre les trois grandes catégories de spécialités. Entre 1989-1990 et 1998-1999, le pourcentage des médecins de premier recours est passé de 57,2 % à 55,1 % et de 15,8 % à 15 % pour les chirurgiens spécialistes. Le pourcentage de médecins spécialistes a augmenté, passant de 27 % à 29,9 %.
- Depuis 1989-1990, la proportion des femmes a augmenté progressivement et en 1998-1999, elles représentaient 26,7 % de la main-d'œuvre. Même si la proportion des femmes dans les trois grandes spécialités a augmenté progressivement depuis 1989-1990, le pourcentage est plus élevé chez les médecins de premier recours (31,4 %), sensiblement moindre chez les médecins spécialistes (25,1%) et leur nombre est le moins élevé chez les chirurgiens spécialistes (12,6%) pour 1998-1999.
- Au cours de la dernière décennie, la proportion des médecins facturant à l'acte qui étaient diplômés d'écoles de médecine canadiennes a progressé. En 1998-1999, 80 % des femmes médecins et 70 % des hommes médecins étaient des diplômés canadiens.
- Les médecins facturant à l'acte vieillissent. En 1998-1999, on comptait plus de médecins facturant à l'acte chez les 40-49 ans (33 %) et moins chez les 30-39 ans (25 %); il s'agit d'un revirement par rapport à il y a une décennie.
- Plus de femmes font partie des groupes plus jeunes. En 1998-1999, 56 % des médecins âgés de moins de 30 ans étaient des femmes. Chez les 30-39 ans et les 40-49 ans, les femmes comptaient pour 42 % et 31 % des effectifs médicaux respectivement.
- La répartition des médecins selon la taille de la collectivité a également fait l'objet de changements. Entre 1993-1994 et 1998-1999, le nombre de médecins facturant à l'acte dans les agglomérations de recensement (AC) (collectivités comptant entre 10 000 et 100 000 habitants) et les régions rurales (comptant moins de 10 000 habitants) a augmenté de 1 % et de 0,9 % respectivement. Or, dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) (comptant plus de 100 000 habitants), le nombre de médecins a diminué de 0,6 % depuis que l'on a atteint un sommet en 1995-1996. C'est le cas tant pour les hommes que les femmes médecins.

- Environ 15 % des femmes et 18 % des hommes facturant à l'acte étaient des prestataires de premier recours, 5 %, des chirurgiens spécialistes, 3 %, des médecins spécialistes en milieu rural.
- Vingt-trois pour cent des diplômés d'écoles de médecine ne provenant pas de l'Amérique du Nord exercent en soins primaires en milieu rural par rapport à 16,7 % des diplômés des écoles de médecine du Canada. Depuis 1995-1996, le pourcentage a progressé pour les diplômés d'écoles américaines (É.-U.) et ne provenant pas de l'Amérique du Nord et on note une hausse importante en 1998-1999. Pour les soins primaires, les collectivités en milieu rural comptent plus sur des diplômés d'écoles à l'extérieur de l'Amérique du Nord, soit 23 % par rapport à 18 et à 17 % dans les AR et les RMR, respectivement.
- La charge de travail, ou le coefficient d'activité des médecins, a augmenté depuis 1993-1994 dans chacune des trois grandes catégories de spécialité : soins primaires, spécialités médicales et chirurgicales. La diminution du nombre de médecins par habitant peut expliquer en partie cette situation dans le cas des soins primaires et des spécialités chirurgicales, mais dans les spécialités médicales, l'augmentation de la charge de travail s'explique vraisemblablement par une demande accrue de services. La charge de travail était la plus lourde dans les spécialités chirurgicales, suivie des spécialités médicales et des soins primaires.
- Entre 1993-1994 et 1998-1999, l'Ontario, l'Alberta et le Québec ont affiché les plus importantes augmentations dans la charge de travail en soins primaires.
- Le coefficient d'activité des femmes médecins facturant à l'acte correspondait à environ 75 à 80 % de celui de leurs confrères et varie selon l'âge. L'écart entre les sexes est plus élevé pendant les années de plus grande activité et diminue au début et à la fin de la carrière des médecins.
- Entre 1989-1990 et 1998-1999, les coefficients d'activité ont augmenté pour tous les groupes d'âge tant pour les hommes que les femmes médecins.
- Les coefficients d'activité varient également selon la taille de la collectivité et le type de pratique. En soins primaires, les coefficients d'activité étaient supérieurs dans les AR et les milieux ruraux, mais la plus importante progression dans les coefficients d'activité depuis 1997-1998 a eu lieu dans les RMR. Quant aux spécialités médicales, le coefficient était le plus élevé dans les AR, elles sont suivies des RMR tandis que les milieux ruraux ont connu la plus forte progression. Dans le cas des spécialités chirurgicales, les coefficients d'activité les plus élevés ont été observés dans les AR et les RMR qui ont également enregistré les plus importantes augmentations. Les augmentations des coefficients d'activité dans les RMR, les AR et les collectivités en milieu rural sont plus importantes chez les femmes médecins.

Remerciements

Le présent rapport a été préparé par le D^r Mamuro Watanabe pour le compte de l'Institut canadien d'information sur la santé. Sa réflexion et ses efforts consacrés à la rédaction de ce rapport sont dignes de mention. Le D^r Watanabe a été appuyé par l'équipe de la BDNM de l'ICIS, y compris Marc Lalonde, Robert Kyte et Sarah Gregory.

L'ICIS aimerait également remercier les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour leur appui constant dans la présentation de données à l'ICIS qui ont servi à la Base de données nationale sur les médecins. De plus, il désire témoigner toute sa gratitude aux membres du groupe de spécialistes des bases de données sur les médecins de l'ICIS pour avoir revu et fourni des commentaires. Voici les membres du groupe de spécialistes :

- Barry Stanley, Newfoundland Department of Health and Community Services
- Johanne Irwin, Health and Social Services Prince Edward Island
- Bonnie Bourdreau, ministère de la Santé et des Services communautaires, Nouveau-Brunswick
- Mike Joyce, Nova Scotia Department of Health
- Julian Young, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Harold Côté, ministère de la Santé et des Services sociaux
- Murray Werbeniuk, ministère de la Santé du Manitoba
- Carmelle Mondor, Saskatchewan Department of Health
- Shaun Malo, Alberta Health and Wellness
- Mei Wong, British Columbia Ministry of Health
- Sherri Wright, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
- Lynda Buske, Association médicale canadienne
- D^r Ben Chan, Institut de recherche en services de santé
- Steve Slade, Collège des médecins de famille du Canada
- Danielle Fréchette, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- D^r Jean Parboosingh, Santé Canada

Introduction

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) s'occupe de deux bases de données sur les médecins, soit la Base de données médicales Southam (BDMS) qui renferme des données portant sur la démographie, l'exercice et la migration, issues de Southam Communications ainsi que la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) qui contient des données sur la démographie, l'exercice et l'utilisation des services provenant des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Bien que la BDNM renferme des données actuelles sur les médecins qui facturent à l'acte, les phases de développement subséquentes permettront de saisir des données sur les médecins remboursés au moyen d'ententes ne portant pas sur la facturation à l'acte et sur les médecins n'exerçant pas dans un milieu clinique.

L'ICIS publie divers rapports à partir de ces deux bases de données, qui permettent un suivi longitudinal des médecins et une étude des tendances au fil du temps — à l'échelle nationale, provinciale, selon la spécialité ou le nombre de caractéristiques particulières, dont l'âge, le sexe, l'école médicale ayant délivré le diplôme, etc. Chaque base de données présente une différente perspective ou orientation servant à des fins précises ou à répondre à des questions particulières, mais aucune base de données ne comble tous les objectifs et, bien souvent, il faut recourir à une combinaison de deux ou trois bases de données ou à un lien entre elles, y compris les bases de données qui sont externes à l'ICIS, pour éclairer les questions à l'étude.

On peut calculer le nombre de médecins selon diverses méthodes à l'aide de la BDNM :

- Le total de médecins facturant à l'acte : un sous-ensemble de praticiens qui facturent un régime provincial d'assurance-maladie d'après la formule de rémunération à l'acte
- Les médecins qui facturent au-delà d'un seuil tel que 50 000 \$
- Les médecins comptant un ÉTP ou plus : les médecins qui se situent au 40^e percentile ou plus dans leur pratique de facturation
- Les médecins qui facturent au moins une fois chaque trimestre

Ces trois dernières catégories peuvent être interprétées comme correspondant aux médecins qui exercent à temps plein et peuvent exclure les médecins qui exercent de façon partielle.

La BDNM calcule également le total des équivalents à temps plein (ÉTP) selon les profils de facturation et ce nombre englobe ceux faisant partie de la catégorie de facturation inférieure. D'après les chiffres sur les ÉTP et la facturation à l'acte, on peut produire un rapport ÉTP/facturation à l'acte, correspondant au coefficient d'activité, pour évaluer la charge de travail moyenne des médecins.

Outre les médecins facturant à l'acte, il y a les autres médecins. On compte certains médecins actifs sur le plan clinique qui reçoivent un salaire ou un traitement selon un autre régime de remboursement. Enfin, on compte les médecins qui n'exercent pas en milieu clinique, mais œuvrent en recherche, en enseignement et/ou en administration ou dans un secteur privé. La présente étude de la main-d'œuvre porte principalement sur le nombre de médecins nécessaire pour suffire à la demande, mais il faudrait également se pencher sur les besoins dans d'autres secteurs appropriés d'activités médicales.

Le présent rapport vise en général à examiner les caractéristiques de la démographie et de l'exercice des médecins qui facturent à l'acte et à étudier en particulier les changements des niveaux d'activités des médecins entre 1989-1990 et 1998-1999.

Ce rapport dresse tout d'abord une description d'ordre général de la BDNM et de la BDMS ainsi qu'une comparaison des données sur le nombre total de médecins qui exercent activement selon le genre de discipline/spécialité dont les données sont issues de ces deux bases de données afin de s'assurer que l'information provenant de la BDNM, compte tenu que celle-ci ne porte que sur la facturation à l'acte, soit représentative de l'ensemble des effectifs médicaux en général. On présente ensuite une description du statut des médecins ayant recours à d'autres modes de paiement, leur nombre ainsi que les dépenses s'y rattachant.

La prochaine section examine les changements démographiques et professionnels des médecins rémunérés à l'acte dont les données proviennent de la BDNM. La dernière section, quant à elle, décrit les divers indicateurs de la charge de travail d'après les grandes catégories de spécialité, la province, le sexe, l'âge, l'endroit d'obtention du diplôme et la taille de la collectivité.

Relations entre la BDNM et la BDMS

Il faut comprendre les chiffres issus des différentes bases de données pour cerner les différents objectifs et méthodologies utilisés dans les calculs. Il importe de signaler, toutefois, que les chiffres ne peuvent pas faire l'objet d'une comparaison intégrale, car la BDMS consigne les médecins au 31 décembre de chaque année tandis que la BDNM présente les médecins qui facturent des services à l'acte au cours d'une période de 12 mois. Les données les plus récentes de la BDNM s'échelonnent d'avril 1998 à mars 1999 tandis que les dernières données de la BDMS remontent à décembre 1999, alors il faut noter que tout récent changement relevé par la BDMS ne peut être reflété par la BDNM qu'au cours de la prochaine année de déclaration. La BDNM classe les médecins d'après la spécialité présentée par la province dans laquelle le médecin offre la plupart de ses services tandis que la BDMS classe les médecins selon le dernier certificat délivré. D'après les sous-groupes, le nombre de médecins peut varier, alors il faut comprendre comment les chiffres sont calculés et ce qu'ils représentent si on veut les interpréter à des fins de planification.

Le nombre total de médecins consigné par la BDMS englobe les spécialistes en radiodiagnostic, les radiothérapeutes et les médecins de laboratoire. N'ayant pas d'entente sur la facturation à l'acte, ils ne sont pas compris dans les calculs de la BDNM. De plus, la BDMS désigne les professionnels de la santé publique, de la médecine du travail et de la médecine d'urgence comme étant des médecins spécialistes tandis que dans la BDNM, on les désigne comme des non-spécialistes étant donné qu'il existe des écarts provinciaux dans le classement de ce groupe de médecins. Si la BDMS est rajustée pour combler ces différences, on note une remarquable concordance entre les chiffres présentés par la BDMS et la BDNM (tableau 1).

Tableau 1. Comparaison des bases de données

| Nombre de médecins | BDMS* | BDNM - Facturation à l'acte | Tous les trimestres |
|---|--------|-----------------------------|---------------------|
| | 1998 | 1998-1999 | 1998-1999 |
| Soins primaires | 29 264 | 27 660 | 23 575 |
| Spécialités médicales | 15 303 | 15 016 | 13 095 |
| Spécialités chirurgicales | 7 735 | 7 551 | 6 582 |
| Tous les médecins | 52 302 | 50 227 | 43 252 |
| Indexé à la BDMS | | | |
| Soins primaires | 1,00 | 0,95 | 0,81 |
| Spécialités médicales | 1,00 | 0,98 | 0,86 |
| Spécialités chirurgicales | 1,00 | 0,98 | 0,85 |
| Tous les médecins | 1,00 | 0,96 | 0,83 |
| Indexé à la BDNM - Facturation à l'acte | | | |
| Soins primaires | | 1,00 | 0,85 |
| Spécialités médicales | | 1,00 | 0,87 |
| Spécialités chirurgicales | | 1,00 | 0,87 |
| Tous les médecins | | 1,00 | 0,86 |
| Source : ICIS | | | |
| *Rajusté pour les médecins non compris dans la BDNM | | | |

La BDNM présente le nombre de médecins qui reçoivent des paiements au moins une fois par trimestre, sauf pour les médecins qui n'exerçaient pas à « temps plein » au cours de la période de 12 mois. Les chiffres correspondant à « au moins une fois par trimestre » sont inférieurs à ceux déclarés pour les médecins rémunérés à l'acte par la BDNM et la BDMS. Les données comparatives suggèrent qu'il y a de 14 à 17 % des médecins qui exercent à « temps partiel » au cours de l'année, les pourcentages étant plus élevés en soins primaires (tableau 1). Pour déterminer s'il existe des différences entre les hommes et femmes, les emplacements géographiques et les spécialités qui sont le plus susceptibles de susciter des activités médicales à « temps partiel », on a comparé le nombre d'hommes et de femmes médecins selon la taille de la collectivité. Statistique Canada définit les agglomérations de recensement (AC) et les

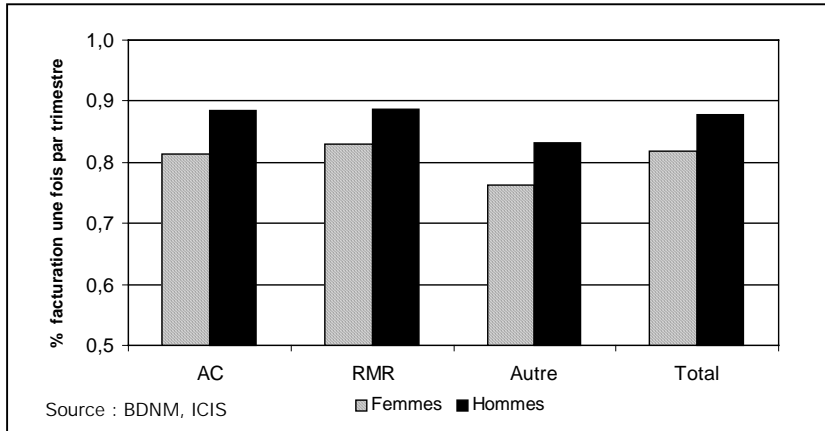


Figure 1. Proportion des médecins facturant au moins une fois par trimestre selon le sex, Canada, 1998-1999

régions métropolitaines de recensement (RMR) comme étant les zones du marché du travail des noyaux urbanisés. Les RMR comptent des populations supérieures à 100 000 habitants et on dénombre entre 10 000 et 100 000 habitants dans les AR. Les zones désignées comme étant les « autres » ne sont pas des AR ni des RMR; il s'agit plutôt de collectivités en milieu rural dont le nombre d'habitants est inférieur à 10 000.

Les femmes médecins et les médecins qui vivent dans des collectivités comptant moins de 10 000 habitants sont moins susceptibles de facturer chaque trimestre (figure 1). C'est le cas pour les prestataires de premier recours ainsi que les médecins et chirurgiens spécialistes. En milieu rural, on note, en 1998-1999, des écarts de 20 % ou plus pour les femmes médecins de premier recours, les hommes et femmes médecins et chirurgiens spécialistes qui facturent à l'acte et ceux qui facturent par trimestre.

Effets d'autres modes de paiements sur les estimations du nombre de médecins et la charge de travail

Les estimations sur le nombre de médecins, les équivalents à temps plein et les coefficients d'activité issues de la BDNM reposent sur les données sur les médecins qui exercent en milieu clinique et facturent à l'acte. Au cours des années 1990, on observe une tendance importante vers l'utilisation d'autres modes de paiement dans certaines provinces. Les autres modes de paiement ne sont pas consignés de façon systématique dans les bases de données administratives de la plupart des provinces, d'où leur absence de la BDNM. Le passage de la rémunération à l'acte à d'autres modes de paiement par les médecins a eu des incidences sur l'analyse des tendances présentée dans cet ouvrage, en particulier en ce qui a trait aux indicateurs sur les ÉTP. Cette section dresse des estimations globales des médecins et des ÉTP qui ont recours à d'autres modes de paiement. Elle vise à approfondir les secteurs où une analyse des activités médicales rémunérées à l'acte peut sous-estimer le nombre approprié de médecins ou les taux de croissance.

L'ICIS a mis au point des estimations sur les autres modes de paiement pour 1995-1996 et 1999-2000 (les dernières estimations sont considérées comme étant les plus fiables). Le taux des provinces varie en ce qui concerne le pourcentage de la rémunération en milieu clinique présenté au moyen d'autres modes de paiement (figure 2). En 1999-2000, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont enregistré les pourcentages de paiement les plus élevés par d'autres modes de paiement, soit de 20 à 30 %. On a observé les pourcentages les moins élevés en Alberta et en Ontario.

À l'échelle nationale, les analyses de l'ICIS indiquent que plus de 20 % des médecins participent à des régimes

d'autres modes de paiement; la plupart facturent également à l'acte. Un plus faible pourcentage, estimé à 7,8 % dans les neuf provinces, sauf en Ontario, reçoit des paiements en tout ou en majorité pour les soins cliniques par d'autres modes de paiement (des estimations ne sont pas encore fiables pour l'Ontario). Les indicateurs sur le nombre de médecins et la charge de travail peuvent être touchés par deux différents régimes complémentaires :

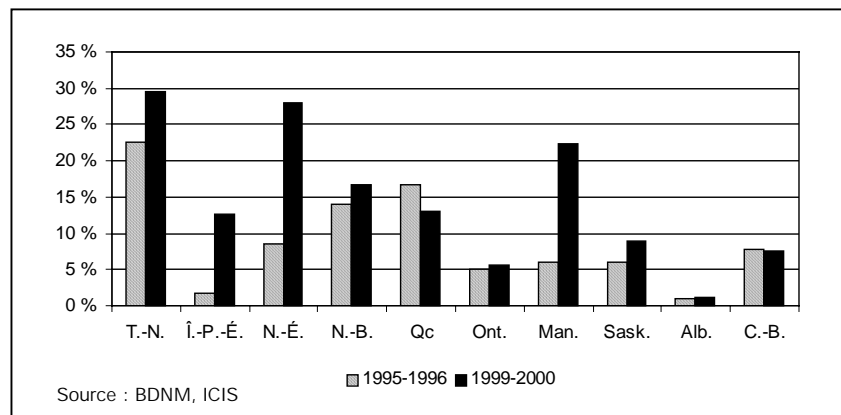


Figure 2. Autres modes de paiement en tant que pourcentage des paiements des activités cliniques par province, 1995-1996 et 1999-2000

- Les médecins qui exercent seulement en ayant recours à d'autres modes de paiement ne seraient pas compris dans le calcul des médecins offrant des soins cliniques présenté par la BDNM. Bon nombre de ces médecins feraient partie des salariés (p. ex. un nombre de médecins en milieu rural à Terre-Neuve et dans des régions ne recevant pas suffisamment de services des provinces des Prairies; les psychiatres salariés dans certaines provinces). D'autres exerceraient dans des centres médicaux universitaires qui sont financés par des budgets annuels (financement global) en particulier en Ontario et en Nouvelle-Écosse.

- Les médecins qui facturent à l'acte et reçoivent d'autres modes de paiement seraient inclus dans le calcul des médecins de la BDNM, mais les activités rémunérées au moyen d'autres modes de paiement ne seraient pas compris dans le compte des ÉTP. On obtiendrait ainsi des estimations inférieures pour les coefficients des médecins ÉTP et les coefficients d'activité par rapport aux niveaux réels si toutes les activités cliniques étaient prises en compte. Les ÉTP non calculés auront tendance aussi à créer l'impression d'un nombre réduit d'ÉTP ou des taux de croissance moindres dans les provinces qui ont augmenté le pourcentage de la rémunération clinique au moyen d'autres modes de paiement.

Nombre de médecins

La figure 3 présente le pourcentage de médecins dans chaque province que l'on considère comme ayant recours à d'autres modes de paiement dans le cadre de la plupart de leurs activités cliniques. Ce pourcentage serait une indication du dénombrement possiblement

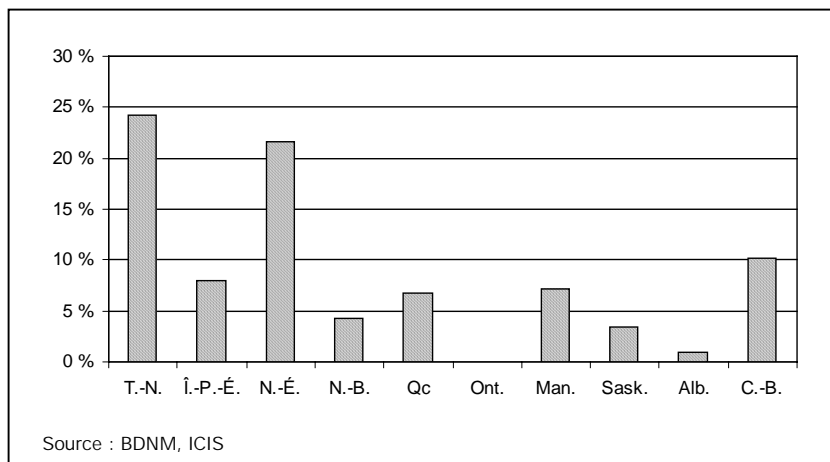


Figure 3. Pourcentage des médecins en milieu clinique utilisant principalement un autre mode de financement par province, 1999-2000

incomplet des médecins facturant à l'acte dans la BDNM même si la concordance ne serait pas précise, car certains médecins auraient facturé à l'occasion à l'acte. Les données sont fondées sur l'exercice 1999-2000, un an après la dernière année visée par le calcul des médecins de la BDNM dans la présente étude. Les pourcentages seraient plus appropriés lorsqu'ils sont jumelés au nombre de médecins qui est axé sur les médecins qui exercent en milieu clinique la

plupart du temps au cours de l'année, dont ceux qui facturent tous les quatre trimestres ou ceux qui excèdent les seuils de facturation. Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique sont les provinces les plus susceptibles d'afficher un dénombrement incomplet de médecins dans la BDNM, avec un taux de 10 % de médecins en Colombie-Britannique et de plus de 20 % de médecins à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse recevant une grande partie de leur paiement en fonction d'autres modes de paiement.

Équivalents à temps plein

Les médecins équivalents à temps plein ont fait l'objet d'une autre estimation en combinant les estimations des activités médicales rémunérées à l'acte aux estimations fondées sur les médecins et les sommes payées selon d'autres modes de rémunération. La méthodologie des ÉTP ne pouvait être reprise exactement, car les estimations fondées sur d'autres modes de paiement appliquées à chaque médecin n'étaient pas disponibles. On a utilisé plutôt des techniques d'estimation qui, selon toute vraisemblance, présenteraient des approximations valables des résultats de la

méthodologie d'ÉTP. La décision de compter les postes d'ÉTP financés ou les médecins recevant un salaire à temps plein dans des régions rurales éloignées comme étant un ÉTP, représente un changement encore plus important par rapport à la méthodologie d'ÉTP.

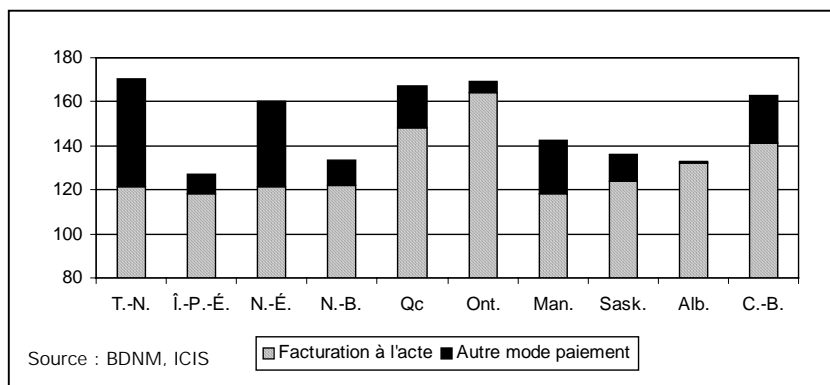


Figure 4. Total des ÉTP pour 100 000 habitants par province, 1999-2000

La figure 4 présente des estimations sur la

rémunération à l'acte et le total des ÉTP en milieu clinique pour 100 000 habitants. La répartition par province indique un différent modèle par rapport à la répartition des ÉTP rémunérés à l'acte. Les provinces de Terre-Neuve, de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse obtiennent les taux les plus élevés grâce à des chiffres semblables d'ÉTP pour 100 000 habitants lorsque la rémunération à l'acte et les autres modes de paiement sont pris en compte (l'écart entre le taux le moins élevé et le plus élevé de ces cinq provinces correspond à 10 médecins pour 100 000 habitants tandis que l'écart entre les trois ratios les plus élevés correspond à 3 médecins pour 100 000 habitants).

Dans les dix provinces, le nombre d'ÉTP pour 100 000 habitants augmente de 10,3 % lorsque l'on tient compte des estimations des ÉTP dans d'autres modes de rémunération¹.

¹ Pour ces estimations et les chiffres de la figure 4, on a utilisé des calculs révisés des ÉTP au moyen de points de repère indexés à l'exercice 1995-1996. Dans le document sur la main-d'œuvre, on a utilisé des estimations initiales avec des points de repère indexés à 1985-1986 afin d'obtenir une série dont le temps a été uniformisé au cours de toute la période incluse dans la présente analyse. Il y a eu 154 ÉTP rémunérés à l'acte pour 100 000 habitants dans les dix provinces au cours de la période de 1998-1999 qui ont été calculés au moyen de points de repère indexés à 1985-1986 et 148, au moyen de points de repère indexés à 1995-1996. Les chiffres de la figure 4 présentant des ÉTP rémunérés à l'acte proviennent des résultats sur les équivalents à temps plein de l'ICIS pour 1998-1999. Les ÉTP rémunérés par d'autres modes de paiement sont des estimations issues des données présentées par toutes les provinces, sauf pour l'Ontario. Pour cette province, les ÉTP rémunérés par d'autres modes de paiement sont des estimations des données présentées dans les Comptes publics.

Base de données nationale sur les médecins et Bases de données médicales Southam

La Base de données nationales sur les médecins (BDNM) renferme de l'information sur les caractéristiques démographiques et les activités médicales facturées à l'acte au Canada. Les données sur les réclamations des médecins facturant à l'acte sont soumises par les régimes provinciaux de soins médicaux à l'ICIS et servent à préparer divers indicateurs sur les niveaux d'activités des médecins, dont le total des paiements, des services, le paiement moyen par médecin et la mesure des médecins équivalents à temps plein (ÉTP). Même si l'on prévoit recueillir des données sur les médecins non rémunérés à l'acte (autres programmes de remboursement), l'ensemble actuel des données est limité aux médecins facturant à l'acte.

Les spécialités des médecins figurant dans la BDNM sont attribuées par les régimes de soins médicaux des provinces et groupées dans la BDNM par le recours à un équivalent national. S'il existe deux spécialités, soit celle acquise en dernier par la délivrance d'un certificat et celle correspondant au paiement par le régime, on utilise cette dernière aux fins de préparation du présent rapport.

Dans trois provinces, soit en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Colombie-Britannique, les données relatives aux spécialistes en santé publique sont consignées dans les chiffres concernant la médecine familiale. Pour toutes les provinces, les spécialistes ne possédant pas de permis et la médecine communautaire sont également groupés avec la médecine familiale, sauf en Ontario, où la médecine communautaire, la santé publique, la médecine du travail et la cardiologie infantile sont reçues comme étant des spécialités en médecine interne. La médecine interne englobe des sous-spécialités comme la cardiologie, la gastro-entérologie, l'hématologie, la rhumatologie, la génétique et l'oncologie médicale. La psychiatrie englobe la neuropsychiatrie. La neurologie englobe les spécialistes des EEG et la physiatry englobe les spécialistes en électromyographie. Les spécialistes comptant une double spécialité en ophtalmologie/oto-rhino-laryngologie sont compris avec les ophtalmologistes.

Aux fins de préparation du présent rapport, le nombre total de médecins facturant à l'acte au Canada englobe les médecins de premier recours et les spécialistes. Les prestataires de premier recours, tels qu'ils sont définis dans la BDNM, sont légèrement plus nombreux que les médecins de famille et les omnipraticiens réunis comme il est signalé dans la BDMS et on les appelle parfois les « non-spécialistes ». En raison d'un manque d'uniformité terminologique entre les provinces, les médecins exerçant en santé publique, en médecine du travail et en médecine d'urgence ne sont pas classés dans la catégorie des spécialités, mais plutôt avec les prestataires de premier recours dans la BDNM.

La Base de données médicales Southam (BDMS) calcule tous les médecins actifs au Canada, y compris ceux qui n'ont pas conclu d'entente sur la facturation à l'acte, dont ceux dans des postes salariés, ceux ayant un régime d'autre mode de prestation et ceux dont les principales responsabilités sont d'ordre administratif, sont effectuées dans un établissement universitaire ou dans le secteur privé. Par conséquent, la BDNM présente une perspective importante, car elle tient compte des activités des médecins qui offrent des services en santé, un secteur qui suscite une plus grande attention des décideurs, du public et des médias. En ce moment et dans un proche avenir, la question d'accès aux services de santé suscite une inquiétude commune, à savoir existe-t-il une main-d'œuvre médicale suffisante au Canada même si le manque de disponibilité des médecins peut avoir des effets sur d'autres secteurs également. Malgré son imperfection, la BDNM peut représenter le meilleur indicateur de la charge de travail des médecins et de la production disponible au Canada en ce moment.

La période financière allant du 1^{er} avril 1983 au 31 mars 1984 (1983-1984) correspond à la première période d'activités des médecins consignée par la BDNM. Le présent rapport va des périodes de déclaration annuelle s'échelonnant du 1^{er} avril 1998 au 31 mars 1999 (1998-1999), désignées dans les graphiques et tableaux comme étant 98-99.

Le total des médecins facturant à l'acte consigné dans cette publication tient compte des chiffres des dix provinces étant donné, qu'à ce moment-ci, les données des trois territoires ne sont pas présentées à l'ICIS. Aux fins de préparation du présent rapport, les études longitudinales visent la période allant de 1989-1990 à 1998-1999. Dans quelques cas, la période visée commence en 1983-1984 ou 1984-1985. Dans les analyses qui tiennent compte de la population, on a recours aux chiffres démographiques présentés par Statistique Canada au mois d'octobre de chaque année; en outre, pour la période de déclaration 1983-1984, on utilise la population consignée pour octobre 1983.

Médecins rémunérés à l'acte au Canada

Le nombre total de médecins rémunérés à l'acte dans les 10 provinces au Canada a augmenté progressivement : environ 39 400 médecins en 1984-1985 à un peu plus de 50 000 en 1993-1994 (figure 5). Entre 1994-1995 et 1998-1999, le nombre de médecins rémunérés à l'acte est demeuré relativement stable. L'augmentation du nombre de médecins est légèrement

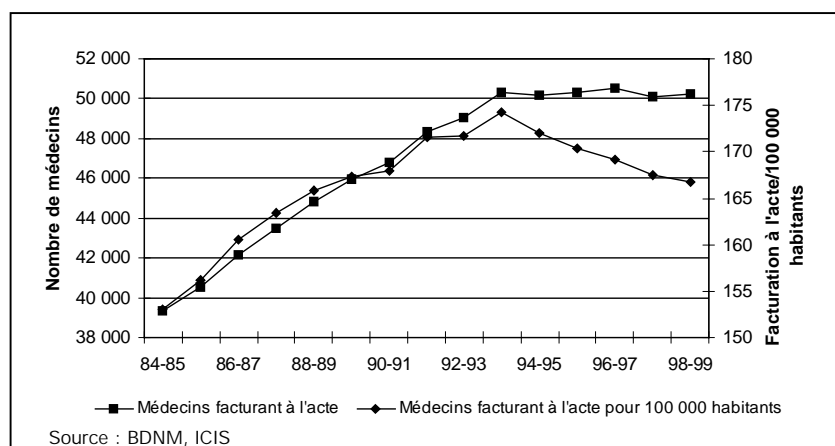


Figure 5. Nombre et total et nombre de médecins facturant à l'acte pour 100 000 habitants, tous les médecins, Canada, 1994-1995 à 1998-1999

supérieure à la croissance démographique de 1985-1986 à 1989-1990. La croissance démographique est supérieure, toutefois, après 1993-1994. Le nombre de médecins rémunérés à l'acte par habitant a chuté de 4,4 %, passant de son taux le plus élevé de 174,3 pour 100 000 habitants en 1993-1994 à 166,7 en 1998-1999. Le coefficient de 1998-1999 est similaire au coefficient atteint en 1989-1990.

Même si le nombre total de médecins rémunérés à l'acte est demeuré stable depuis 1994-1995 (figure 5), le nombre de prestataires de premier recours facturant à l'acte a continuellement diminué depuis le taux le plus élevé atteint en 1993-1994 et le nombre par habitant a chuté de 7,8 %, passant d'environ 99,6 pour 100 000 habitants à 91,8 en 1998-1999 (figure 6).

La situation diffère entre les spécialistes médicaux et les spécialistes chirurgicaux. Le nombre total de spécialistes chirurgicaux facturant à l'acte, qui comprend la chirurgie générale, la chirurgie thoracique et cardiovasculaire, la neurochirurgie, la chirurgie orthopédique, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la chirurgie plastique, l'urologie, l'obstétrique et la gynécologie, a progressé de 1985-1986 à 1995-1996, mais à un niveau moindre que la croissance démographique, d'où une diminution constante du nombre de chirurgiens facturant à

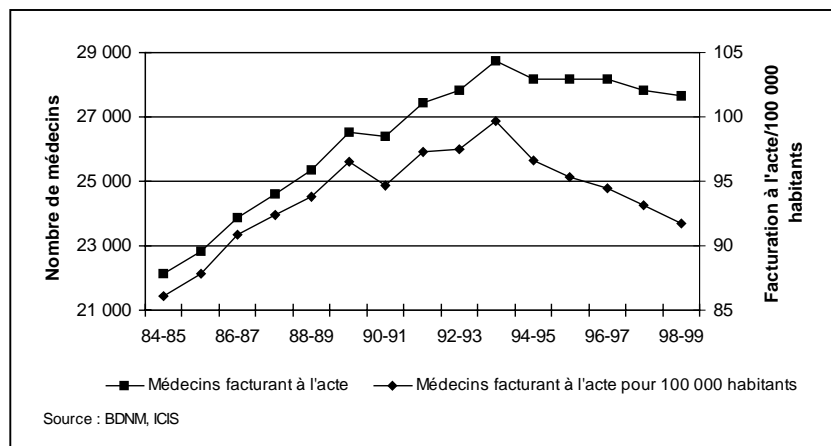


Figure 6. Nombre total et nombre de médecins facturant à l'acte par 100 000 habitants, médecins de premier recours, Canada, 1984-1985 à 1998-1999

l'acte par habitant de 1988-1989 à 1998-1999 (figure 7). Depuis 1995-1996, le nombre de chirurgiens facturant à l'acte a diminué et l'on note une légère progression au cours de la dernière période de déclaration. Le nombre de chirurgiens facturant à l'acte par habitant a diminué entre 1988-1989 et 1998-1999, passant de 27,1 à 25 pour 100 000 habitants, soit une diminution de 7,7 %.

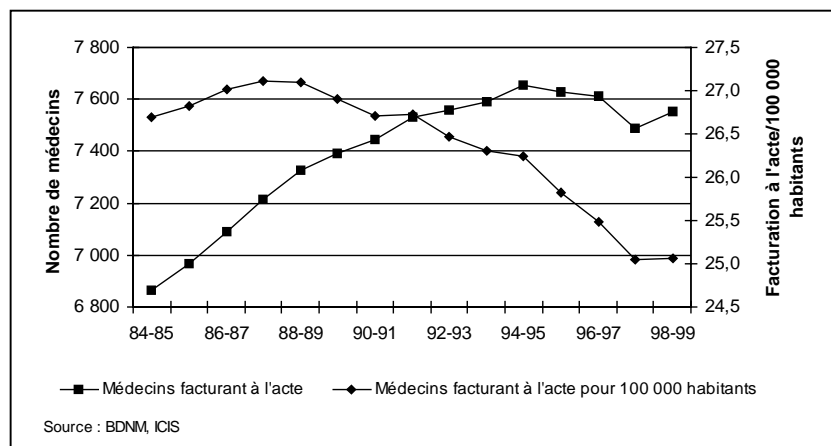


Figure 7. Nombre total et nombre de médecins facturant à l'acte par 100 000 habitants, spécialistes chirurgicales, Canada, 1984-1985 à 1998-1999

Le nombre total de médecins spécialistes facturant à l'acte, qui englobe la médecine interne et ses sous-spécialités, la neurologie, la dermatologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la physiothérapie, la réadaptation et l'anesthésie, a augmenté progressivement de 1985-1986 à 1998-1999 malgré une croissance relativement plus lente depuis 1995-1996 (figure 8). Le nombre de médecins spécialistes facturant à l'acte par habitant, jumelé à la croissance démographique, a augmenté de 1985-1986 à 1995-1996, mais il est ensuite demeuré stable jusqu'en 1998-1999.

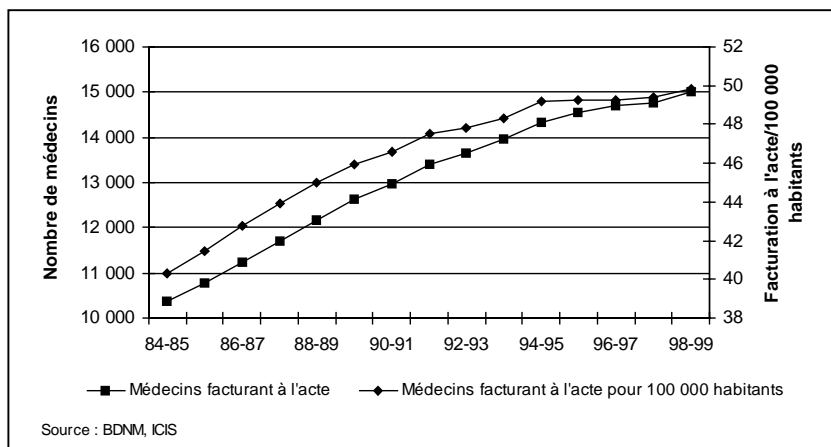


Figure 8. Nombre total et nombre de médecins facturant à l'acte par 100 000 habitants, médecins spécialistes, par province, Canada, 1984-1985 à 1998-1999

Une analyse des taux de croissance des médecins de premier recours facturant à l'acte au Canada par province indique qu'entre 1989-1990 et 1998-1999, la croissance la plus rapide des médecins de premier recours, non rajustée selon la population, a été observée à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique (figure 9).

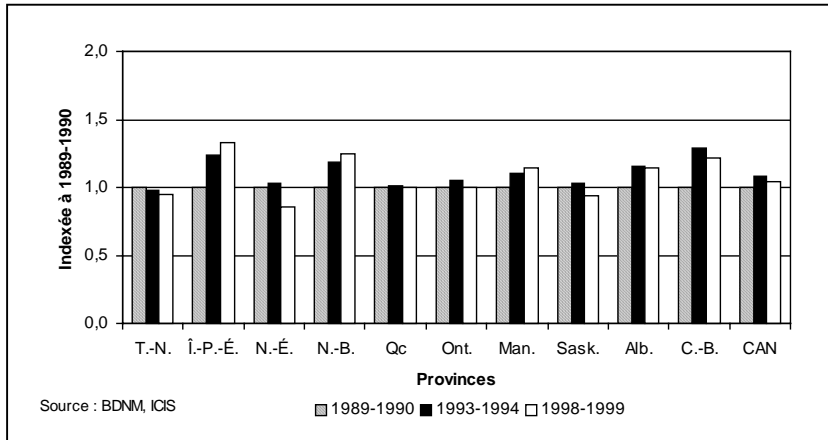


Figure 9. Changements observés chez les médecins de premier recours facturant à l'acte. Population indexée à 1989-1990, par province, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Le nombre a diminué à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan au cours de cette période.

Parmi les médecins spécialistes, le nombre a progressé dans presque toutes les provinces, sauf en Nouvelle-Écosse, et le changement le plus important a été observé à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 10). Dans le cas des spécialités chirurgicales, le nombre semble être relativement stable dans toutes les provinces, sauf au Nouveau-Brunswick, au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve (dans la dernière période de déclaration) où les chiffres ont augmenté progressivement (figure 11).

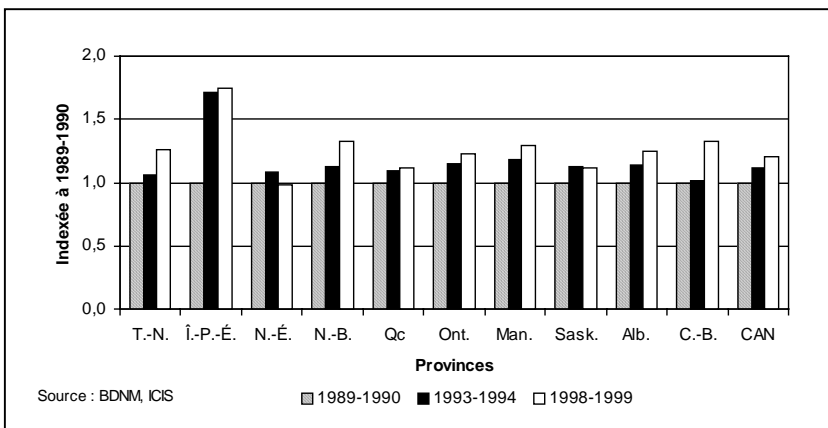


Figure 10. Changements observés chez les médecins spécialistes facturant à l'acte. Population indexée à 1989-1990, par province, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

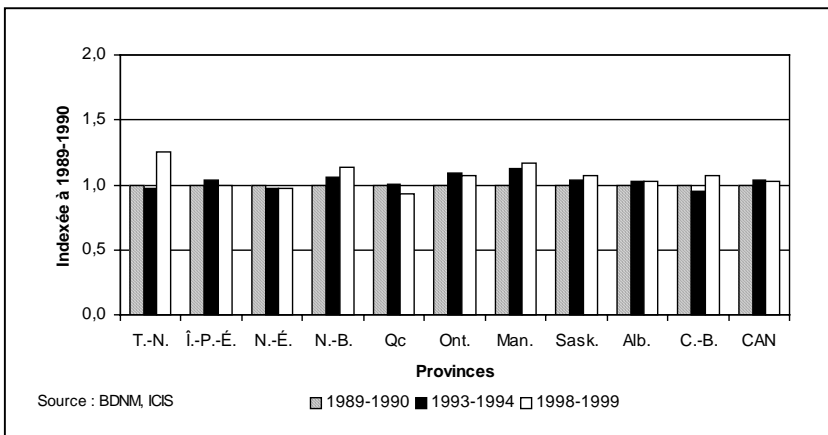


Figure 11. Changements observés chez les chirurgiens spécialistes facturant à l'acte. Population indexée à 1989-1990, par province, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

L'examen de la progression des sous-spécialités médicales entre 1994-1995 et 1998-1999 indique diverses augmentations dans toutes les catégories, sauf en anesthésie (figure 12). La neurologie, la pédiatrie, la dermatologie et la physiatrie ont connu les hausses les plus importantes. Parmi les sous-spécialités chirurgicales, l'augmentation la plus considérable a été observée en chirurgies cardiovasculaire et thoracique, ensuite on enregistre une faible augmentation constante en neurochirurgie (figure 13). La chirurgie générale a accusé la diminution la plus importante.

| Sous-spécialités médicales | |
|----------------------------|------------------|
| IM | Médecine interne |
| NE | Neurologie |
| PS | Psychiatrie |
| PE | Pédiatrie |
| DE | Dermatologie |
| PM | Physiatrie |
| AN | Anesthésie |

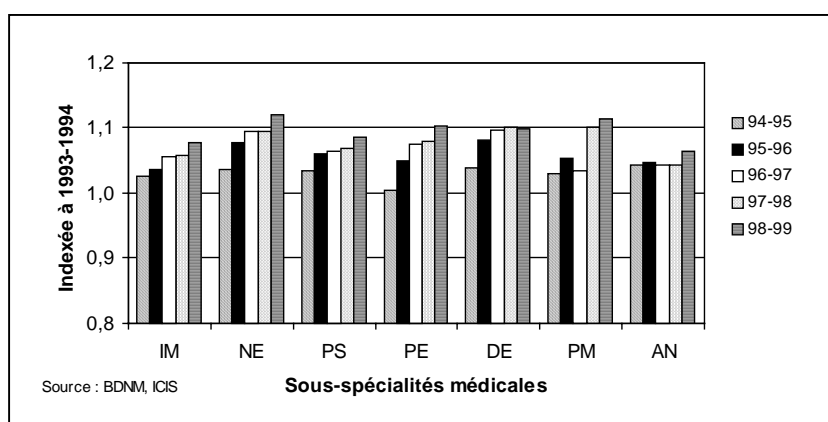


Figure 12. Changements observés chez les médecins sous-spécialistes facturant à l'acte. Population indexée à 1993-1994, par sous-spécialité, Canada, 1994-1995 à 1998-1999

| Sous-spécialités chirurgicales | |
|--------------------------------|--|
| GS | Chirurgie générale |
| CV | Chirurgie thoracique/ cardiovasculaire |
| UR | Urologie |
| OR | Chirurgie orthopédique |
| PL | Chirurgie plastique |
| NS | Neurochirurgie |
| OP | Ophthalmologie |
| OT | Oto-rhino-laryngologie |
| OB | Obstétrique/ gynécologie |

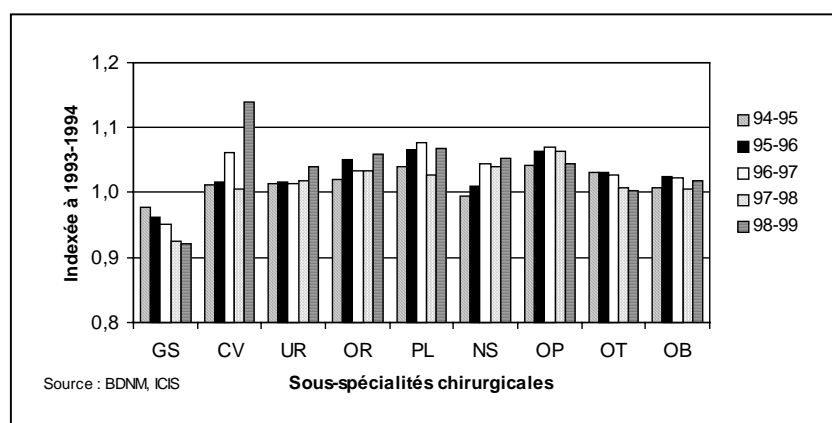


Figure 13. Changements observés chez les chirurgiens sous-spécialistes facturant à l'acte. Population indexée à 1993-1994, selon la sous-spécialité, Canada, 1994-1995 à 1998-1999

Changement dans la répartition et la démographie chez les médecins facturant à l'acte

Combinaison des spécialités

Le nombre de médecins facturant à l'acte étant relativement stable depuis 1993-1994, il est utile de revoir les changements pour le total des trois groupes de médecins — médecins de premier recours, médecins spécialistes et chirurgiens spécialistes. Les médecins de premier recours, selon le classement de la BDNM, représentaient 57,2 % de tous les médecins facturant à l'acte en 1989-1990. Le pourcentage a diminué légèrement tous les ans et en 1998-1999, les médecins de premier recours représentaient 55,1 % de tous les médecins facturant à l'acte (figure 14).

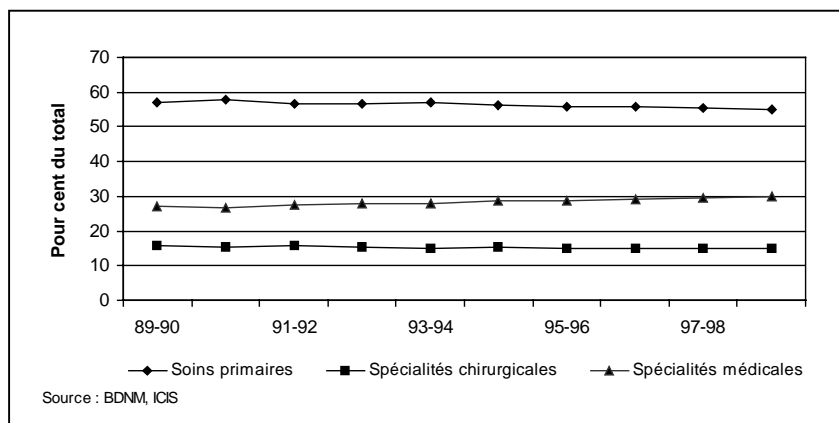


Figure 14. Pourcentage des médecins facturant à l'acte par grande spécialité, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

Le pourcentage des chirurgiens spécialistes a également diminué, passant de 15,8 % en 1989-1990 à 15 % parmi tous les médecins facturant à l'acte en 1998-1999 (figure 14). Le pourcentage des spécialistes médicaux facturant à l'acte, en revanche, a augmenté, passant de 27 à 29,9 % de tous les médecins entre 1989-1990 et 1998-1999 (figure 14).

Sexe

Dans l'ensemble, le nombre d'hommes médecins facturant à l'acte a diminué progressivement de 1993-1994 à 1998-1999, tandis que le nombre de femmes médecins a augmenté de façon constante (figure 15). Le pourcentage de femmes médecins facturant à l'acte est passé de 19,2 % en 1989-1990 à 26,7 % en 1998-1999.

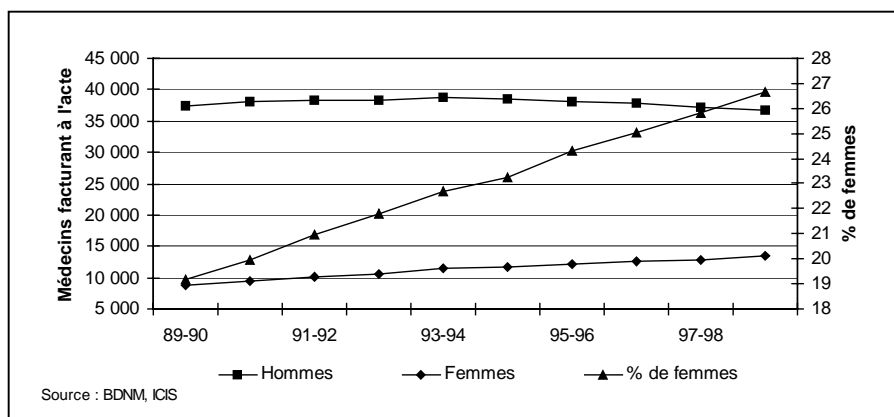


Figure 15. Nombre de médecins facturant à l'acte selon le sexe et le pourcentage de femmes médecins, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

Le pourcentage des femmes a augmenté dans les trois grands groupes de spécialité (figure 16). En 1998-1999, les femmes comptaient pour 31,4 % des médecins de premier recours, 25,1 % des médecins spécialistes et 12,6 % des chirurgiens spécialistes.

Répartition des groupes de spécialité entre les sexes

Il existe une différence entre les sexes concernant la répartition des médecins facturant à l'acte dans les trois grands groupes de spécialité. En 1998-1999, environ 65 % des femmes médecins par rapport à 52 % des hommes faisaient partie des soins primaires. Dans les spécialités médicales, le pourcentage de la répartition s'est rapproché : environ 28 % de femmes médecins et 30 % d'hommes. Dans les spécialités chirurgicales, on note une différence marquée entre les sexes. Tandis que 18 % des hommes sont des chirurgiens spécialistes, seulement 7 % des femmes médecins faisaient partie de cette catégorie.

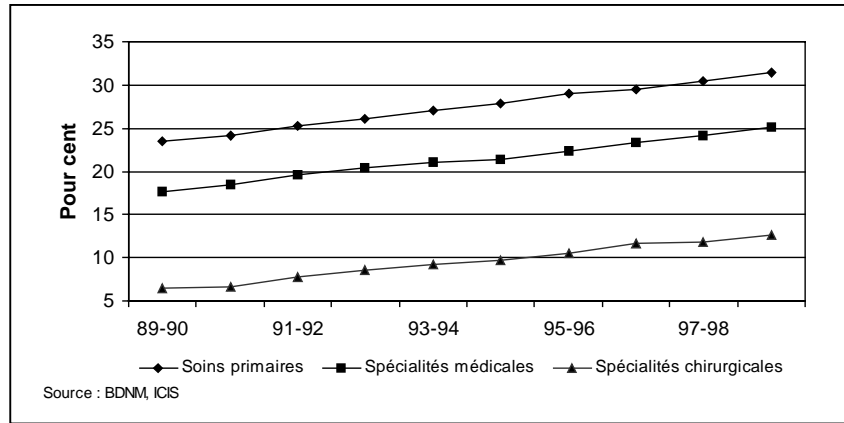


Figure 16. Pourcentage de femmes médecins facturant à l'acte par grande spécialité, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

Endroit d'obtention d'un diplôme

Depuis 1989-1990, on note une augmentation graduelle du nombre de personnes diplômées d'une école de médecine canadienne (figure 17). Le pourcentage de personnes diplômées d'une école de médecine canadienne est passé d'un taux légèrement supérieur à 74 % de tous les médecins facturant à l'acte en 1989-1990 à environ 76,5 % en 1998-1999. Le pourcentage des personnes diplômées au Canada est plus élevé chez les femmes médecins facturant à l'acte (environ 80 %) par rapport à un taux légèrement supérieur à 70 % des hommes médecins facturant à l'acte. Lorsque l'on analyse les données selon la province d'exercice, on observe le pourcentage le plus élevé de personnes diplômées au Canada au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick tandis que les taux les moins élevés sont en Saskatchewan et à Terre-Neuve (figure 18).

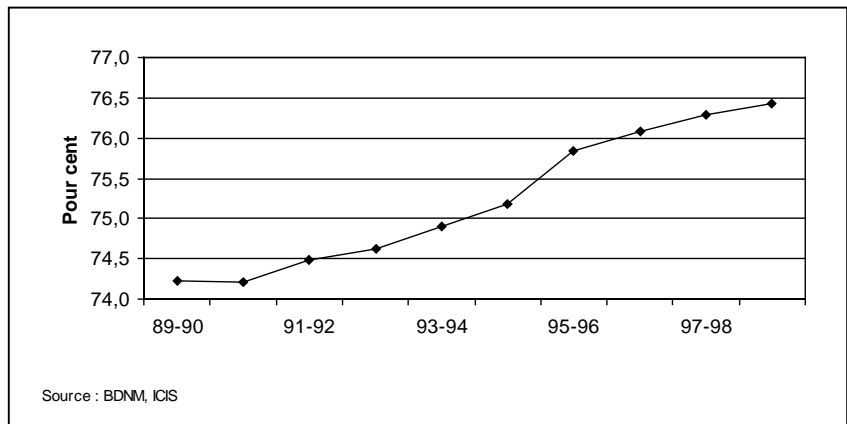


Figure 17. Pourcentage des médecins facturant à l'acte ayant un diplôme en médecine d'une école canadienne, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

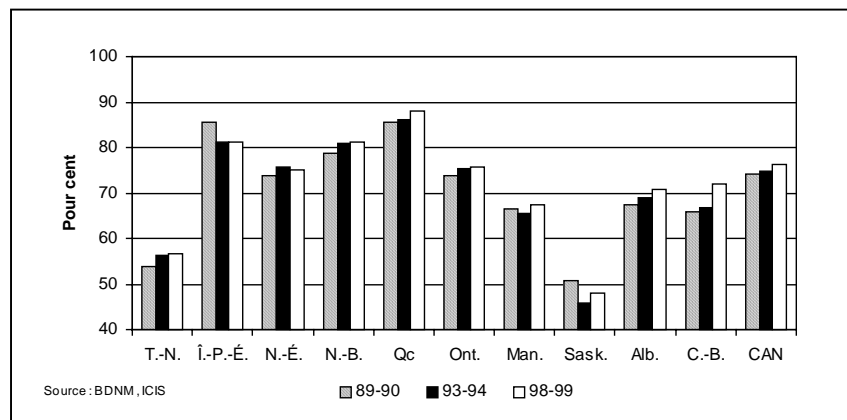


Figure 18. Pourcentage des médecins facturant à l'acte qui sont diplômés d'une école canadienne, par province, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

La répartition des médecins par grande spécialité varie chez les personnes diplômées selon les diverses écoles de médecine (figure 19). On compte environ 57 % des diplômés d'écoles de médecine canadiennes en soins primaires par rapport à 34 % des diplômés d'écoles de médecine américaines et 52 % des diplômés d'écoles de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord. Un pourcentage plus élevé de diplômés américains étudie dans une spécialité — 51 % par rapport à 34 % des diplômés à l'extérieur de l'Amérique du Nord et à 28 % des diplômés canadiens. On compte un pourcentage similaire de diplômés canadiens et américains dans des spécialités chirurgicales et un pourcentage légèrement moindre chez les diplômés d'écoles situées à l'extérieur de l'Amérique du Nord.

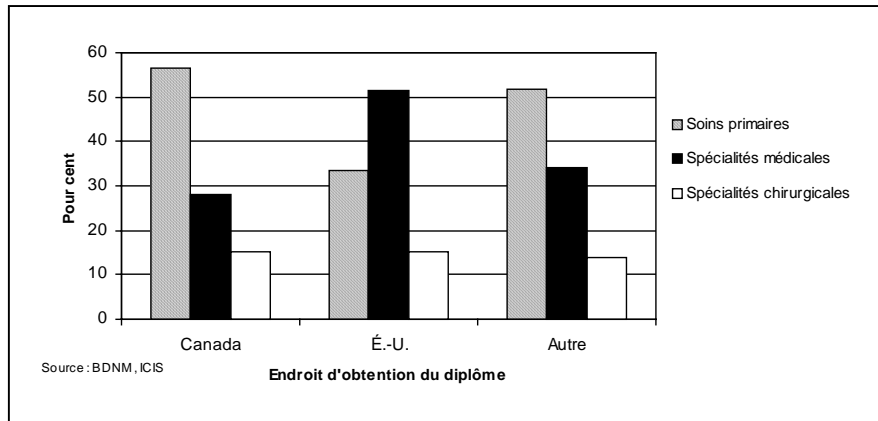


Figure 19. Pourcentage des médecins facturant à l'acte par grande spécialité et endroit d'obtention du diplôme en médecine, Canada, 1998-1999

Âge

La répartition de l'âge des médecins facturant à l'acte évolue également. On note un pourcentage plus élevé chez les médecins âgés entre 40–49 ans et 50–59 ans par rapport aux taux observés lors de la décennie précédente (figures 20 et 21). La proportion des médecins âgés de 30 à 39 ans, cependant, a diminué continuellement depuis 1989-1990.

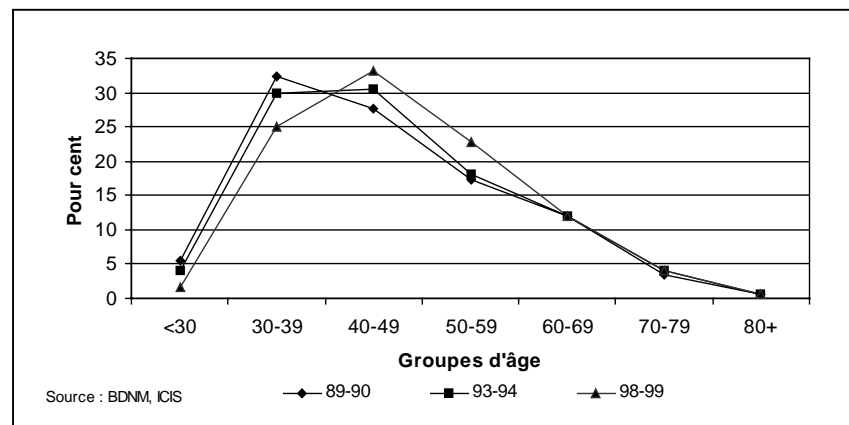


Figure 20. Pourcentage des médecins facturant à l'acte selon les groupes d'âge, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Lorsque l'on examine la répartition selon l'âge et les grandes spécialités, les médecins de premier recours étaient plus jeunes en moyenne que les médecins spécialistes, qui, à leur tour, étaient moins âgés que les chirurgiens spécialistes (figure 22). Les changements au cours de la dernière décennie indiquent que les prestataires de premier recours ainsi que les spécialistes médicaux ont tendance à vieillir. La répartition des chirurgiens spécialistes au fil du temps, en revanche, indique une plus grande stabilité, dont une légère hausse chez les professionnels plus jeunes.

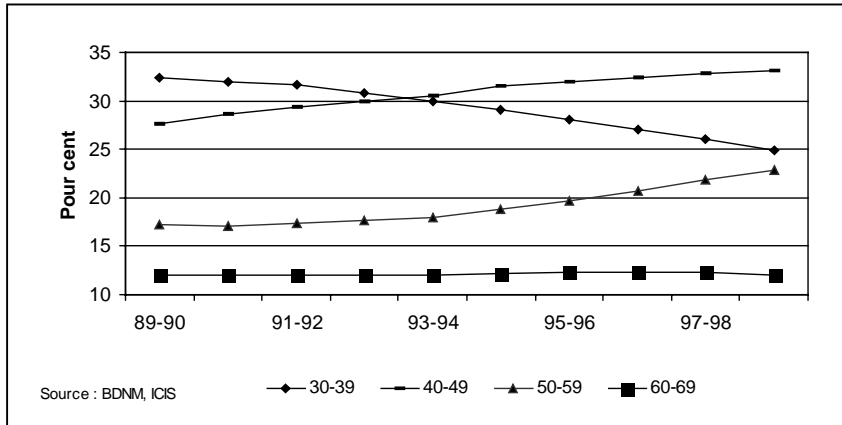


Figure 21. Pourcentage des médecins facturant à l'acte selon l'âge, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

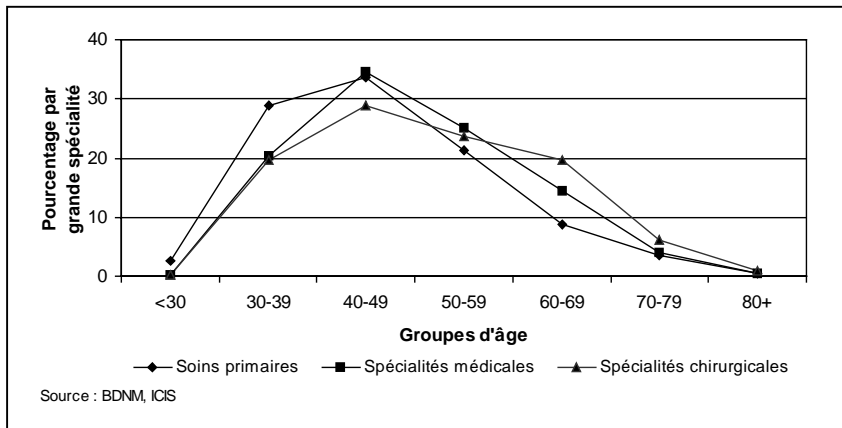


Figure 22. Pourcentage des médecins facturant à l'acte selon l'âge et par grande spécialité, Canada, 1998-1999

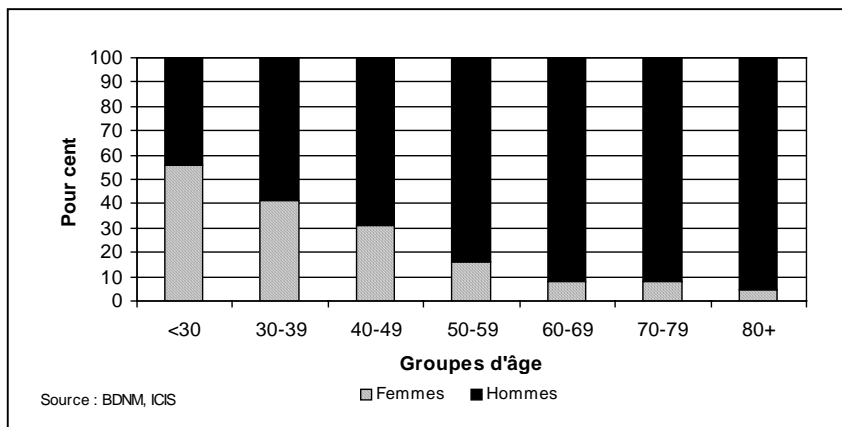


Figure 23. Pourcentage des médecins facturant à l'acte selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1998-1999

Après analyse de la répartition des médecins selon l'âge et le sexe en 1998-1999, on comptait le pourcentage le plus élevé des hommes facturant à l'acte chez les 40-49 ans tandis que chez les femmes facturant à l'acte, le groupe le plus imposant figurait parmi les 30-39 ans et les 40-49 ans. L'analyse des femmes médecins facturant à l'acte en tant que pourcentage des différents groupes d'âge en 1998-1999 indique que 55 % des médecins âgés de moins de 30 ans, que 42 % des médecins âgés entre 30 et 39 ans et que 31 %, âgés de 40 à 49 ans, étaient des femmes (figure 23). Environ 85 à 90 % des médecins âgés de plus de 50 ans étaient des hommes. À mesure que les médecins âgés de plus de 50 ans commencent à prendre leur retraite, le pourcentage global des femmes changera donc plus rapidement que dans le passé.

La répartition selon l'âge varie parmi les diplômés des diverses écoles de médecine. On compte un pourcentage plus élevé de diplômés d'écoles de médecine canadiennes dans les groupes plus jeunes par rapport aux diplômés d'écoles de médecine américaines. Dans les groupes dont l'âge est supérieur à 60 ans, les diplômés d'écoles de médecine situées à l'extérieur de l'Amérique du Nord sont plus nombreux que les diplômés au Canada ou aux É.-U. (figure 24).

On compte un pourcentage plus élevé de plus jeunes médecins en milieu rural par rapport aux RMR et aux AR et un taux correspondant de médecins plus âgés en milieu urbain (figure 25). Les médecins plus âgés oeuvrent dans les RMR.

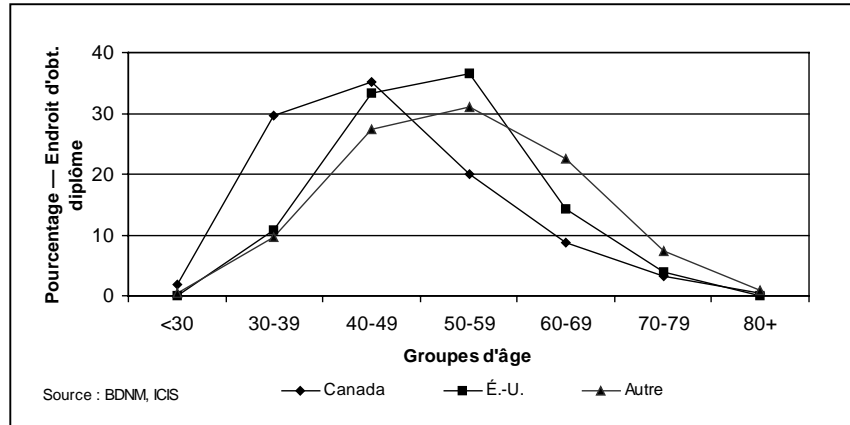


Figure 24. Pourcentage des médecins facturant à l'acte selon le groupe d'âge et l'endroit d'obtention du diplôme, Canada, 1998-1999

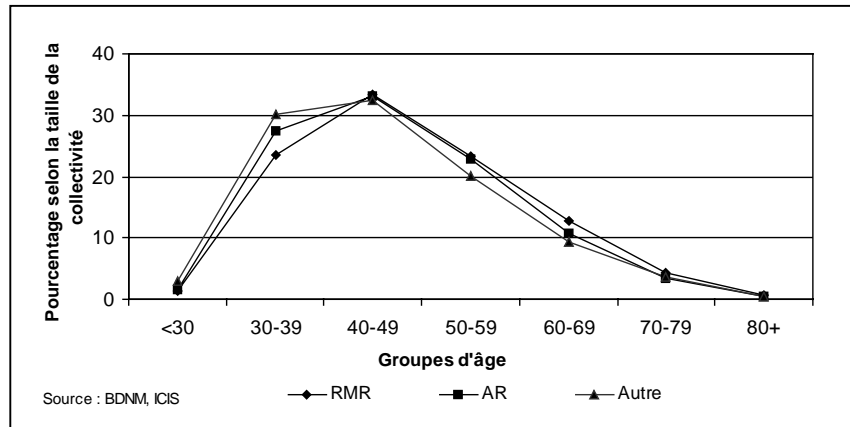


Figure 25. Pourcentage des médecins facturant à l'acte selon le groupe d'âge et la taille de la collectivité, Canada, 1998-1999

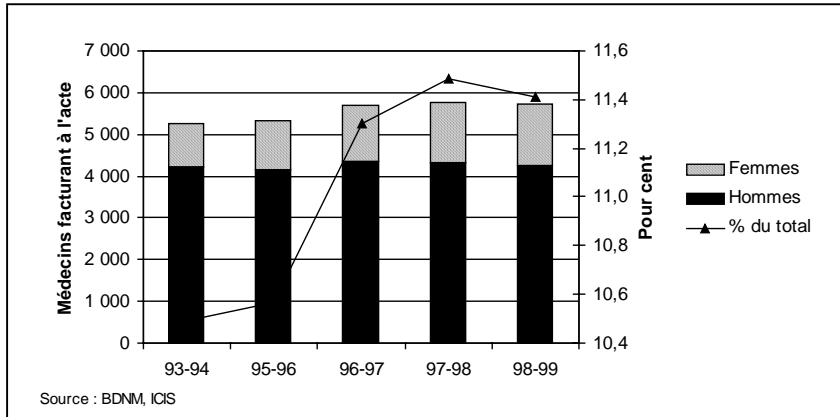


Figure 26. Nombre de médecins facturant à l'acte dans d'autres régions (non-AR, RMR) selon le sexe. Total des proportions, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

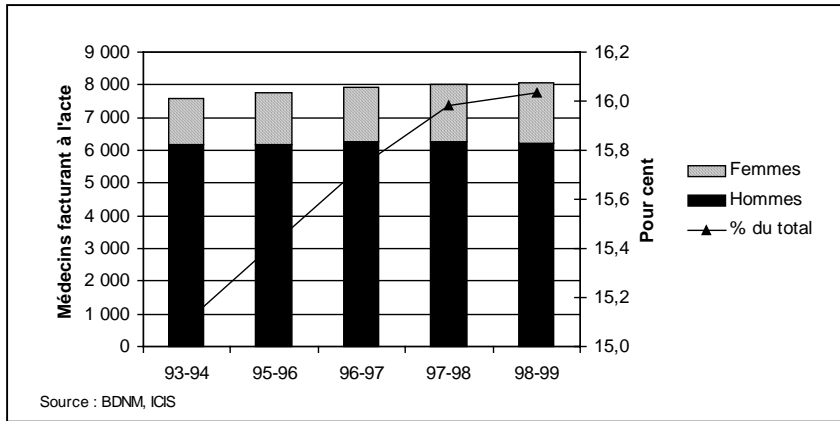


Figure 27. Nombre de médecins facturant à l'acte dans des AR selon le sexe. Total des proportions, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

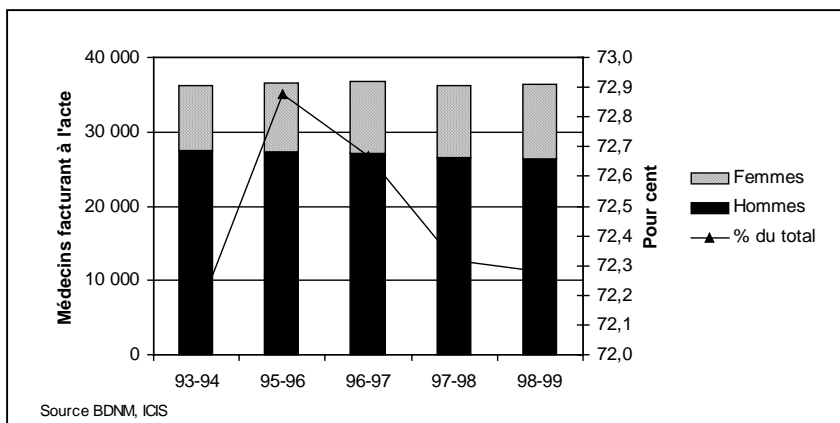


Figure 28. Nombre de médecins facturant à l'acte dans des RMR selon le sexe. Total des proportions, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

Taille des collectivités

La répartition des médecins facturant à l'acte selon la taille des collectivités, en milieu rural et urbain, indique également des changements de 1993-1994 à

1998-1999. On note une augmentation des hommes et femmes médecins facturant à l'acte en milieu rural, correspondant dans le tableau à non-AR, à non-RMR, ou dans des collectivités comptant moins de 10 000 habitants (figure 26). Le pourcentage de médecins facturant à l'acte en milieu rural est passé de 10,5 % à 11,4 % de tous les médecins au cours de cette période. Dans le même ordre d'idées, le nombre d'hommes et de femmes médecins facturant à l'acte a augmenté dans les AR, ou les collectivités de 10 000 à 100 000 habitants, le pourcentage passant de 15 à 16 % (figure 27). Par conséquent, le pourcentage de médecins facturant à l'acte dans les RMR où la population est supérieure à 100 000 habitants a diminué au cours des dernières années (figure 28).

Une étude selon le sexe et la discipline indique que 15 % des femmes médecins de premier recours facturant à l'acte et que 18 % des hommes médecins de premier recours facturant à l'acte exerçaient en milieu rural en 1998-1999 (figure 29). La progression du pourcentage d'hommes et de femmes spécialistes en milieu rural était également saisissant et en 1998-1999, 5 % de tous les chirurgiens spécialistes facturant à l'acte étaient situés en milieu rural (figure 30). Dans le cas des médecins spécialistes, le pourcentage s'élève à environ 3 % (figure 31).

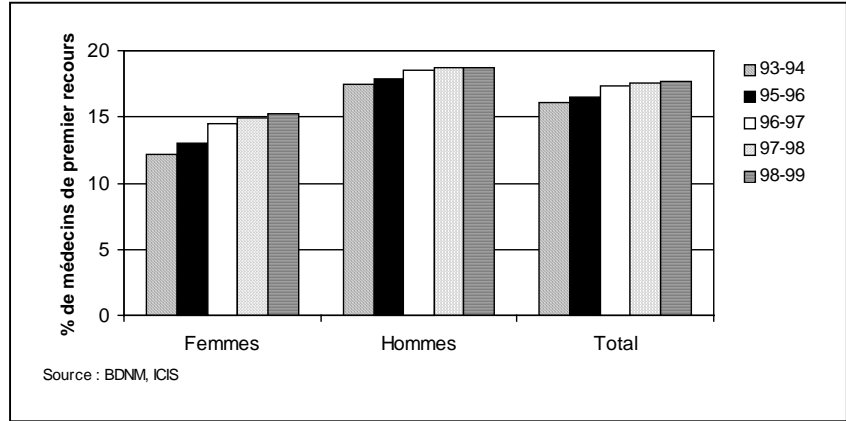


Figure 29. Pourcentage de médecins de premier recours facturant à l'acte dans d'autres endroits (non-AR, RMR) selon le sexe, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

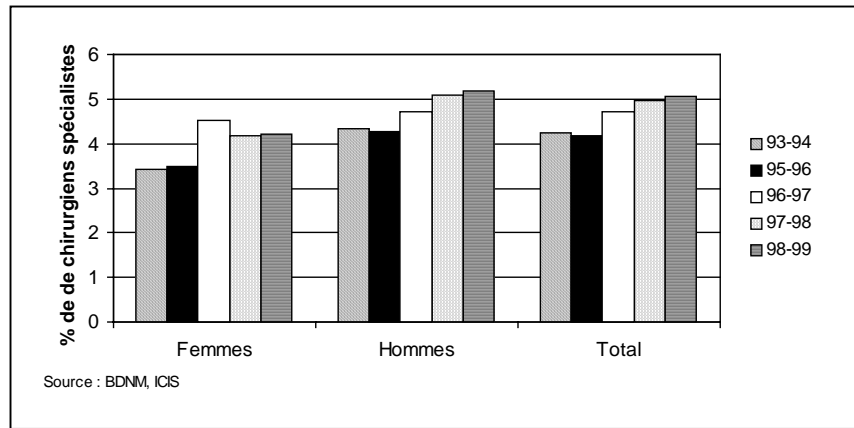


Figure 30. Pourcentage de chirurgiens spécialistes dans d'autres endroits (non-AR, RMR) selon le sexe, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

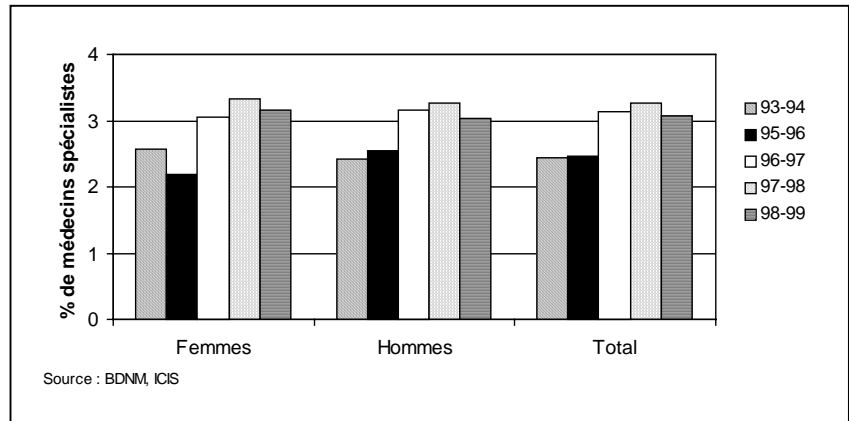


Figure 31. Pourcentage de médecins spécialistes facturant à l'acte dans d'autres endroits (non-AR, RMR) selon le sexe, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

Répartition géographique

On note un écart dans la répartition des personnes diplômées d'une école de médecine canadienne et non canadienne selon la taille de la collectivité (tableau 2). En 1998-1999, environ 16,7 % des médecins de premier recours qui sont diplômés d'une école de médecine canadienne exerçaient en milieu rural. En revanche, 21,7 % des diplômés d'une école de médecine américaine et 22,5 % des médecins de premier recours qui sont diplômés d'une école à l'extérieur de l'Amérique du Nord exerçaient en milieu rural. Parmi les spécialités médicales, un pourcentage plus élevé de diplômés américains exerçait en milieu rural, ensuite on compte les diplômés d'écoles à l'extérieur de l'Amérique du Nord. Dans les spécialités chirurgicales, un pourcentage plus élevé de diplômés d'une école de médecine américaine et à l'extérieur de l'Amérique du Nord exerçait en milieu rural.

Tableau 2. Répartition des médecins facturant à l'acte selon la taille de la collectivité et l'endroit d'obtention du diplôme

| Obtention diplôme | Nombre de médecins | | | | % selon l'endroit d'obtention du diplôme | | | | % selon la taille de la collectivité | | | | |
|---|--------------------|-------|-------|-----|--|------|------|-------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | RMR | AR | AUTRE | INC | TOTAL | RMR | AR | AUTRE | TOTAL | RMR | AR | AUTRE | TOTAL |
| Médecins de premier recours facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | 14 205 | 3 830 | 3 631 | 67 | 21 733 | 65,4 | 17,6 | 16,7 | 100,0 | 79,2 | 80,4 | 74,3 | 78,6 |
| É.-U. | 80 | 21 | 28 | | 129 | 62,0 | 16,3 | 21,7 | 100,0 | 0,4 | 0,4 | 0,6 | 0,5 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 3 053 | 865 | 1,139 | 9 | 5 066 | 60,3 | 17,1 | 22,5 | 100,0 | 17,0 | 18,2 | 23,3 | 18,3 |
| Inconnu | 592 | 47 | 90 | 3 | 732 | 80,9 | 6,4 | 12,3 | 100,0 | 3,3 | 1,0 | 1,8 | 2,6 |
| Total | 17 930 | 4 763 | 4,888 | 79 | 27 660 | 64,8 | 17,2 | 17,7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Spécialistes médicaux facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | 9 238 | 1 273 | 313 | 19 | 10 843 | 85,2 | 11,7 | 2,9 | 100,0 | 72,9 | 69,0 | 67,9 | 72,2 |
| É.-U. | 171 | 15 | 11 | 1 | 198 | 86,4 | 7,6 | 5,6 | 100,0 | 1,3 | 0,8 | 2,4 | 1,3 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 2 718 | 504 | 110 | 10 | 3 342 | 81,3 | 15,1 | 3,3 | 100,0 | 21,4 | 27,3 | 23,9 | 22,3 |
| Inconnu | 550 | 53 | 27 | 3 | 633 | 86,9 | 8,4 | 4,3 | 100,0 | 4,3 | 2,9 | 5,9 | 4,2 |
| Total | 12 677 | 1 845 | 461 | 33 | 15 016 | 84,4 | 12,3 | 3,1 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Chirurgiens spécialistes facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | 4 426 | 1 104 | 259 | 23 | 5 812 | 76,2 | 19,0 | 4,5 | 100,0 | 77,7 | 76,3 | 67,8 | 77,0 |
| É.-U. | 42 | 12 | 4 | | 58 | 72,4 | 20,7 | 6,9 | 100,0 | 0,7 | 0,8 | 1,0 | 0,8 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 962 | 304 | 104 | 2 | 1 372 | 70,1 | 22,2 | 7,6 | 100,0 | 16,9 | 21,0 | 27,2 | 18,2 |
| Inconnu | 268 | 26 | 15 | | 309 | 86,7 | 8,4 | 4,9 | 100,0 | 4,7 | 1,8 | 3,9 | 4,1 |
| Total | 5 698 | 1 446 | 382 | 25 | 7 551 | 75,5 | 19,1 | 5,1 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Total des médecins facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | 27 869 | 6 207 | 4 203 | 109 | 38 388 | 72,6 | 16,2 | 10,9 | 100,0 | 76,8 | 77,1 | 73,3 | 76,4 |
| É.-U. | 293 | 48 | 43 | 1 | 385 | 76,1 | 12,5 | 11,2 | 100,0 | 0,8 | 0,6 | 0,8 | 0,8 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 6 733 | 1 673 | 1 353 | 21 | 9 780 | 68,8 | 17,1 | 13,8 | 100,0 | 18,5 | 20,8 | 23,6 | 19,5 |
| Inconnu | 1 410 | 126 | 132 | 6 | 1 674 | 84,2 | 7,5 | 7,9 | 100,0 | 3,9 | 1,6 | 2,3 | 3,3 |
| Total | 36 305 | 8 054 | 5 731 | 137 | 50 227 | 72,3 | 16,0 | 11,4 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

D'un point de vue communautaire, les collectivités en milieu rural dépendent davantage des diplômés d'une école de médecine située à l'extérieur de l'Amérique du Nord. En 1998-1999, environ 23 % des médecins de premier recours facturant à l'acte en milieu rural étaient diplômés d'une école de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord par rapport à 18 et à 17 % pour les AR et les RMR respectivement. Quant aux médecins spécialistes, les AR ainsi que les collectivités en milieu rural comptent davantage sur les diplômés d'une école de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord que les RMR. Le pourcentage de chirurgiens spécialistes diplômés d'une école de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord était plus élevé dans les collectivités en milieu rural, représentant 27 % des chirurgiens spécialistes facturant à l'acte par rapport à 21 % dans les AR et à 17 % dans les RMR.

Un pourcentage plus élevé de médecins de premier recours qui sont diplômés d'une école de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord exerçait en milieu rural (figure 32). Depuis 1995-1996, le pourcentage de médecins en milieu rural a progressé à un rythme plus élevé que dans le cas des diplômés canadiens.

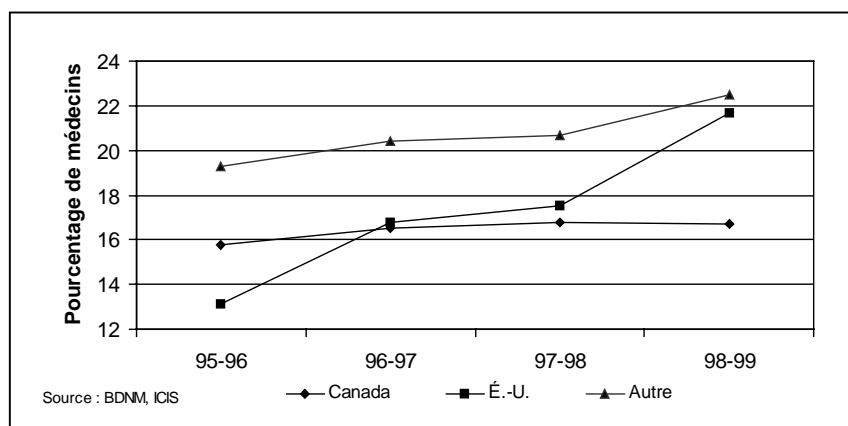


Figure 32. Pourcentage des médecins de premier recours en milieu rural au Canada selon l'endroit d'obtention du diplôme, Canada, 1995-1996 à 1998-1999

En 1996, 62 % de la population canadienne était située dans des RMR, 15,8

% dans des AR et 22,2 % à l'extérieur des RMR et des AR. En 1998-1999, 64,8 % des médecins de premier recours étaient situés dans des RMR, 17,2 % dans des AR et 17,7 % à l'extérieur des RMR et des AR (tableau 2). Le pourcentage pour les chirurgiens spécialistes s'établissait à 75,5 %, à 19,1 % et à 5,1 % et pour les médecins spécialistes à 84,4 %, à 12,3 % et à 3,1 %, respectivement. Si la répartition des médecins entre les trois régions plus ou moins peuplées est censée tenir compte de la répartition démographique, manifestement les médecins spécialistes sont les moins bien répartis.

Indicateurs de la charge de travail

Nombre d'habitants par médecin

Même si le ratio des médecins facturant à l'acte par habitant traduit le statut de la main-d'œuvre médicale, le rapport inversé, soit le nombre d'habitants par médecin facturant à l'acte : nombre moyen de personnes pouvant être vu par un seul médecin pourrait être perçu comme un indicateur approximatif de la charge de travail potentielle pour les médecins. Même si le ratio dans une année donnée peut être difficile à interpréter, les changements au fil du temps peuvent mieux présenter les tendances ayant des incidences sur le système.

Comme il est suggéré dans les analyses précédentes, il faut percevoir les données par groupement des grandes spécialités étant donné que les effets sont différents pour chaque groupe. De 1990 à 1999, le nombre d'habitants par chirurgien

spécialiste facturant à l'acte a augmenté, il a chuté pour les médecins spécialistes facturant à l'acte et est demeuré relativement inchangé pour les médecins de premier recours facturant à l'acte (figure 33). Les changements, relatifs l'un à l'autre, sont plus apparents lorsque les

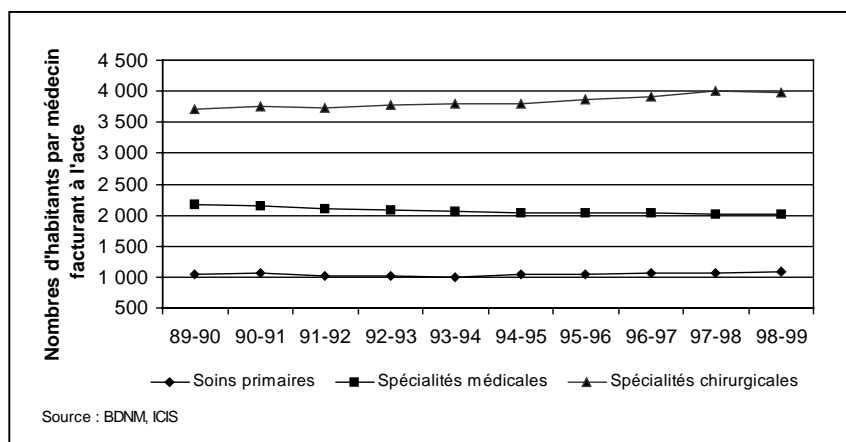


Figure 33. Nombre d'habitants par médecin facturant à l'acte par grande spécialité, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

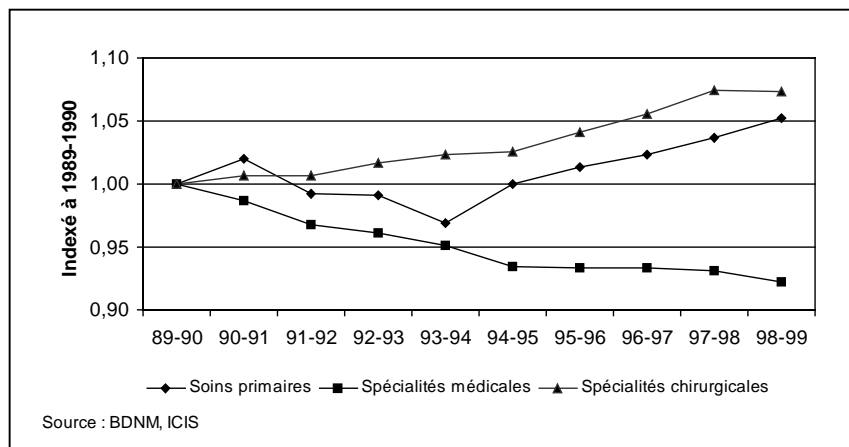


Figure 34. Nombre d'habitants par médecin facturant à l'acte indexé à 1989-1990 par grande spécialité, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

données sont indexées à 1989-1990 comme année de référence (figure 34). Le nombre d'habitants par chirurgien en 1998-1999 est plus élevé d'environ 7,4 % par rapport à 1989-1990, 5 % de plus pour les médecins de premier recours et 7,8 % de moins pour les médecins spécialistes.

Analyse des médecins facturant à l'acte par points de repère

La BDNM déclare les ÉTP à partir d'une année repère. En utilisant l'année de référence 1985-1986 qui sert de point de repère pour les augmentations ou les diminutions dans l'échéancier des paiements, on a choisi le point de repère allant du 40^e au 60^e percentile pour chaque discipline, fondé sur les profils de facturation, comme valeur seuil désignée comme étant « égale » au point de repère et les autres étant « inférieurs » ou « supérieurs » à la valeur seuil. Les études longitudinales sont utiles pour savoir comment les changements du nombre de

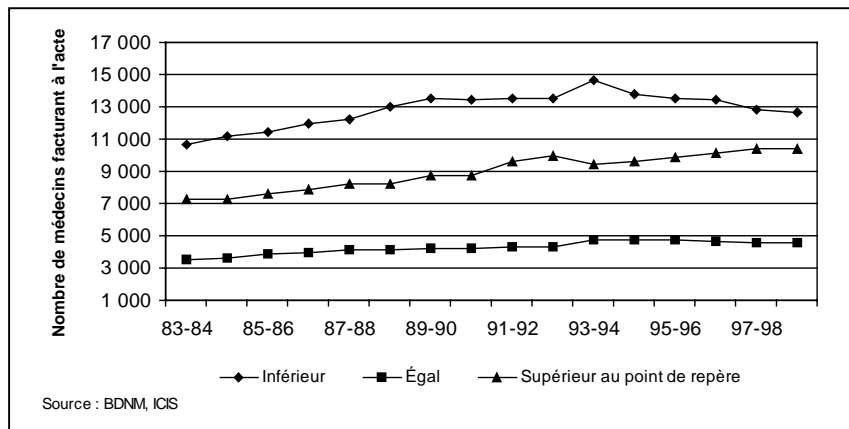


Figure 35. Nombre de médecins de premier recours facturant à l'acte par point de repère d'ÉTP, 10 provinces, 1983-1984 à 1998-1999

médecins, de la croissance démographique, des demandes de services, etc., ont eu des incidences sur la répartition des médecins facturant à l'acte par points de repère comme l'un des indicateurs de la charge de travail.

Depuis le début des années 1980, on note une progression graduelle du nombre de médecins de premier recours facturant à l'acte supérieure aux points de repère dans les dix

provinces. De 1994-1995 à 1998-1999, on a observé une diminution du nombre de médecins sous le point de repère le moins élevé, assortie de diminutions plus élevées par rapport aux catégories des points de repère ou égales à ces catégories (figure 35), ce qui porte à croire qu'il y aurait une charge de travail plus lourde pour un nombre croissant de médecins de premier recours.

Dans les spécialités chirurgicales, le nombre de chirurgiens facturant à l'acte dans les dix provinces supérieur au point de repère a progressé de façon continue de 1983-1984 à 1991-1992 et puis est demeuré stable jusqu'à 1998-1999. Depuis

1989-1999, le nombre de médecins sous le point de repère et égal à ce point a diminué (figure 36). La charge de travail croissante des chirurgiens spécialistes peut être liée en partie au nombre décroissant de chirurgiens spécialistes facturant à l'acte par habitant, à une demande plus élevée ou à des besoins accrus.

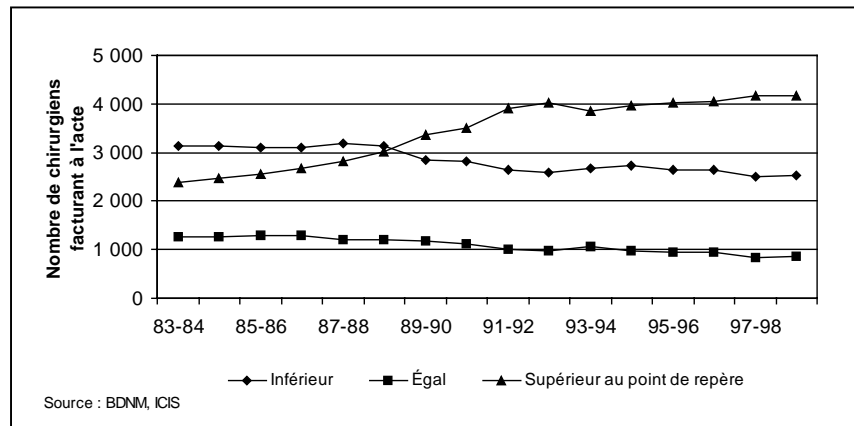


Figure 36. Nombre de chirurgiens spécialistes facturant à l'acte par point de repère d'ÉTP, 10 provinces, 1983-1984 à 1998-1999

Quant aux spécialités médicales, le nombre de médecins spécialistes facturant à l'acte dans les dix provinces supérieur au point de repère a augmenté progressivement depuis 1983-1984 (figure 37). Le nombre inférieur au point de repère a également augmenté graduellement de 1983-1984 à 1991-1992 bien qu'à un rythme moins rapide et il est demeuré relativement statique de 1991-1992 à 1998-1999.

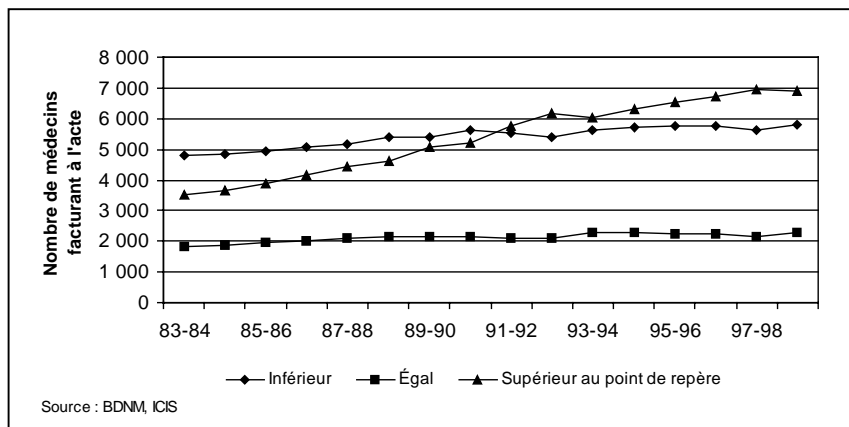


Figure 37. Nombre de médecins spécialistes facturant à l'acte par point de repère d'ÉTP, 10 provinces, 1983-1984 à 1998-1999

Le nombre de médecins spécialistes ayant progressé tous les ans, il peut être difficile d'attribuer la charge de travail croissante à la diminution du nombre de spécialistes médicaux par habitant comme dans le cas des chirurgiens spécialistes, mais la charge de travail croissante peut traduire une progression de la demande de services médicaux.

Coefficients d'activité

Outre le fait de calculer les médecins facturant à l'acte par point de repère, la BDNM calcule les médecins ÉTP par spécialité à l'échelle nationale et provinciale. Le calcul de l'ÉTP, fondé sur les données de facturation des médecins, est normalisé pour le pays en rajustant les écarts de frais entre les provinces, en permettant des comparaisons entre les provinces et les territoires. Le calcul des médecins ÉTP est également normalisé pour une année de référence, soit 1985-1986, ce qui permet de suivre les changements au fil du temps. Les médecins appartenant au point de repère, établi comme étant du 40^e au 60^e percentile en 1985-1986, sont calculés comme un ÉTP, ceux sous le 40^e percentile sont représentés comme une fraction d'un ÉTP proportionnel au point de repère le plus bas et ceux au-dessus du 60^e percentile sont calculés dans une relation linéaire logarithmique du point de repère supérieur.

Le total d'ÉTP par spécialité ou discipline est un indicateur du total des services offerts par le groupe de médecins qui présentent des services dans cette catégorie ou discipline. Ces services sont offerts par un nombre défini de médecins facturant à l'acte. Le rapport ÉTP/facturation à l'acte, défini comme étant le coefficient d'activité, sert comme mesure d'une charge de travail moyenne par médecin. Les changements de l'ÉTP au fil du temps par rapport au nombre de médecins facturant à l'acte et le rapport ÉTP/facturation à l'acte est un indicateur de la mesure de la charge de travail.

Grande spécialité

Pour tous les médecins, le compte total d'ÉTP variait par rapport au calcul des médecins facturant à l'acte de 1989-1990 à 1993-1994, période pendant laquelle le nombre de médecins facturant à l'acte a augmenté (figure 38). Depuis 1994-1995, le calcul des médecins ÉTP se rapproche de celui des médecins facturant à l'acte, et ce, en particulier au cours des deux dernières années. Il s'agit d'une période au cours de laquelle le nombre de médecins facturant à l'acte s'est maintenu et le nombre de médecins facturant à l'acte par habitant a diminué (figure 5). Depuis 1994-1995, le coefficient d'activité a progressé.

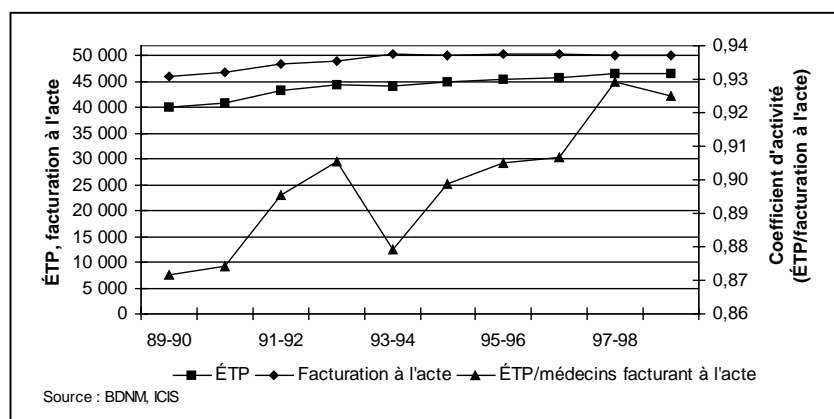


Figure 38. Coefficients d'activité médicale de tous les médecins, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

Une tendance très similaire est observée pour le sous-ensemble des médecins de premier recours et on note une augmentation accrue des coefficients d'activité depuis 1993-1994 (figure 39), période pendant laquelle le nombre de prestataires de premier recours facturant à l'acte par habitant a diminué (figure 6). Quant aux chirurgiens spécialistes, à mesure que le nombre de chirurgiens spécialistes facturant à l'acte et de chirurgiens facturant à l'acte par habitant diminuait, le total d'ÉTP et de coefficients d'activité augmentait, en particulier lors des deux dernières années de déclaration (figure 40).

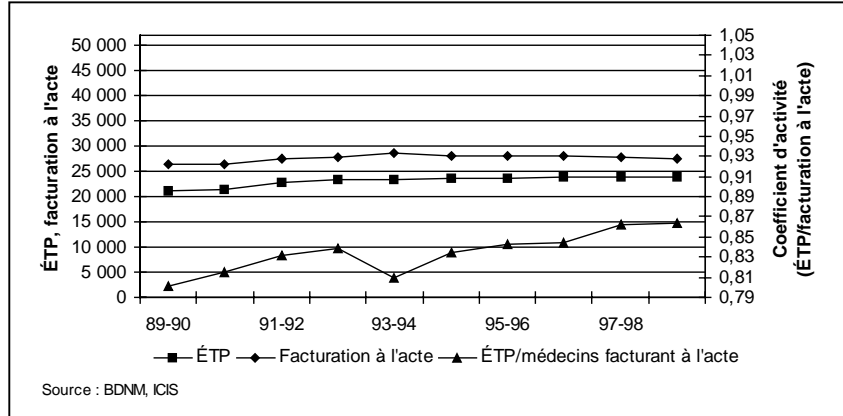


Figure 39. Coefficients d'activité médicale des médecins de premier recours, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

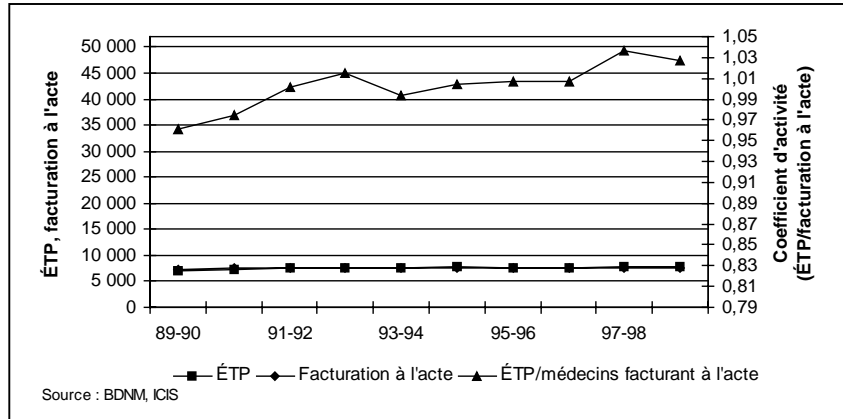
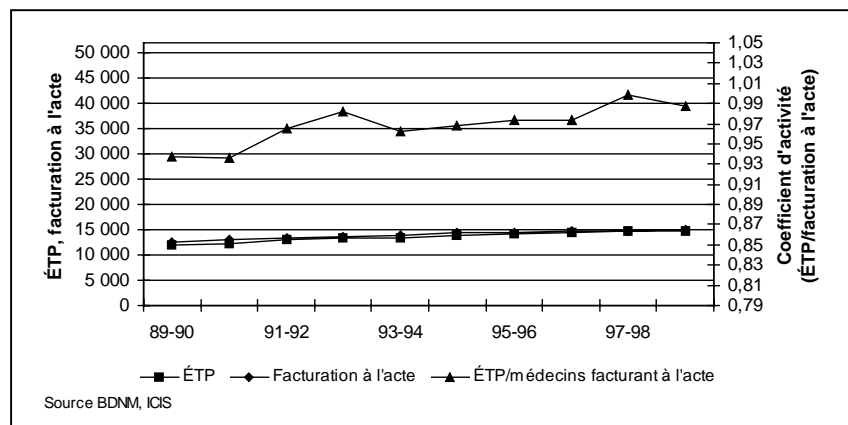


Figure 40. Coefficients d'activité médicale des chirurgiens spécialistes, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

Pour les médecins spécialistes, le calcul d'ÉTP s'est rapproché continuellement du compte de facturations à l'acte depuis 1989-1990 malgré l'augmentation du nombre de médecins spécialistes facturant à l'acte. Ce rapprochement est jumelé à une hausse du coefficient d'activité de 1989-1990 à 1998-1999 (figure 41). Ces données indiquent que, malgré l'écart du taux de changement des médecins facturant à l'acte et du nombre de médecins facturant à l'acte par habitant selon le groupe de spécialité, le total d'ÉTP ou de la charge de travail pour



chaque groupe a progressé au cours des dernières années et on note une augmentation des coefficients d'activité entre toutes les disciplines.

Le coefficient d'activité est influencé par plusieurs facteurs, dont l'âge, le sexe, l'endroit d'obtention du diplôme, l'endroit où l'on exerce sans compter les grandes spécialités.

Figure 41. Coefficients d'activité médicale des médecins spécialistes, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

Province

Les coefficients d'activité varient entre les provinces (figure 42). On note les ratios les plus élevés pour tous les médecins en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard. Les augmentations les plus saisissantes entre 1989-1990 et 1989-1999 ont eu lieu en Ontario et au Québec.

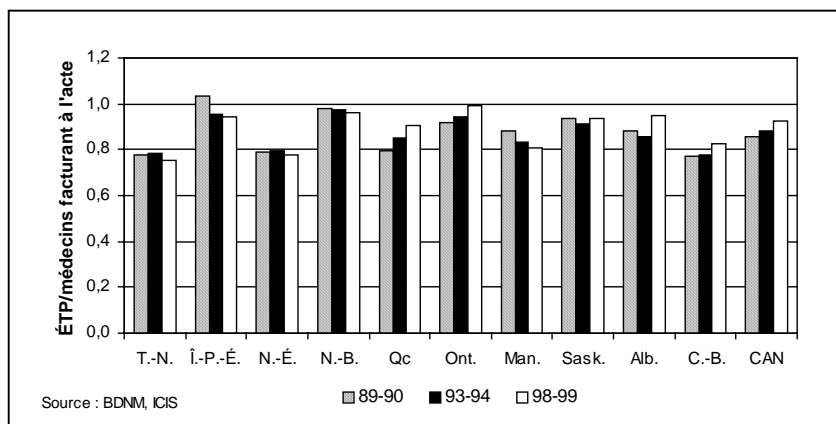


Figure 42. Coefficients d'activité médicale par province, tous les médecins, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Dans le cas des soins primaires, les coefficients d'activité sont les plus élevés à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Ontario (figure 43). Par un survol de trois périodes, l'Ontario présente la plus importante augmentation au cours de cette période, suivie du Québec. Dans certaines provinces, notamment au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et au Manitoba, les coefficients d'activité des médecins de premier recours ont diminué au cours de la dernière décennie.

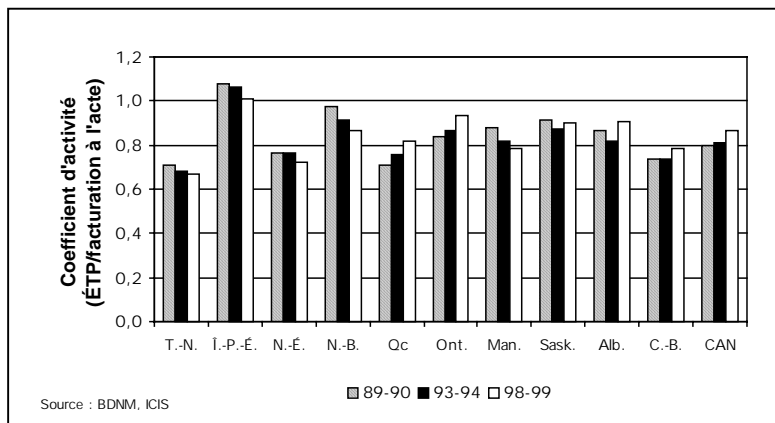


Figure 43. Coefficients d'activité médicale par province, médecins de premier recours, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Le coefficient d'activité des médecins spécialistes est plus élevé au Nouveau-Brunswick, en Ontario et en Saskatchewan (figure 44). Les provinces affichant des hausses au fil du temps englobent le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

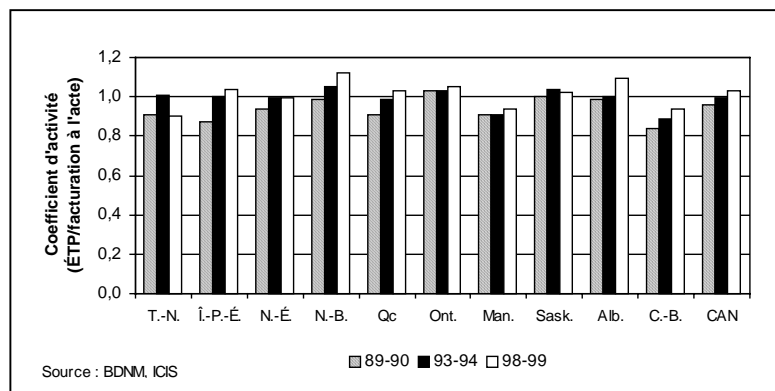


Figure 45. Coefficients d'activité médicale par province, chirurgiens spécialistes, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Dans le cas des spécialités chirurgicales, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta, l'Ontario et l'Î.-P.-É. ont obtenu les coefficients les plus élevés (figure 44). Les coefficients d'activité des chirurgiens spécialistes ont augmenté au cours de la dernière décennie dans presque toutes les provinces.

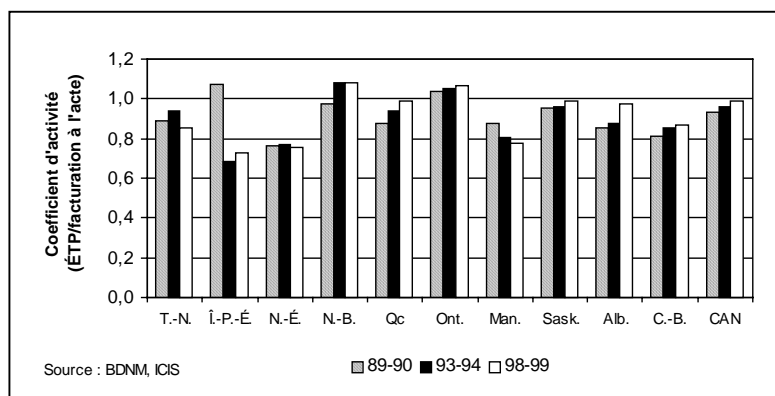


Figure 44. Coefficients d'activité médicale par province, médecins spécialistes, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Sexe

Les coefficients d'activité des femmes médecins équivalent à environ 75 à 80 % de leurs confrères (figure 46) et les coefficients ont progressé tant pour les hommes que les femmes médecins depuis 1989-1990.

Âge

Les coefficients d'activité les plus élevés pour tous les médecins sont observés chez les 50 à 59 ans, puis viennent ensuite les 40-49 ans et enfin les 60-69 ans (figure 47). Les coefficients d'activité pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 40-49 ans, ont progressé entre 1989-1990 et 1993-1994.

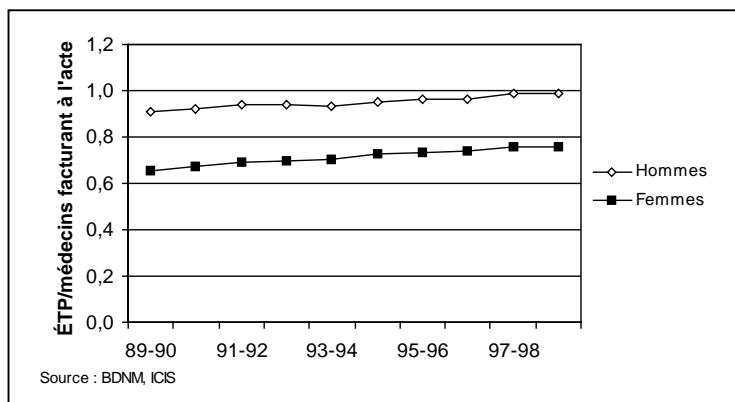


Figure 46. Coefficients d'activité médicale selon le sexe, Canada, 1989-1990 à 1998-1999

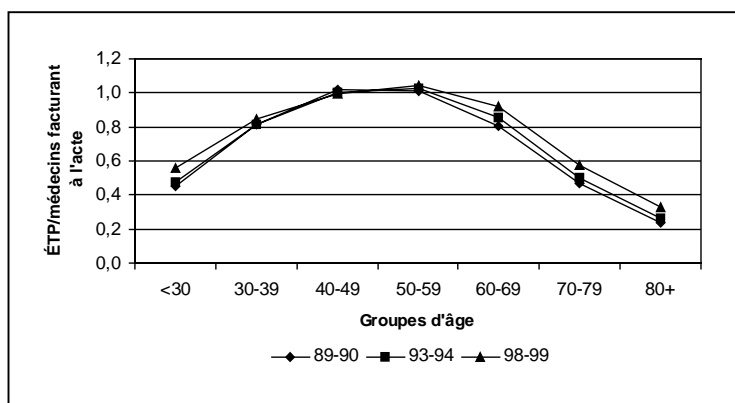


Figure 47. Coefficients d'activité médicale par groupe d'âge, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

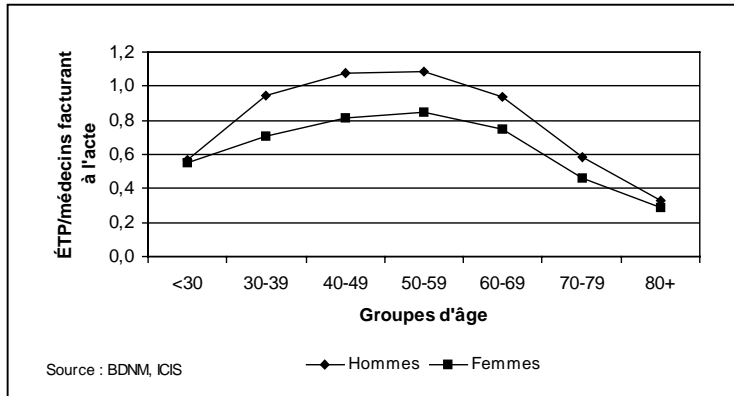


Figure 48. Coefficients d'activité médicale par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 1998-1999

Une analyse entre les hommes et femmes indique que les coefficients d'activité en 1998-1999 pour les hommes médecins sont les plus élevés entre 40-49 ans et 50-59 ans tandis que les femmes médecins sont plus actives entre 50 et 59 ans (figure 48). Les écarts des coefficients d'activité entre les hommes et femmes diminuent pour les groupes d'âge les plus et moins âgés, comportant peu de différence, voire aucune, pour les médecins âgés de moins de 30 ans et ceux âgés de plus de 80 ans. Les coefficients d'activité pour les hommes et femmes médecins présentent une progression pour tous les groupes d'âge depuis 1989-1990 et le changement le plus remarquable est survenu chez les femmes médecins âgées de 60 à 69 ans (figures 49 et 50).

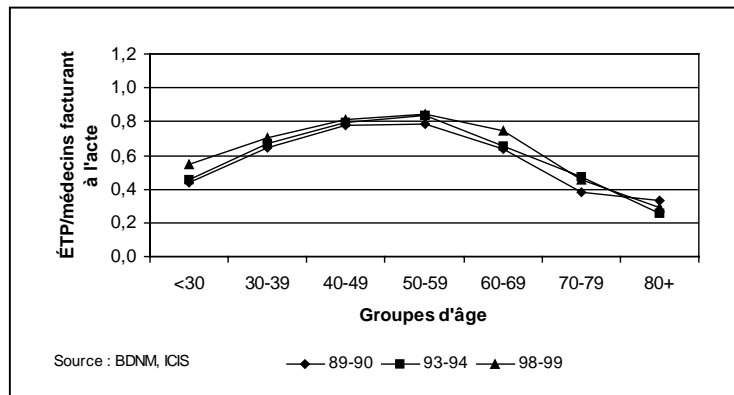


Figure 49. Coefficients d'activité médicale des femmes médecins par groupe d'âge, Canada, 1998-1999

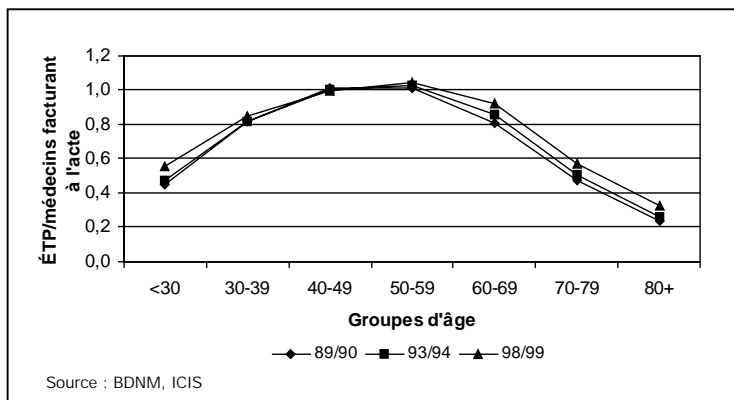


Figure 50. Coefficients d'activité médicale des hommes médecins par groupe d'âge, Canada, 1998-1999

Un examen des coefficients d'activité par groupe d'âge et grande spécialité indique que les chirurgiens spécialistes obtiennent les coefficients d'activité les plus élevés pour tous les groupes âgés de moins de 60 ans, on compte ensuite les médecins spécialistes et puis les

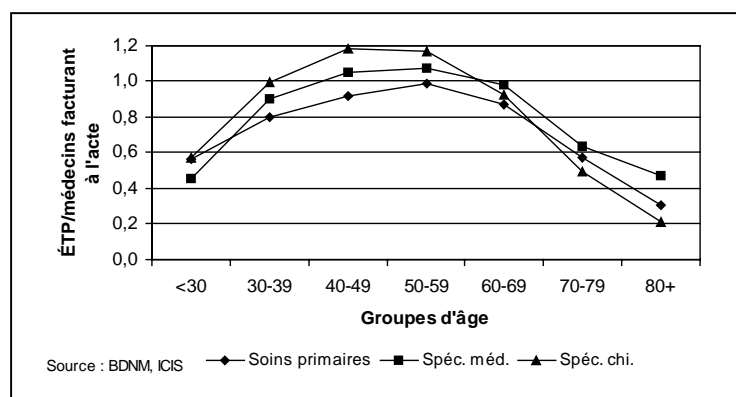


Figure 51. Coefficients d'activité médicale par groupe d'âge pour les grandes spécialités, Canada, 1998-1999

médecins de premier recours (figure 51). Après 60 ans, les médecins spécialistes ont les coefficients les plus élevés. Sur une longue période, on peut remarquer que les coefficients d'activité ont progressé pour presque tous les groupes d'âge au cours de la dernière décennie dans le cas des médecins de premier recours et des chirurgiens spécialistes. Dans le cas des spécialités médicales, l'augmentation en 1998-1999 a été plus importante chez les médecins âgés de plus de 60 ans.

Endroit d'obtention du diplôme

Le coefficient d'activité varie selon les diplômés d'écoles de médecine de différents pays. Les diplômés d'écoles à l'extérieur du Canada et des É.-U. affichent de façon constante les coefficients d'activité les plus élevés tandis que les diplômés américains ont le taux le plus bas (figure 52). Malgré tout, on note dans l'ensemble pour les trois groupes des niveaux d'activité accrus pendant les années 1990. De plus, les coefficients d'activité ont augmenté pour tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.

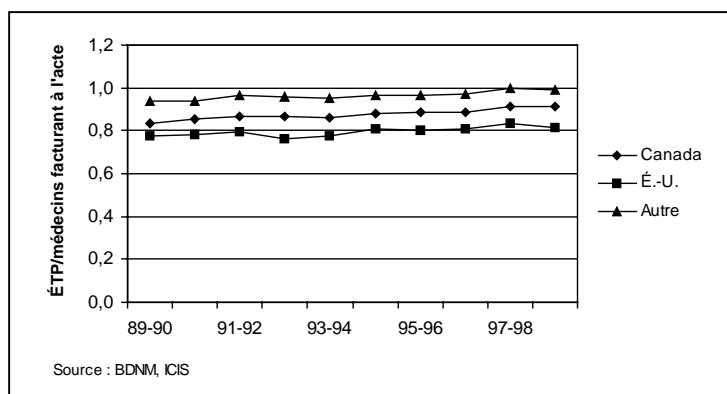
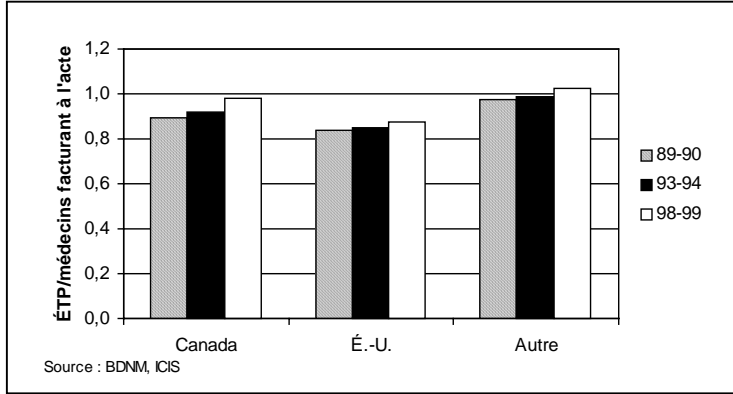


Figure 52. Coefficients d'activité médicale de tous les médecins selon l'endroit d'obtention du diplôme, Canada, 1989-1990 à 1998-1999



Une analyse selon le sexe indique que les activités des diplômés et des diplômées de toutes les écoles augmentent (figures 53 et 54) et les différences observées selon l'école d'obtention du diplôme sont constantes tant pour les diplômés que les diplômées.

Figure 53. Coefficients d'activité médicale des hommes médecins selon l'endroit d'obtention du diplôme, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

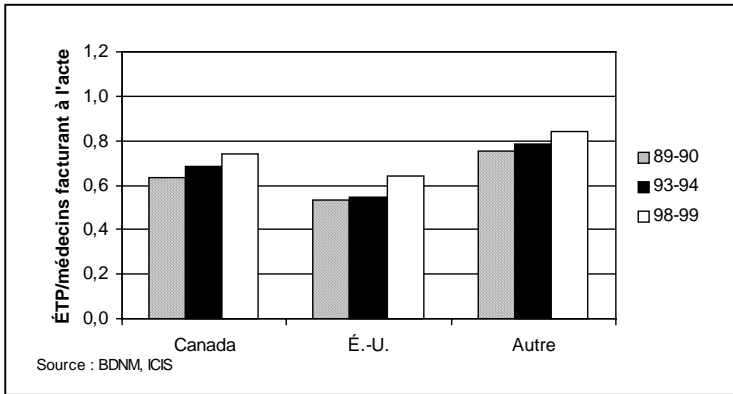


Figure 54. Coefficients d'activité médicale des femmes médecins selon l'endroit d'obtention du diplôme, Canada, 1989-1990, 1993-1994 et 1998-1999

Taille de la collectivité

Les coefficients d'activité varient selon la taille de la collectivité. Lorsque l'on étudie les coefficients d'activité de tous les médecins selon la taille de la collectivité, ils sont plus élevés dans les AR, viennent ensuite les RMR (figure 55).

Parmi les médecins de premier recours, le coefficient était plus élevé dans les AR et le moins élevé dans les RMR (figure 56). Les médecins de famille dans les régions autres que les AR et les RMR, qui exercent en milieu rural, comptant moins de 10 000 habitants, viennent au deuxième rang pour ce qui est des coefficients les plus élevés après les médecins dans les AR. Depuis 1993-1994, les coefficients d'activité ont progressé dans les AR et les RMR et l'augmentation la plus élevée a été observée dans les RMR.

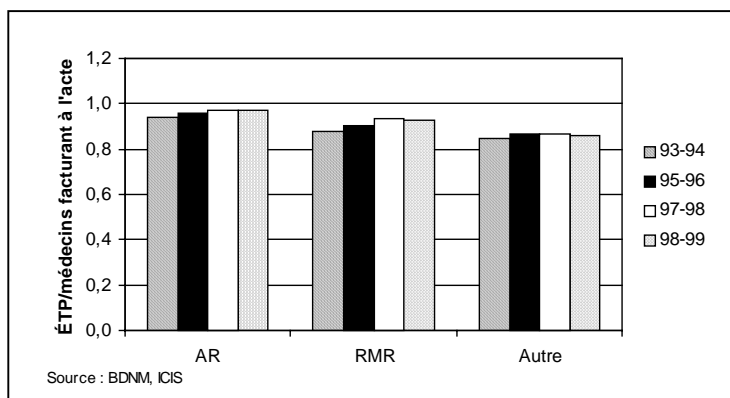


Figure 55. Coefficients d'activité médicale de tous les médecins selon la taille de la collectivité, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

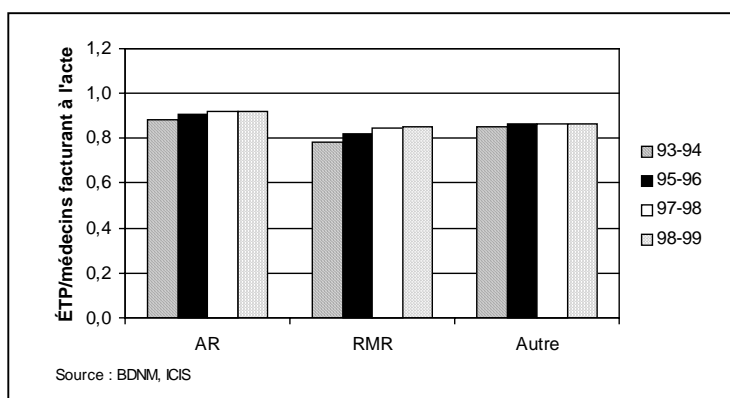


Figure 56. Coefficients d'activité médicale des médecins de premier recours selon la taille de la collectivité, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

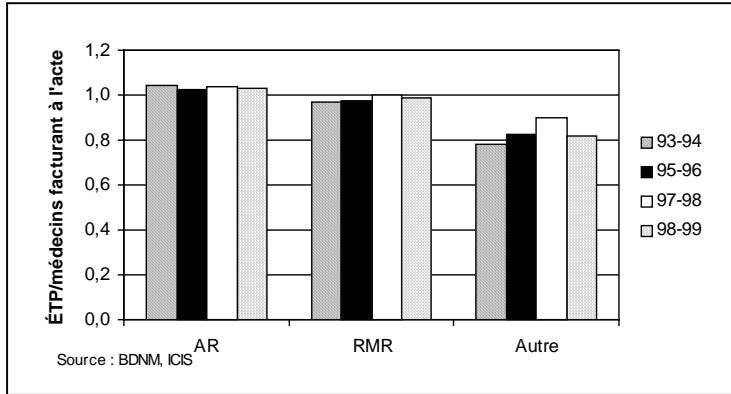


Figure 57. Coefficients d'activité médicale des médecins spécialistes selon la taille de la collectivité, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

Les coefficients d'activité les plus élevés dans le cas des médecins spécialistes ont été observés de façon constante dans les AR, puis dans les RMR et les coefficients les moins élevés se présentent à l'extérieur de ces deux groupes de collectivités (figure 57). Les coefficients d'activité pour les spécialistes chirurgicaux étaient plus élevés dans les AR et les RMR (figure 58).

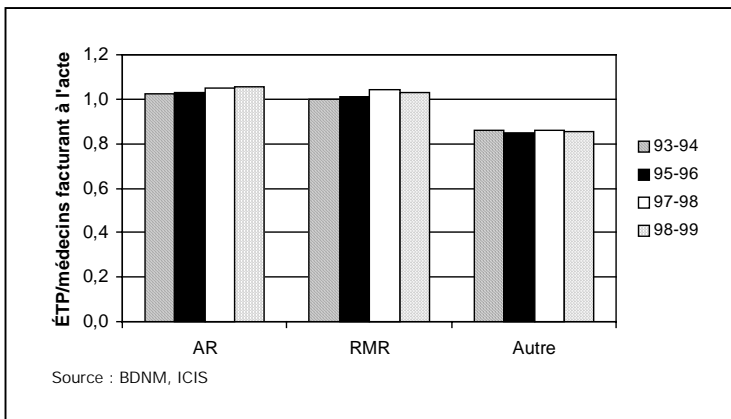


Figure 58. Coefficients d'activité médicale des chirurgiens spécialistes selon la taille de la collectivité, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

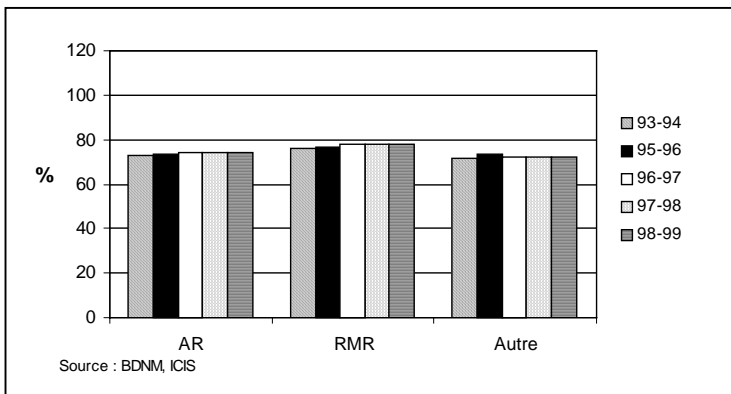


Figure 59. Coefficients d'activité médicale selon la taille de la collectivité, toutes les femmes médecins en tant que pourcentage de toutes les activités des hommes médecins, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

Une comparaison entre les coefficients d'activité des hommes et femmes médecins présente certaines différences intéressantes selon la taille de la collectivité. Pour toutes les femmes médecins en 1998-1999, le coefficient d'activité représentait environ 74 % de celui des hommes dans les AR, environ 78 % dans les RMR et 72 % à l'extérieur des AR et des RMR (figure 59). La situation est semblable pour le sous-groupe des femmes médecins de premier recours et les pourcentages pour les mêmes catégories s'élèvent à 73 %, à 78 % et à 71 % respectivement (figure 60). Le coefficient d'activité pour les femmes médecins spécialistes était plus élevé, environ 75 % de celui des hommes médecins dans les AR, 80 % dans les RMR et 78 % dans d'autres régions à l'extérieur des AR et des RMR (figure 61). Dans les régions à l'extérieur des AR et des RMR, le pourcentage a été le plus élevé en 1993-1994, a chuté tous les ans pour atteindre 78 % en 1998-1999. Dans le cas des chirurgiennes spécialistes, les coefficients d'activité représentaient environ 87 % de ceux de leurs confrères dans les AR et les RMR et dans les plus petites collectivités, le taux s'établissait à près de 107 % par rapport à celui de leurs confrères en 1993-1994 (figure 62). Le pourcentage a chuté depuis ce moment-là et se situe à environ 95 % en 1998-1999. Les écarts entre les sexes, par conséquent, sont influencés par les catégories des grandes spécialités et la taille de la collectivité.

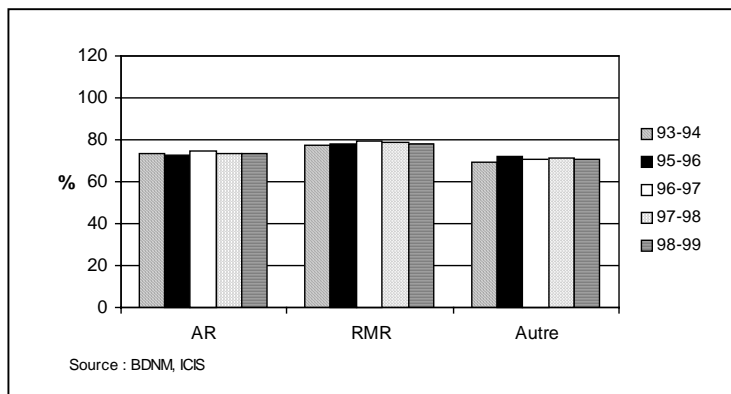


Figure 60. Coefficients d'activité médicale selon la taille de la collectivité, femme médecin de premier recours en tant que pourcentage de toutes les activités des hommes médecins de premier recours, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

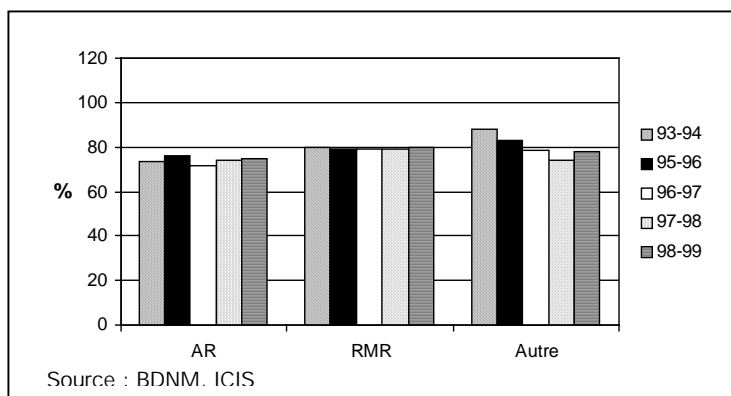


Figure 61. Coefficients d'activité médicale selon la taille de la collectivité, femme médecin spécialiste en tant que pourcentage de toutes les activités des hommes médecins spécialistes, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

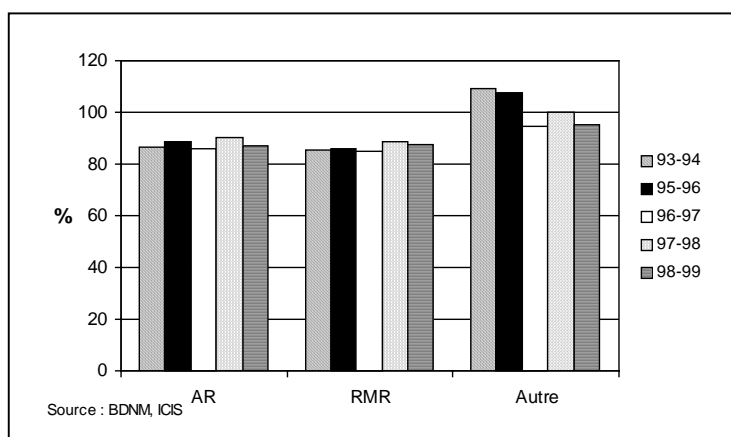


Figure 62. Coefficients d'activité médicale selon la taille de la collectivité, chirurgienne spécialiste en tant que pourcentage de toutes les activités des chirurgiens spécialistes, Canada, 1993-1994 à 1998-1999

Une comparaison des coefficients d'activité selon la taille de la collectivité et l'endroit d'obtention du diplôme en 1998-1999 indique que dans le cas des soins primaires et des spécialités médicales, les diplômés d'écoles situées à l'extérieur de l'Amérique du Nord obtiennent les coefficients d'activité les plus élevés pour les AR, les RMR et les régions qui ne sont pas comprises dans ces catégories (tableau 3). Pour les chirurgiens spécialistes, les personnes diplômées d'écoles de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord présentent également le coefficient d'activité le plus élevé dans les RMR, mais les personnes diplômées d'écoles de médecine au Canada affichent les coefficients les plus élevés dans les AR. À l'extérieur des AR et des RMR, les chirurgiens spécialistes diplômés d'écoles de médecine américaines obtiennent les coefficients d'activité les plus élevés.

Tableau 3. Coefficient d'activité des médecins selon la taille de la collectivité et l'endroit d'obtention du diplôme

| Endroit d'obtention du diplôme | RMR | AR ÉTP/facturation à l'acte | AUTRE* | TOTAL |
|---|------|--------------------------------|--------|-------|
| Médecins de premier recours facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | |
| Canada | 0,83 | 0,91 | 0,86 | 0,85 |
| É.-U. | 0,76 | 0,90 | 0,81 | 0,79 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 0,95 | 0,97 | 0,89 | 0,94 |
| Total | 0,85 | 0,92 | 0,86 | 0,86 |
| Médecins spécialistes facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | |
| Canada | 0,97 | 1,00 | 0,80 | 0,97 |
| É.-U. | 0,79 | 0,79 | 0,67 | 0,78 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 1,06 | 1,11 | 0,84 | 1,06 |
| Total | 0,99 | 1,03 | 0,82 | 0,99 |
| Chirurgiens spécialistes facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | |
| Canada | 1,03 | 1,06 | 0,88 | 1,03 |
| É.-U. | 1,00 | 1,02 | 0,97 | 1,01 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 1,03 | 1,02 | 0,80 | 1,01 |
| Total | 1,03 | 1,05 | 0,85 | 1,03 |
| Total des médecins facturant à l'acte au Canada 1998-1999 | | | | |
| Canada | 0,91 | 0,96 | 0,85 | 0,91 |
| É.-U. | 0,81 | 0,89 | 0,79 | 0,82 |
| Hors de l'Amérique du Nord | 1,01 | 1,02 | 0,88 | 0,99 |
| Total | 0,93 | 0,97 | 0,86 | 0,93 |
| * Non-RMR, AR | | | | |

Bibliographie

Full-time Equivalent Physicians – Interprovincial Comparisons, For 1983/84 to 1989/90, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, avril 1991.

Nombre et répartition des médecins au Canada, 1990, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, octobre 1991.

A Profile of Practicing Physicians in Canada from the National Physician Data Base, 1989–90, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, mars 1992.

Full-time Equivalent Physicians – Interprovincial Comparisons, Supplement 1990/91, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, août 1992.

Watanabe, M., Physician Resource Planning: quest for answers, Clin Invest Med, 17:3, 256–267, 1994.

Base de données médicales Southam. Nombre et répartition des médecins canadiens au Canada – Années choisies, 1961-1995, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1997.

Base de données médicales Southam, Migration internationale et interprovinciale des médecins au Canada – Années choisies, 1970-1995, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1997.

Base de données médicales Southam. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1996, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1997.

Base de données médicales Southam. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1997, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1998.

Base de données nationales sur les médecins. Médecins équivalents à temps plein Canada, 1989-1990 à 1993-1994, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1998.

Base de données nationales sur les médecins. Rapport sur les paiements moyens par médecin Canada, 1989-1990 à 1993-1994, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1998.

Base de données médicales Southam. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1998, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1999.

Rapport sur les médecins équivalents à temps plein Canada, de 1993-1994 à 1995-1996, Institut canadien sur la santé, Ottawa, 1999.

Rapport sur les paiements moyens par médecin Canada, de 1993-1994 à 1995-1996, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1999.

Base de données médicales Southam. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 1999, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2000.