

# Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu

R e s s o u r c e s   h u m a i n e s   d e   l a   s a n t é



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

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, 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  
495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ontario)  
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-738-9 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:  
*Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*  
ISBN 1-55392-736-2 (PDF)

# **Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu**

**Préparé par :**  
**Raymond W. Pong, Ph.D.**  
**Université Laurentienne, Sudbury (Ontario)**

**J. Roger Pitblado, Ph.D.**  
**Université Laurentienne, Sudbury (Ontario)**



# Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu

## Table des matières

Remerciements.....	i
Notes des auteurs.....	iii
Avant-propos .....	v
Sommaire .....	vii
1. Introduction .....	1
1.1 Historique.....	1
1.2 Au-delà du nombre .....	2
1.3 Objectifs de l'étude et structure du rapport.....	3
2. Données et méthodes.....	5
2.1 Populations cibles .....	5
2.2 Base de données médicales Southam .....	5
2.3 Base de données nationale sur les médecins.....	7
2.4 Sondage national auprès des médecins de 2004.....	8
2.5 Unités géographiques d'analyse et désignation des régions rurales et urbaines...	10
2.6 Mesure de la répartition inégale .....	13
3. Énumération et représentation sur carte des médecins au Canada .....	15
3.1 Répartition selon le sexe.....	21
3.2 Répartition selon l'âge .....	25
3.3 Répartition selon la langue .....	27
3.4 Diplômés internationaux en médecine.....	29
3.5 Répartition géographique inégale .....	31
3.6 Mesure de la distance .....	41
3.7 Révision du nombre de médecins : équivalents à temps plein.....	42
4. Différences dans les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain et rural .....	48
4.1 Différences entre le champ d'activité des médecins de famille de région urbaine et de région rurale .....	50
4.2 Différences dans les actes cliniques des médecins de famille selon la catégorie urbaine ou rurale .....	55
4.3 Changements faits et prévus dans le champ d'activité.....	58

# Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu

5. Résumé et discussion .....	60
5.1 Points saillants .....	60
5.2 Limites de l'étude et recherche à venir.....	63
Références .....	67

## Annexes

Annexe A — Liste des abréviations.....	A-1
Annexe B — Annexe technique.....	B-1
Annexe C — Catégories des spécialités médicales selon la Base de données médicales Southam .....	C-1
Annexe D — Catégories des spécialités médicales selon la Base de données nationale sur les médecins .....	D-1
Annexe E — Questions du Sondage national auprès des médecins de 2004.....	E-1
Annexe F — Répartition géographique des médecins selon la spécialité.....	F-1
Annexe G — Tableaux de données .....	G-1

## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les auteurs du présent document, Raymond W. Pong, Ph.D. et J. Roger Pitblado, Ph.D. M. Pong est directeur de recherche du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord (CRSRN) de l'Université Laurentienne de Sudbury, en Ontario. Il est également membre du corps professoral de l'École de médecine du Nord-Ontario et de l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne. M. Pitblado est professeur de géographie à l'Université Laurentienne et chercheur au CRSRN.

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

La présente étude est basée en partie sur des données originales recueillies pour la base de données du Sondage national auprès des médecins du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association médicale canadienne et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. L'ICIS et Santé Canada ont également contribué au sondage. Le Sondage national auprès des médecins, l'ensemble des données qu'il renferme et les documents du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association médicale canadienne et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada sont protégés par les droits d'auteur et ne peuvent être copiés ni reproduits en partie ou en totalité sans avoir obtenu la permission de ces organismes.





## Notes des auteurs

Nous avons préparé, en 1999, une étude pour Santé Canada sous le titre *Répartition géographique des médecins au Canada*<sup>1</sup>, la seule étude nationale, à notre connaissance, qui analyse les caractéristiques sous-provinciales et sous-territoriales des médecins au Canada, de même que leur répartition géographique. L'étude était basée sur des données de 1996 ou antérieures à 1996. Nous remercions l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui nous a donné la possibilité de mettre à jour et de développer notre étude.

La présente publication n'aurait pas vu le jour sans l'appui de plusieurs personnes de la Division des ressources humaines de la santé. Nous tenons également à remercier la Division des dépenses de santé de l'ICIS pour leur contribution.

Ce rapport vise à fournir une description et un aperçu que nous estimons objectifs de certains aspects géographiques de la main-d'œuvre des médecins au Canada. Nous espérons qu'il sera utile aux responsables de l'élaboration des politiques, aux planificateurs et aux chercheurs qui s'intéressent aux ressources humaines de la santé, particulièrement les médecins. Notre intention n'était pas de formuler des recommandations politiques dans le cadre du présent rapport, quoique les lecteurs puissent en déduire autrement. Les déclarations ci-incluses relèvent totalement de la responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les points de vue de l'ICIS ou des personnes qui ont passé le rapport en revue.

Raymond W. Pong, Ph.D.

J. Roger Pitblado, Ph.D.



## Avant-propos

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est l'une des principales sources d'information de qualité, fiable et opportune sur la santé au Canada. De plus en plus, les Canadiens se tournent vers lui afin d'obtenir de l'information digne de confiance. L'ICIS est un organisme pancanadien sans but lucratif dirigé par un conseil d'administration compétent et actif dont les 16 membres concilient les secteurs de la santé et les régions du Canada.

Le partenariat est au cœur des réalisations de l'ICIS, un centre de liaison pour la collaboration entre les principaux acteurs de la santé — des gouvernements provinciaux et territoriaux aux régies régionales de la santé et aux hôpitaux, en passant par le gouvernement fédéral, les chercheurs et les associations qui représentent les professionnels des soins de santé. Cette coopération se traduit par un système d'information sur la santé fort et adapté.

Devenu une source indispensable d'information, l'ICIS fournit des statistiques et des analyses essentielles sur la santé et le système de santé à l'intention des Canadiens qui cherchent réponse à des questions cruciales sur la prestation des soins de santé. Est-ce que le système de santé forme assez de professionnels de la santé? Utilise-t-il leurs compétences de façon optimale? Les Canadiens bénéficient-ils d'un accès raisonnable aux services de santé dont ils ont besoin? Investissons-nous dans les bonnes ressources et dans le bon équipement?

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez notre site Web : [www.icis.ca](http://www.icis.ca).



## Sommaire

Les soins de santé représentent une industrie à forte densité de travailleurs qui sont le pilier du système de santé. La répartition géographique disproportionnée des dispensateurs de soins est l'un des principaux problèmes en matière de personnel de la santé. On entend par répartition disproportionnée la non-concordance entre la répartition spatiale des habitants et celle des dispensateurs de soins. Bien qu'il puisse s'agir d'un problème endémique qui touche plusieurs types de travailleurs de la santé, c'est la répartition disproportionnée des médecins qui a retenu l'attention du public, des médias, des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs de la santé et des chercheurs.

En 1999, une étude intitulée *Répartition géographique des médecins au Canada* a été publiée, laquelle fait état de la répartition des médecins au Canada en utilisant des données principalement du milieu des années 1990<sup>1</sup>. Mais la nature et l'étendue de la répartition disproportionnée, et possiblement la perception du public à ce sujet, sont en train de changer, tout comme notre vision de ce qu'est la répartition disproportionnée. La présente étude s'appuie sur les données disponibles les plus récentes pour mettre à jour et développer la publication de 1999.

Dans le passé, les études portant sur la répartition géographique des médecins mettaient l'accent presque exclusivement sur le dénombrement des effectifs médicaux dans chaque collectivité, comté, région, province, territoire ou pays. Cette méthode de dénombrement est de plus en plus critiquée car, dans l'analyse finale, la prestation des soins médicaux, non seulement le nombre de médecins, peut être plus pertinente pour répondre aux besoins en soins de santé. Aussi, nous faut-il aller au-delà de « où » et « combien », d'où l'introduction de la notion d'équivalent à temps plein (ETP). L'ETP est utilisé en tant qu'unité normalisée pour mesurer les ressources humaines lorsque sont prises en considération les variations dans la prestation de services médicaux.

En outre, de plus en plus de preuves indiquent que les tendances relatives à la pratique des médecins changent, surtout chez les médecins de famille qui constituent la grande majorité des médecins en milieu rural. Dans le passé, ces derniers fournissaient toute une gamme de services médicaux, puisqu'il est souvent difficile, voire impossible, d'accéder à des soins d'un spécialiste dans une région rurale. Toutefois, de plus en plus de médecins de famille ont restreint leur champ d'activité<sup>†</sup>, laissant ainsi un vide dans certains services médicaux dispensés à l'échelle locale. Donc, pour bien comprendre la répartition géographique des médecins, il nous faut considérer non seulement le nombre et le lieu des médecins, mais aussi la charge et la nature de leur travail.

---

<sup>†</sup> Le terme « champ d'activité » utilisé dans le présent rapport correspond à la gamme de services fournis par un médecin à ses patients. Il ne désigne pas la définition légale de ce qu'un médecin est autorisé à faire.

La présente étude puise dans trois sources de données : la Base de données médicales Southam pour le nombre de médecins actifs au Canada en 2004 (il s'agit de la principale source de données utilisée pour décrire la répartition géographique des médecins); la Base de données nationale sur les médecins, en date de mars 2005, pour le nombre de médecins ETP en 2002; le Sondage national auprès des médecins de 2004 pour les différences dans les caractéristiques de pratique entre les médecins de famille dans les régions rurales et leurs collègues dans les régions urbaines.

Dans cette étude, les différences entre les régions rurales et urbaines correspondent à la définition de Statistique Canada du « milieu rural » comme étant les régions rurales et les petites villes du Canada, et du « milieu urbain » comme étant les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement. Les collectivités urbaines sont divisées en plus petites catégories selon le nombre d'habitants. Les régions rurales et les petites villes sont classées en zones d'influence métropolitaine (ZIM) en fonction du pourcentage de ses résidents qui font la navette pour aller travailler dans le noyau urbain d'une région métropolitaine de recensement ou d'une agglomération de recensement. Les catégories hiérarchiques urbaines et rurales utilisées dans la présente étude sont comme suit (avec des exemples pour chaque catégorie) :

### **Collectivités urbaines**

- Au moins 1 000 000 habitants (Montréal au Québec, Toronto en Ontario, Vancouver en Colombie-Britannique);
- de 500 000 à 999 999 habitants (Calgary en Alberta, Québec au Québec, Winnipeg au Manitoba);
- de 100 000 à 499 999 habitants (Halifax en Nouvelle-Écosse, London en Ontario, Victoria en Colombie-Britannique);
- de 50 000 à 99 999 habitants (Charlottetown à l'Île-du-Prince-Édouard, Fredericton au Nouveau-Brunswick, Kamloops en Colombie-Britannique);
- de 25 000 à 49 999 habitants (Moose Jaw en Saskatchewan, Rimouski au Québec, Truro en Nouvelle-Écosse);
- de 10 000 à 24 999 habitants (Estevan en Saskatchewan, Grand Falls–Windsor à Terre-Neuve-et-Labrador, Yellowknife dans les Territoires du Nord-Ouest).

### **Collectivités rurales**

- ZIM forte (Conception Harbour à Terre-Neuve-et-Labrador, Escuminac au Québec, Stirling en Alberta);
- ZIM modérée (Cardigan à l'Île-du-Prince-Édouard, Gananoque en Ontario, Kimberley en Colombie-Britannique);
- ZIM faible (Chance Cove à Terre-Neuve-et-Labrador, Lunenburg en Nouvelle-Écosse, Pinawa au Manitoba);
- Aucune ZIM (Grand Manan au Nouveau-Brunswick, Miminegash à l'Île-du-Prince-Édouard, Minton en Saskatchewan);
- Territoires, à l'exclusion de Whitehorse et de Yellowknife (Iqaluit au Nunavut, Norman Wells dans les Territoires du Nord-Ouest, Watson Lake au Yukon).

Dans le chapitre 4, les 11 catégories de classification géographique ont été réduites à 6 catégories pour analyser les données du Sondage national auprès des médecins de 2004, et ce, en raison du petit nombre de répondants au sondage, particulièrement dans les régions rurales.

Voici les points saillants du rapport :

### **Situation géographique des médecins au Canada**

- Même si la pénurie de médecins peut se faire sentir dans n'importe quel milieu géographique, urbain ou rural, les médecins canadiens, particulièrement les médecins spécialistes, sont concentrés dans les régions urbaines. Un peu moins de 16 % des médecins de famille (dans cette étude, le terme « médecins de famille » comprend les omnipraticiens) et 2,4 % des spécialistes étaient situés dans les régions rurales et les petites villes du Canada, qui comptaient 21,1 % des habitants en 2004.
- En 2004, 9,4 % de tous les médecins se trouvaient dans des régions rurales, contre 21,1 % des Canadiens. Ces chiffres varient légèrement de ceux de 1996 (9,8 % et 22,2 % respectivement). En d'autres termes, la situation nationale n'a pas changé considérablement durant la période de huit ans.
- La relation disproportionnée entre la répartition géographique de la population canadienne et celle des médecins est résumée par des coefficients Gini. Le coefficient Gini (soit « G ») peut varier de 0 à 1. Dans le contexte du présent rapport, un coefficient Gini égal à 0 correspondrait à une répartition parfaitement proportionnelle égale des médecins et de la population. À l'échelle des divisions de recensement, la répartition de tous les médecins par rapport à la répartition de la population est égale à un coefficient G de 0,25.
- La répartition proportionnelle des médecins de famille à l'échelle des divisions de recensement se rapproche davantage de celle de la population ( $G = 0,15$ ). Toutefois, il existe un plus grand écart entre le lieu de résidence des habitants et le lieu d'exercice des médecins lorsque sont examinées des spécialités telles que la médecine d'urgence ( $G = 0,58$ ), la psychiatrie ( $G = 0,46$ ), la chirurgie orthopédique ( $G = 0,37$ ) ainsi que l'obstétrique et la gynécologie ( $G = 0,36$ ).
- Les résultats de la représentation sur carte montrent que les résidents de certaines collectivités rurales peuvent se situer à plus de 100 kilomètres (voire plusieurs centaines de kilomètres dans le cas des territoires) d'un médecin spécialiste, y inclus un obstétricien, un pédiatre et un chirurgien général.

### **Répartition selon le sexe**

- Dans les régions urbaines, 67,8 % des médecins sont des hommes et 32,2 %, des femmes. Dans les régions rurales, 69,7 % des médecins sont des hommes et 30,3 %, des femmes.
- Dans les régions urbaines, seulement 44,0 % des hommes médecins sont des médecins de famille ou des omnipraticiens, contre 55,9 % des femmes médecins. Dans les régions rurales, 85,8 % des hommes médecins et 91,3 % des femmes médecins sont des médecins de famille ou des omnipraticiens.

## Répartition selon l'âge

- L'âge moyen des médecins en milieu urbain diminue à mesure que la taille de la collectivité urbaine diminue. Cette tendance est particulièrement évidente chez les femmes médecins puisque leur âge moyen est de 45,0 ans dans les plus grands centres urbains et 42,0 ans dans les plus petits centres. Dans la même veine, l'âge moyen des médecins dans les régions rurales diminue au fur et à mesure que diminue l'influence métropolitaine. Par exemple, l'âge moyen des hommes médecins dans les ZIM fortes est de 52,2 ans, contre 47,8 ans dans les collectivités sans ZIM.

## Répartition selon la langue

- Au Québec, 83,0 % des médecins s'expriment en français. Cependant, une simple analyse provinciale et territoriale peut cacher des variations sous-provinciales et sous-territoriales. Le pourcentage élevé des médecins francophones dans les collectivités qui comptent de 25 000 à 49 999 habitants (40,7 %) et dans les collectivités sans ZIM (44,9 %) peut être signe d'une concentration d'habitants et de médecins francophones dans des régions comme le Nord de l'Ontario et les régions rurales du Manitoba.

## Diplômés internationaux en médecine

- À l'échelle nationale, le pourcentage de diplômés internationaux en médecine (DIM) au sein de la main-d'œuvre médicale canadienne a poursuivi sa faible baisse au cours des dernières années, passant de 23,1 % en 2000 à 22,6 % en 2003 à 22,3 % en 2004. En 2004, les DIM représentaient 26,3 % de tous les médecins dans les régions rurales du Canada, contre 21,9 % dans les régions urbaines. Les DIM représentaient également 26,9 % des médecins de famille dans les régions rurales, contre 22,6 % dans les régions urbaines. En d'autres termes, le Canada rural compte davantage sur les médecins formés à l'étranger que le Canada urbain.

## Révision du nombre de médecins : équivalents à temps plein

- Les médecins peuvent travailler à temps plein ou partiel. En tenant compte de ces variations, la présente étude examine le nombre de médecins équivalents à temps plein (ETP). Contrairement au dénombrement des effectifs, la méthode ETP compte chaque médecin comme étant inférieur, égal ou supérieur à un médecin selon la charge de travail.
- En 2002, la valeur ETP moyenne des médecins rémunérés à l'acte était égale à 0,83; celle des femmes et des hommes médecins était de 0,69 et 0,89 respectivement.
- En ce qui a trait aux groupes d'âge, l'ETP moyen en 2002 variait de 0,63 chez les médecins de moins de 35 ans à 0,94 chez les médecins de 55 à 59 ans. Parmi les hommes médecins, l'ETP moyen était le plus élevé (0,98) dans les groupes d'âge de 45 à 49 ans, de 50 à 54 et de 55 à 59 ans. Parmi les femmes médecins, l'ETP moyen était le plus élevé (0,79) dans le groupe d'âge de 55 à 59 ans.
- En 2002, les ophtalmologues ont généré l'ETP moyen le plus élevé (0,91). Les valeurs ETP étaient comparativement inférieures parmi les neurochirurgiens (0,78), les pédiatres (0,80), les chirurgiens orthopédistes (0,81), les chirurgiens généraux (0,81) et les médecins de famille (0,81).



- Au moyen des valeurs ETP, la présente étude montre qu'en 2002, le Canada comptait 53 148 médecins rémunérés à l'acte, mais seulement 44 150 médecins ETP. Il s'agit d'une baisse globale de 16,9 % dans le nombre « réel » de médecins rémunérés à l'acte au Canada.

### **Caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain et rural**

- Les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain et en milieu rural ont tendance à être différentes. Plus particulièrement, le champ d'activité des médecins en milieu rural a tendance à être plus vaste. Ces derniers effectuent aussi davantage d'interventions cliniques. Ces résultats correspondent aux résultats basés sur d'autres enquêtes nationales relatives aux médecins de famille canadiens et aux résultats d'autres études basées sur des données administratives secondaires.
- Les résultats de la présente étude indiquent que le grand éventail d'actes et de services cliniques que les médecins de famille en milieu rural assurent peut combler une lacune en services découlant du nombre relativement insuffisant de médecins spécialistes dans les régions rurales et éloignées du pays.
- Bien que les médecins de famille en milieu rural aient tendance à avoir un champ d'activité plus vaste que leurs confrères en milieu urbain, plusieurs études basées sur des données administratives secondaires ont montré que le champ d'activité des médecins de famille canadiens s'est rétréci depuis les 10 dernières années environ. Au moyen de données autodéclarées sur les changements dans les modes de pratique au cours des dernières années et sur les changements prévus, la présente étude confirme que les médecins de famille en milieux rural et urbain sont plus susceptibles de réduire leur champ d'activité que de l'élargir. Les incidences de ces tendances sur la main-d'œuvre et les services, particulièrement dans les régions rurales du Canada, méritent une attention particulière.



# 1. Introduction

## 1.1 Historique

Les soins de santé représentent une industrie à forte densité de travailleurs qui sont le pilier du système de santé. Sans dispensateurs de soins comme les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les technologues de laboratoire, les archivistes médicaux et les préposés aux services à domicile, les soins de santé n'existeraient pas. Selon la plupart des estimations, au moins 70 % des dépenses de santé sont liées aux salaires, aux avantages sociaux et à la rémunération à l'acte. À cet effet, plusieurs commissions et groupes de travail sur les soins de santé, comme la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie et le Conseil canadien de la santé, ont récemment incité les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à examiner de près les questions relatives aux ressources humaines de la santé. À l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a voulu souligner l'importance de la main-d'œuvre de la santé en déclarant les années de 2006 à 2015 « Décennie des ressources humaines pour la santé ».

Selon l'OMS, il y a déséquilibre dans les ressources humaines de la santé lorsque la composition, le niveau et l'utilisation des dispensateurs de soins ne permettent pas d'atteindre les objectifs optimums d'un système de santé<sup>2</sup>. Zurn et ses collaborateurs ont identifié cinq types de déséquilibre : déséquilibre entre la profession et la spécialité, déséquilibre géographique, déséquilibre dans les établissements et les services, déséquilibre entre les secteurs public et privé et déséquilibre entre les sexes<sup>3</sup>. Sur le sujet de la main-d'œuvre de la santé, Ray a établi que la répartition géographique disproportionnée des dispensateurs de soins est à la tête de quatre déséquilibres de répartition après le déséquilibre relatif à la profession, le déséquilibre entre les spécialités et le déséquilibre entre les établissements<sup>4</sup>.

Le terme « déséquilibre dans la répartition géographique », couramment appelé « répartition disproportionnée », désigne la non-concordance entre la répartition spatiale des habitants et celle des dispensateurs de soins. Bien qu'il puisse s'agir d'un problème endémique qui touche plusieurs types de dispensateurs de soins, c'est la répartition disproportionnée des médecins qui a retenu l'attention du public, des médias, des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs des soins de santé et des chercheurs. Même si cette répartition géographique disproportionnée existe dans plusieurs pays, développés et en voie de développement, riches ou pauvres, les conséquences peuvent être plus considérables dans les pays à grande superficie, aux populations dispersées et au développement économique régional inégal comme l'Australie, le Brésil, le Canada, la Chine et les États-Unis.

Le Canada a un système de santé universel dont l'accessibilité est l'un des cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*, principe qui, en règle générale, garantit que les moyens financiers ne constituent pas un obstacle à l'accès aux soins médicalement nécessaires, particulièrement dans un pays aussi vaste et, par endroit, aussi faiblement peuplé que le Canada. Sur la question des disparités en matière d'accès aux soins de santé, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada explique : « ...on pourrait dire que l'offre de soins est régie par une "loi inverse". Les habitants des collectivités rurales ont

une moins bonne santé et des besoins en soins de santé primaires plus grands que les habitants des centres urbains, mais ils sont moins bien desservis et ils ont plus de mal à avoir accès aux services de santé »<sup>5</sup>. En conséquence, les questions relatives à l'accès s'inscrivent dans le cadre de la planification des soins de santé au Canada.

Une étude publiée en 1999 traitait de la répartition géographique des médecins tout en faisant ressortir les problèmes relatifs à la répartition disproportionnée des médecins au Canada<sup>1</sup>. Mais la nature et l'étendue de la répartition disproportionnée ainsi que la perception du public à ce sujet changent, tout comme notre vision de ce qu'est la répartition disproportionnée. Le vieillissement et le sexe de la main-d'œuvre médicale, et leurs conséquences sur la prestation des services de santé, exigent une attention continue, tout comme les facteurs tels que la baisse de l'intérêt des nouveaux diplômés en médecine à devenir des médecins de famille, les changements dans la pratique médicale ainsi que les diverses initiatives politiques visant à recruter des médecins en milieu rural et à les maintenir en poste.

Parallèlement, la recherche sur la répartition géographique des médecins est devenue plus complexe dans le sens que nous savons maintenant que le nœud de la question ne se limite pas au nombre de médecins et où ils se trouvent. D'autres facteurs peuvent améliorer ou aggraver la situation. Aussi, une étude de la répartition géographique des médecins doit-elle voir plus loin que le « combien » et le « où ». Les gens ne se contentent plus de connaître le ratio entre les médecins et la population; ils posent beaucoup plus de questions comme : Qu'est-ce qu'un ratio approprié entre les médecins et la population et est-il atteint dans les régions urbaines ainsi que rurales? Que font les médecins? Combien de patients voient-ils? Quels sont les moyens pour retenir les médecins recrutés dans une collectivité rurale? Quels sont les besoins en soins de la population dans la région? Quelle est la relation entre le nombre de médecins et l'état de santé de la population? La présente étude tentera de répondre à une partie de ces questions. En ce sens, elle représente une suite et une mise à jour du rapport de 1999 intitulé *La répartition géographique des médecins au Canada*<sup>†</sup>.

## 1.2 Au-delà du nombre

Les études antérieures sur la répartition géographique mettaient l'accent presque exclusivement sur le dénombrement des médecins par collectivité, comté, région, province, territoire ou pays. Cette méthode, de plus en plus jugée inadéquate, est encore très à la mode si l'on en juge par l'omniprésence du ratio entre les médecins et la population ou du ratio entre la population et les médecins dans la recherche et la littérature sur les services de santé. Les ratios entre les médecins et la population basés sur le nombre de médecins, grandement utilisés et toujours utiles, devraient servir de point de départ pour discuter de la répartition de la main-d'œuvre et de la suffisance du nombre d'effectifs.

---

† La présente étude ne comprend pas une évaluation de la littérature sur les questions liées à la répartition des médecins, déjà réalisée par Pitblado et Pong<sup>1</sup>. Leur travail a également été à l'origine de deux autres publications<sup>6, 7</sup>. Les personnes désirant en savoir plus sur les questions conceptuelles et méthodologiques relatives à la répartition des médecins devraient consulter les publications mentionnées dans la section des références.

Certains chercheurs et planificateurs des soins de santé sont allés au-delà du simple dénombrement, car ils ont réalisé que les soins médicaux ne sont pas dispensés de façon uniforme parmi tous les médecins. Certains médecins travaillent de plus longues heures que d'autres, d'autres voient plus de patients dans une période donnée. En conséquence, la notion d'équivalent à temps plein (ETP) a été introduite pour tenir compte de la quantité variable de services cliniques fournis, surtout que la main-d'œuvre médicale vieillit et que le nombre de femmes médecins augmente. On sait que les médecins près de la retraite ont tendance à réduire leur charge de travail. Représentant une proportion plus importante chez les médecins en bas âge, les femmes médecins, quant à elles, travaillent moins d'heures par jour et moins de journées par an que leurs confrères, peut-être à cause de la grossesse et des responsabilités inhérentes<sup>8</sup>. L'ETP sert d'unité normalisée de mesure des ressources humaines lorsque sont prises en considération les variations dans la prestation des services médicaux.

En outre, de plus en plus de preuves démontrent que les tendances relatives à la pratique des médecins changent, particulièrement chez les médecins de famille. En effet, de plus en plus de médecins de famille abandonnent plusieurs services médicaux ou interventions qui faisaient habituellement partie de leur champ d'activité. Bien qu'on ignore les raisons d'un tel changement, les conséquences sur les régions rurales et les petites villes du Canada peuvent être particulièrement importantes.

La grande majorité des médecins dans les régions rurales sont des médecins de famille. Auparavant, ils fournissaient un vaste éventail de services, car les orientations vers des spécialistes ou l'accès à des soins spécialisés sont souvent impossibles. La réduction du champ d'activité des médecins de famille en milieu rural peut diminuer le nombre de services médicaux accessibles localement, même si le nombre de médecins ne change pas et s'ils travaillent le même nombre d'heures. Alors que les grands centres urbains peuvent combler ce manque de services par d'autres dispensateurs, les collectivités rurales et les régions éloignées n'ont pas cette chance. Nous devons donc tenir compte non seulement du nombre de médecins et de leur emplacement, mais aussi de la quantité de travail qu'ils effectuent et de ce qu'ils font si nous voulons bien comprendre le processus de répartition géographique des médecins.

### **1.3 Objectifs de l'étude et structure du rapport**

La présente étude vise à examiner la répartition des médecins au Canada au moyen des données les plus récentes de plusieurs sources. La répartition spatiale des médecins y est décrite plus ou moins en détail. Toutefois, l'étude ne vise pas qu'à présenter des données sur la répartition des médecins par rapport à celle de la population canadienne. Elle décrit comment les médecins dans des collectivités dont la taille varie diffèrent relativement à certaines caractéristiques démographiques. L'étude porte aussi sur la quantité de travail que les médecins effectuent, sur ce qu'ils font et sur les différences urbaines et rurales.

Le reste du rapport est divisé en quatre chapitres. Le chapitre 2 décrit les sources de données qui seront analysées dans les chapitres suivants et les méthodologies qui seront utilisées dans l'analyse. Le chapitre 3 inclut une discussion de la répartition géographique des médecins par rapport à leur nombre et à celui des ETP. Il examine également les différences urbaines et rurales, le cas échéant, entre certaines caractéristiques démographiques importantes telles que l'âge, le sexe et la langue. Le chapitre 4 met l'accent sur les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain et rural, particulièrement les différences entre les milieux urbain et rural, le cas échéant, dans le champ d'activité des médecins de famille. Il explore également pourquoi certaines différences sont susceptibles d'engendrer d'importantes conséquences. Le dernier chapitre résume les principales constatations et souligne certaines limites de l'étude.

Les annexes incluent des détails techniques et méthodologiques ainsi que des tableaux statistiques. L'annexe A inclut une liste des abréviations utilisées dans le présent rapport.

## 2. Données et méthodes

Le présent chapitre décrit les sources et les caractéristiques des données utilisées dans l'étude et aborde brièvement les méthodes utilisées pour analyser les données. L'annexe B contient plus de détails méthodologiques.

### 2.1 Populations cibles

Tous les médecins, les médecins de famille et les spécialistes sont inclus lorsqu'il s'agit du nombre et de l'emplacement des médecins. Dans la même veine, les données sur les équivalents à temps plein (ETP) sont présentées pour les médecins de famille et les spécialistes. Quant aux différences urbaines et rurales dans les caractéristiques de pratique, l'étude met l'accent sur les médecins de famille seulement, car ils constituent la grande majorité des médecins qui travaillent dans les régions rurales et les petites villes du Canada et en raison de la source des données utilisées (explication plus bas).

La présente étude puise dans des bases de données administrées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou dans des bases de données dont il dispose, soit :

- **Base de données médicales Southam (BDMS, N = 60 612)** : contient des données sur tous les médecins actifs au Canada en 2004, à l'exclusion des résidents et des médecins qui ne sont pas inscrits auprès d'un ordre provincial ou territorial des médecins et qui ont communiqué leur choix au BI Group de ne pas publier les renseignements à leur sujet dans le *Canadian Medical Directory*.
- **Base de données nationale sur les médecins (BDNM, N = 53 148)** : contient des données sur tous les médecins rémunérés à l'acte en 2002-2003.
- **Sondage national auprès des médecins de 2004 (n = 11 041 médecins de famille)** : contient des données sur les médecins de famille canadiens qui ont répondu au sondage de 2004.

### 2.2 Base de données médicales Southam

La présente étude utilise les données de 2004 de la Base de données médicales Southam (BDMS), qui renferme de l'information sur les médecins dans toutes les provinces et dans tous les territoires. L'information contenue dans la BDMS est recueillie par le Business Information Group (BI Group), une filiale de Hollinger Canadian Newspaper Publications Company pour produire le *Canadian Medical Directory* et d'autres produits commerciaux. L'ICIS met à jour la BDMS grâce aux fichiers de données annuels acquis du BI Group.

La liste suivante comprend seulement les éléments utilisés et, le cas échéant, les catégories des éléments utilisés. De plus amples renseignements, y compris la liste complète des éléments de la BDMS, sont accessibles sur le site Web de l'ICIS à [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

- **Code d'activité médicale** : Les résultats de l'étude sont basés sur tous les médecins « actifs », c'est-à-dire les médecins qui ont un doctorat en médecine et une adresse valide (le courrier acheminé au médecin n'est pas retourné). Les médecins actifs comprennent les administrateurs, les professeurs qui travaillent à temps plein ou partiel, etc., mais qui ne dispensent peut-être pas de services cliniques. Cette méthodologie concorde avec celles qui sont utilisées par l'ICIS afin de produire des rapports annuels sur le nombre de médecins civils actifs.
- **Catégorie de médecins** : Les valeurs relatives à cet élément de données identifient les omnipraticiens et les médecins spécialistes. Le terme « omnipraticien » équivaut au terme « médecin de famille ». Ce dernier inclut les omnipraticiens (médecins sans spécialité médicale courante agréée au Canada) ainsi que les spécialistes en médecine familiale et en médecine familiale d'urgence.
- **Spécialité médicale courante** : L'enregistrement des médecins dans la BDMS permet la codification de quatre spécialités. Si plus d'une spécialité est énumérée, le spécialiste figure sous la spécialité agréée la plus récente en présumant que celle-ci représente le plus fidèlement le domaine d'exercice actuel. L'annexe C contient plus de détails sur cet élément et une liste des principales spécialités et sous-spécialités.
- **Indicateur du pays d'obtention du doctorat** : Canada, États-Unis, à l'étranger ou non précisé. Comme en font foi les réponses valides citées (sauf « non précisé »), l'indicateur du pays d'obtention du doctorat permet de savoir si un médecin a obtenu son diplôme au Canada, aux États-Unis ou à l'étranger.
- **Âge (dérivé par l'ICIS)** : Une simple soustraction permet de dériver l'âge des médecins à partir de leur année de naissance. Dans le cas des médecins avec une date de naissance inconnue, l'âge est calculé au moyen de l'année d'obtention du doctorat en médecine avec l'âge au moment de l'obtention du doctorat en médecine comme étant 25 ans.
- **Code postal** : L'information géographique est basée sur le code postal de l'adresse où le médecin préfère recevoir son courrier. Elle permet de classer les médecins par unité géographique relativement grande afin de générer des chiffres agrégés aux fins de présentation des données. La section 2.5 énumère les diverses unités géographiques utilisées.
- **Langue** : Français ou anglais. Cet élément indique la langue de correspondance préférée du médecin avec le BI Group.

Le nombre de médecins comprend tous les omnipraticiens, les médecins de famille et les spécialistes actifs. La classification des médecins dans la BDMS selon la spécialité s'appuie sur la certification postdoctorale obtenue au Canada. Les médecins désignés comme des médecins de famille comprennent les médecins qui ont obtenu la Certification en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec. Les médecins agréés par le Collège des médecins de famille du Canada sont désignés par CCMF ou CCMF-Médecine d'urgence. Les spécialistes comprennent les médecins qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou par le Collège des médecins du Québec. Tous les autres médecins, incluant les omnipraticiens non agréés au Canada, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés, sont inclus dans le nombre de médecins de famille.



Le système de classification de la BDMS produit des nombres qui peuvent varier de ceux d'autres publications dans différents secteurs de compétence. Par exemple, selon un récent bulletin analytique de l'ICIS, en 2003 « on estime que 1,7 % des médecins canadiens sont des spécialistes non agréés. Le pourcentage varie d'un secteur de compétence à l'autre. Par exemple, 13,7 % du total de la main-d'œuvre des médecins de Terre-Neuve-et-Labrador est composée de spécialistes non agréés, comparativement à 0,4 % en Ontario »<sup>9</sup>. Puisque seules les provinces de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Saskatchewan ont fourni des données sur les médecins non agréés, le rapport de l'ICIS *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2004*<sup>10</sup> présente des analyses supplémentaires sur le nombre de spécialistes non agréés dans ces provinces.

Des interruptions dans la chaîne d'approvisionnement des données à la BDMS peuvent entraîner un surdénombrement, un sous-dénombrement ou des erreurs dans la base de données. Dans le cadre de la présente étude, les données de 2004 ne reproduisent pas l'information sur les médecins fournie annuellement par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia. En conséquence, le nombre de médecins dans la BDMS est une sous-estimation du nombre de médecins en Colombie-Britannique en 2004<sup>10</sup>.

## 2.3 Base de données nationale sur les médecins

Bien que la BDMS soit une source précieuse d'information sur ce qu'on peut appeler le « dénombrement des effectifs », elle ne contient pas d'information sur les niveaux d'activité des médecins comme la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Cette dernière mesure l'équivalence à temps plein et contient des données détaillées sur les facturations à l'acte des médecins par service clinique et montant versé. L'ICIS utilise cette information pour générer l'équivalent à temps plein, une variable dérivée qui sert à mesurer la charge de travail des médecins. La BDNM contient également certaines caractéristiques descriptives de chaque médecin rémunéré à l'acte. Ci-dessous la description des caractéristiques des médecins prises de la BDNM de 2002-2003 et utilisées dans la présente étude.

- **Indicateur d'omnipraticiens et spécialistes** : Le terme « omnipraticien » correspond au terme « médecin de famille », qui inclut les résidents, les omnipraticiens (médecins sans spécialité courante), les médecins de médecine familiale et de médecine d'urgence, les médecins de médecine communautaire et les médecins de santé publique.
- **Spécialité** : Les provinces et territoires doivent fournir deux types d'information sur les spécialités pour les fichiers de la BDNM : la spécialité reconnue la plus récente et la spécialité établie par le régime de rémunération. La spécialité établie par le régime de rémunération est utilisée aux fins de la présente étude, toutefois les provinces et les territoires peuvent présenter des renseignements sur la spécialité reconnue la plus récente en l'absence d'information sur la spécialité figurant au régime de rémunération. L'annexe D présente une liste des spécialités médicales incluses dans la BDNM.
- **Sexe** : Homme, femme, inconnu.
- **Âge** : L'âge est donné en années. Contrairement à la BDMS, la valeur de l'âge du médecin n'est pas imputée si cet élément est absent de la BDNM.

- **Code postal de l'activité principale** : Cette information sert à classer les médecins par unité géographique relativement grande afin de générer des chiffres agrégés aux fins de présentation des données. Les diverses unités géographiques employées sont décrites plus loin dans le présent chapitre. Comme le code postal des médecins en Alberta n'était pas disponible pour l'étude, l'emplacement de ces médecins est défini dans la BDNM par région métropolitaine de recensement (RMR), agglomération de recensement (AR) ou autre (c.-à-d. ni RMR ni AR). Ces termes sont expliqués à la section 2.5.
- **Équivalent à temps plein (ETP)** : Une valeur qui sert à mesurer la charge de travail relative est calculée pour tous les médecins dans la BDNM. Les valeurs ETP sont calculées en comparant les paiements totaux annuels des médecins aux montants repères des ETP<sup>11</sup>. Des montants repères inférieurs et supérieurs sont définis pour chaque groupe de spécialités médicales d'une province. En conséquence, les valeurs ETP tiennent compte des variations dans les paiements moyens à l'échelle des groupes de spécialités médicales et dans les tarifs d'honoraires provinciaux des services médicaux. Les valeurs ETP sont calculées comme suit :

$$ETP = \begin{cases} B / B_{40} & \text{Si les paiements totaux (B) d'un médecin sont} \\ & \text{inférieurs au paiement total au 40<sup>e</sup> percentile} \\ & \text{(B}_{40}\text{) du groupe de spécialités médicales et de} \\ & \text{la province du médecin} \\ \\ 1 & \text{Si les paiements totaux d'un médecin se} \\ & \text{trouvent entre les 40<sup>e</sup> et 60<sup>e</sup> percentiles du} \\ & \text{groupe de spécialités médicales et de la province} \\ & \text{du médecin} \\ \\ 1 + \log (B / B_{60}) & \text{Si les paiements totaux d'un médecin (B) sont} \\ & \text{supérieurs au paiement total au 60<sup>e</sup> percentile} \\ & \text{(B}_{60}\text{) du groupe de spécialités médicales et de la} \\ & \text{province du médecin} \end{cases}$$

## 2.4 Sondage national auprès des médecins de 2004

Diverses sources de données, comportant chacune leurs forces et leurs faiblesses, peuvent servir à examiner les différences dans les caractéristiques de pratique médicale entre les médecins en milieu urbain et les médecins en milieu rural. Tepper, par exemple, a utilisé les données de la BDNM pour étudier l'évolution de la profession de médecin de famille au fil des ans, car la BDNM contient des données sur la facturation à l'acte des médecins qui permettent de savoir ce que font les médecins de famille, combien de services ils dispensent et ainsi de suite<sup>12</sup>. Dans la même veine, pour examiner les caractéristiques de pratique des médecins de famille en Ontario, Chan et Schultz ont utilisé des données administratives de diverses sources, y compris les données sur la facturation des médecins fournies par l'Assurance-santé de l'Ontario<sup>13</sup>.

Cependant, au fur et à mesure que les systèmes de rémunération évoluent, de plus en plus de médecins de famille peuvent choisir de toucher une partie ou la totalité de leurs honoraires par le biais de régimes de rémunération autres qu'à l'acte. Il se peut que les études qui s'appuient uniquement sur les données de facturation à l'acte ne représentent pas fidèlement les caractéristiques de pratique de ces médecins. Il est également possible que la pratique des médecins soit quelque peu différente selon le mode de rémunération (à l'acte ou pas).

Les sondages constituent également une source d'information sur les caractéristiques de pratique. Il s'agit dans ce cas de données autodéclarées par les médecins participants sans égard au mode de rémunération. Les données autodéclarées peuvent également comporter des limites (par exemple, un médecin peut oublier des détails ou des erreurs peuvent être causées par des facteurs de désirabilité sociale). Mais puisque plusieurs études publiées sur les profils de pratique ont utilisé les données sur la facturation à l'acte, la présente étude a inclus les données du Sondage national auprès des médecins de 2004 (SNM) afin d'examiner les différences dans les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain ou rural. L'étude a également inclus les données du sondage afin d'évaluer le niveau d'uniformité des résultats obtenus d'autres sources de données.

Financé par Santé Canada et l'ICIS, le SNM de 2004 est le fruit de la collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il a été réalisé entre février et juin 2004 auprès de tous les médecins de famille et les spécialistes agréés au Canada. Veuillez consulter le site Web du sondage ([www.nps-snm.ca](http://www.nps-snm.ca)) pour de plus amples renseignements sur le SNM de 2004, y inclus les méthodologies suivies, les formulaires, les résultats et les procédures de demande de données.

L'analyse présentée dans le chapitre 4 est basée sur les données recueillies auprès des 11 041 médecins de famille qui ont répondu au SNM de 2004. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles le présent rapport met l'accent sur les médecins de famille. D'abord, les visites de patients sont assurées la plupart du temps par des médecins de famille. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1999 : « Parmi ceux qui ont reçu des soins de santé, les médecins (de famille ou omnipraticiens) sont, de loin, les fournisseurs les plus en demande : une proportion de 81 p. 100 ont vu un médecin (de famille ou omnipraticien)... (et) la prestation des soins de santé, même selon une définition élargie, incombe principalement au médecin de famille »<sup>14</sup>. De plus, comme l'illustre le chapitre 3, la grande majorité des médecins qui exercent dans des régions rurales et des petites villes du Canada sont des médecins de famille, alors que seulement 2,4 % de tous les spécialistes travaillent dans les régions rurales. Enfin, le nombre de spécialistes en milieu rural inclus dans le SNM de 2004 n'est pas suffisant pour effectuer une analyse significative, surtout si l'on examine séparément différentes spécialités ou si l'on divise le milieu rural en plus petites catégories géographiques.

Les taux de réponse aux sondages auprès des médecins de famille et auprès des spécialistes étaient pratiquement identiques, à environ 36 %. En tout, 11 041 médecins de famille de toutes les provinces et de tous les territoires ont répondu au sondage. Selon l'ICIS, « la composition des caractéristiques démographiques des médecins qui ont répondu au Sondage de 2004 est très semblable à celle de l'ensemble des médecins. Il y a forte corrélation entre les caractéristiques démographiques des répondants et de l'ensemble des médecins ( $r = 0,98$  pour la province et le territoire, l'âge, le sexe et les groupes de spécialité médicale générale). Les analyses complémentaires montrent que les caractéristiques démographiques des répondants au Sondage étaient également similaires à celles des médecins qui n'y ont pas répondu ( $r = 0,94$ )<sup>15</sup>. »

Les variables utilisées dans le chapitre 4 proviennent des questions 7 (domaine d'activité professionnelle), 8 (profil de pratique clinique), 9 (soins à la mère et au nouveau-né) et 18 (changements dans la pratique) du formulaire destiné aux médecins de famille dans le SNM de 2004. En raison du grand nombre de variables contenues dans ces questions, l'analyse ne comprendra que certaines variables à titre d'illustration. Des exemples de domaines d'activité professionnelle incluent les soins aux toxicomanes, la prise en charge des maladies chroniques, la médecine internationale et la psychiatrie. Des exemples de profils de pratique clinique incluent l'exploration fonctionnelle respiratoire, l'insertion d'un stérilet, l'endoscopie et la biopsie cutanée. Des exemples de changements dans la pratique incluent des plans pour réduire le champ de pratique ou se spécialiser dans un domaine de pratique médicale. L'annexe E contient les questions 7, 8, 9 et 18 du SNM de 2004.

## 2.5 Unités géographiques d'analyse et désignation des régions rurales et urbaines

Deux unités géographiques génériques ont servi à cette étude : les points (en latitude et longitude) et les régions (selon les frontières administratives des provinces, des territoires, des comtés, des grandes villes, des petites villes, des villages, des collectivités des Premières Nations, etc.).

Les points ont servi à générer les cartes de répartition des médecins et de la population au Canada. L'emplacement selon la latitude et la longitude des médecins, en général et par spécialité, a été dérivé des codes postaux soumis par les médecins à la BDMS de 2004. Les valeurs de latitude et de longitude visant à positionner la population canadienne sur la carte ont été dérivées des 52 993 aires de diffusion utilisées par Statistique Canada dans le recensement de 2001<sup>16</sup>. « L'aire de diffusion (AD) est une petite unité géographique relativement stable formée d'un ou de plusieurs îlots. Il s'agit de la plus petite région géographique normalisée pour laquelle toutes les caractéristiques des données du recensement sont diffusées. Les AD couvrent tout le territoire du Canada<sup>17</sup>. »

Les unités régionales dans la présente étude sont basées sur le système de Classification géographique type (CGT) de Statistique Canada, une structure hiérarchique à plusieurs niveaux de classement des diverses unités géographiques et administratives mises au point pour recueillir et diffuser l'information statistique au Canada<sup>18</sup>. Les codes postaux inclus dans les trois séries de données (BDMS, BDNM et SNM) permettent de situer les médecins au sein de cette classification normalisée. Par la suite, ces unités servent à déclarer les nombres agrégés ou les proportions relatives des caractéristiques des médecins décrites auparavant.

Les deux plus grandes unités géographiques sous-nationales utilisées dans cette étude pour examiner la répartition des médecins sont :

- **Province et territoire** : La BDMS (la province ou le territoire qui correspond à l'adresse postale où le médecin préfère recevoir son courrier); la BDNM (la province déclarant les caractéristiques des médecins et les données sur les paiements); le SNM de 2004 (province et territoire des principales caractéristiques de pratique).
- **Division de recensement (DR)** : Une DR est une unité administrative relativement grande qui s'applique aux aires créées selon les lois en vigueur dans les provinces et les territoires. Une DR peut correspondre à un comté, à un district régional, à une municipalité régionale ou à une autre aire constituée par une loi provinciale ou territoriale. À Terre-Neuve-et-Labrador, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta, la loi provinciale ne prévoit pas de telles unités géographiques administratives. En conséquence, Statistique Canada a créé des DR à des fins de collecte et de diffusion de données statistiques en collaboration avec ces provinces. Au Yukon, la DR correspond à tout le territoire. Aux fins de la présente étude, les 288 DR ont servi à calculer les ratios entre les médecins et la population selon les données de la BDMS.

Dans l'examen de la répartition des médecins, les milieux urbain et rural font partie des unités géographiques typiques d'analyse, puisque les comparaisons incluent souvent, par exemple, les ratios entre les médecins et la population en milieu urbain, contre les ratios entre les médecins et la population en milieu rural. Le Canada ne dispose pas d'une définition universellement acceptée du terme « rural ». Différents organismes ou chercheurs peuvent adopter différentes définitions selon leurs besoins. Dans la présente étude, le terme « rural » s'explique principalement par le nombre d'habitants et la distance à partir d'une zone urbaine. Bref, une collectivité rurale compte peu d'habitants et se trouve loin d'un centre urbain. À noter que la définition d'autres termes utilisés dans la littérature, comme « nordique », « éloigné », « isolé », « petite ville » et « région mal desservie », chevauchent quelque peu celle du terme « rural » en ce sens qu'ils désignent tous des régions peu peuplées éloignées d'un grand centre urbain.

Le système CGT de Statistique Canada est utilisé dans la présente étude afin de distinguer les milieux urbain et rural du Canada. Il inclut la subdivision de recensement (SDR, N = 5 600 dans le recensement de 2001) : « ... un terme générique qui désigne les municipalités (telles que définies par les lois provinciales) ou leur équivalent, soit les réserves indiennes, les établissements indiens et les territoires non organisés. Les municipalités sont des unités d'administration locale. »<sup>18</sup> Des groupes de SDR et les SDR fortement peuplées et de forte densité forment les zones urbaines ou les régions métropolitaines de recensement (RMR) et les agglomérations de recensement (AR) selon le système CGT. Les autres SDR forment les régions rurales et les petites villes du Canada<sup>19</sup>. Les collectivités petites et rurales sont classées dans l'une des quatre catégories de zones d'influence métropolitaine (ZIM)<sup>20</sup> qui permettent de classer une municipalité en fonction du pourcentage de ses résidents qui font la navette pour aller travailler dans le noyau urbain d'une RMR ou d'une AR<sup>21</sup>. La terminologie standard pour ces unités est décrite brièvement ci-dessous :

- **Région métropolitaine de recensement** : Les RMR sont de très grands centres urbains qui comptent au moins 100 000 habitants.
- **Agglomération de recensement** : Les AR sont de grands centres urbains qui comptent de 10 000 à tout juste moins de 100 000 habitants. Les AR qui comptent au moins 50 000 habitants sont divisées en secteurs de recensement (SR), d'où la distinction entre les AR divisées et non divisées.
- **ZIM forte** : Municipalités dans lesquelles plus de 30 % des résidents font la navette pour aller travailler dans un centre urbain.
- **ZIM modérée** : Municipalités dans lesquelles de 5 % à 30 % des résidents font la navette pour aller travailler dans un centre urbain.
- **ZIM faible** : Municipalités dans lesquelles moins de 5 % des résidents font la navette pour aller travailler dans un centre urbain.
- **Aucune ZIM** : Municipalités dans lesquelles moins de 40 résidents font la navette pour aller travailler dans un centre urbain.
- **Territoires** : Municipalités autres que Whitehorse et Yellowknife dans les territoires.

Les RMR et les AR comptent de 10 000 à plus d'un million d'habitants. Afin de distinguer les RMR des AR, les médecins ont été classés dans l'une des 11 catégories urbaines et rurales suivantes selon le nombre d'habitants :

### **Catégories urbaines (RMR/AR)**

- Régions métropolitaines de recensement
  - 1 000 000 d'habitants et plus
  - de 500 000 à 999 999 habitants
  - de 100 000 à 499 999 habitants
- Agglomérations de recensement divisées en secteurs de recensement
  - de 50 000 à 99 999 habitants
- Agglomérations de recensement non divisées en secteurs de recensement
  - de 25 000 à 49 999 habitants
  - de 10 000 à 24 999 habitants

### **Catégories rurales (régions rurales et petites villes du Canada)**

- ZIM forte
- ZIM modérée
- ZIM faible
- Aucune ZIM
- Territoires (à l'exclusion de Whitehorse et de Yellowknife)

Les seuls médecins qui n'ont pu être classés dans les catégories ci-dessus sont ceux des régions rurales de l'Alberta qui sont inclus dans la BDNM, car on a pu établir les catégories et les sous-catégories relatives au milieu urbain, mais il n'était pas possible d'appliquer les catégories par ZIM en raison du manque d'information sur les municipalités rurales de cette province.

La partie relative aux médecins de famille dans le SNM de 2004 contient relativement peu de cas (11 041 répondants). L'analyse des données de ce sondage au moyen des 11 catégories décrites ci-dessus aurait entraîné des difficultés relatives aux nombres peu élevés. Par conséquent, le nombre d'unités géographiques a été réduit à six unités (trois pour le milieu urbain et trois pour le milieu rural).

### **Catégories urbaines (RMR/AR)**

- Collectivités qui comptent au moins un million d'habitants
- Collectivités qui comptent entre 100 000 et 999 999 habitants
- Collectivités qui comptent entre 10 000 et 99 999 habitants

### **Catégories rurales (régions rurales et petites villes du Canada)**

- Collectivités à ZIM forte
- Collectivités à ZIM modérée
- Collectivités à ZIM faible ou sans ZIM (y inclus les collectivités autres que Whitehorse et Yellowknife dans les territoires)

## **2.6 Mesure de la répartition inégale**

On entend par répartition géographique inégale la non-concordance entre la répartition spatiale des médecins et la répartition spatiale de la population. L'examen de la répartition géographique des médecins et de la population est basé sur les données de la BDMS, le nombre d'habitants et l'emplacement des hôpitaux. La répartition inégale est mesurée dans le présent rapport en fonction des ratios entre les médecins et la population (section 2.6.1), des coefficients Gini (section 2.6.2 et annexe B) et de mesures de distance (section 2.6.3 et annexe B).

### **2.6.1 Ratios entre les médecins et la population**

Les ratios entre les médecins et la population sont calculés en agrégeant le nombre de médecins pour deux unités géographiques : les provinces ou les territoires et les divisions de recensement (DR). Les estimations démographiques postcensitaires de 2004 produites et publiées par Statistiques Canada sont utilisées au lieu des données du recensement de 2001, car la BDMS contient des données sur le nombre de médecins en 2004<sup>22</sup>. Calculés comme étant le nombre de médecins par 10 000 habitants dans chacune des unités géographiques, les ratios couvrent les 13 provinces et territoires ainsi que les 288 DR du Canada. Enfin, les ratios sont calculés pour tous les omnipraticiens et médecins de famille ainsi que pour chaque spécialité.

## 2.6.2 Coefficients Gini

Au cours du siècle dernier, plusieurs techniques ont été mises au point pour déterminer ce qu'est « la part équitable » des biens, des services, du revenu, de l'état de santé et ainsi de suite. Bon nombre de ces mesures s'appuient sur l'examen de ce qu'on appelle une « courbe de Lorenz » et de la mesure inhérente qu'est l'« indice de concentration de Gini ». La courbe de Lorenz est une courbe de fréquence cumulative qui compare la répartition d'une variable avec la répartition uniforme qui représente l'égalité. Cette répartition de l'égalité est représentée par une ligne diagonale. L'inégalité se creuse au fur et à mesure que la courbe de Lorenz s'éloigne de la ligne diagonale<sup>23</sup>. Voir l'annexe B pour plus de détails sur la courbe de Lorenz et le coefficient Gini.

## 2.6.3 Mesure de distance

Il existe plusieurs façons de mesurer l'accès aux dispensateurs de soins et aux services hospitaliers. Dans la présente étude, on a opté pour la méthode simple, soit la distance en ligne droite entre la population et le médecin ou l'hôpital le plus proche (voir annexe B).

La distance est calculée à partir de l'emplacement selon la latitude et la longitude des 52 993 aires de diffusion du Canada au médecin ou à l'hôpital le plus proche. Dans le cas des médecins, les emplacements selon la latitude et la longitude sont dérivés à partir des codes postaux inclus dans la BDMS et la distance la plus proche est calculée pour tous les omnipraticiens et médecins de famille ainsi que pour chaque spécialité. Dans le cas des hôpitaux, les emplacements selon la latitude et la longitude sont dérivés des codes postaux de deux groupes d'hôpitaux inclus dans la Base de données canadienne des systèmes d'information de gestion de l'ICIS. Les deux groupes d'hôpitaux sont considérés en tant qu'« hôpitaux généraux », quoiqu'ils varient selon s'ils possèdent une unité de soins de longue durée. Dans le cadre de la présente étude, les distances entre la population et l'hôpital le plus proche sont calculées en fonction des 245 hôpitaux généraux sans unité de soins de longue durée et des 403 hôpitaux généraux avec une unité de soins de longue durée. Aucune distinction n'a été faite quant à la taille de ces hôpitaux.



### 3. Énumération et représentation sur carte des médecins au Canada

En 2004, selon la Base de données médicales Southam (BDMS), le Canada comptait 60 612 médecins actifs, dont 31 286 médecins de famille et 29 326 spécialistes (tel que défini dans la section 2.2). Ces chiffres représentent une hausse de 1,9 % par rapport au nombre de médecins actifs recensés en 2003<sup>10</sup> et une hausse presque identique parmi les médecins de famille (2,0 %) et les spécialistes (1,9 %). Les chiffres de 2004 représentent également une hausse globale de 4,9 % par rapport au nombre de médecins recensés en 2000<sup>10</sup> et une hausse du nombre de médecins de famille (7,5 %) dépassant nettement celle du nombre de spécialistes (2,2 %).

L'emplacement géographique de ces médecins est décrit dans le présent chapitre par les unités géographiques d'analyse présentées à la section 2.5. La liste suivante inclut des exemples de collectivités qui s'inscrivent dans l'une des 11 catégories utilisées pour distinguer les collectivités urbaines des collectivités rurales.

#### Collectivités urbaines

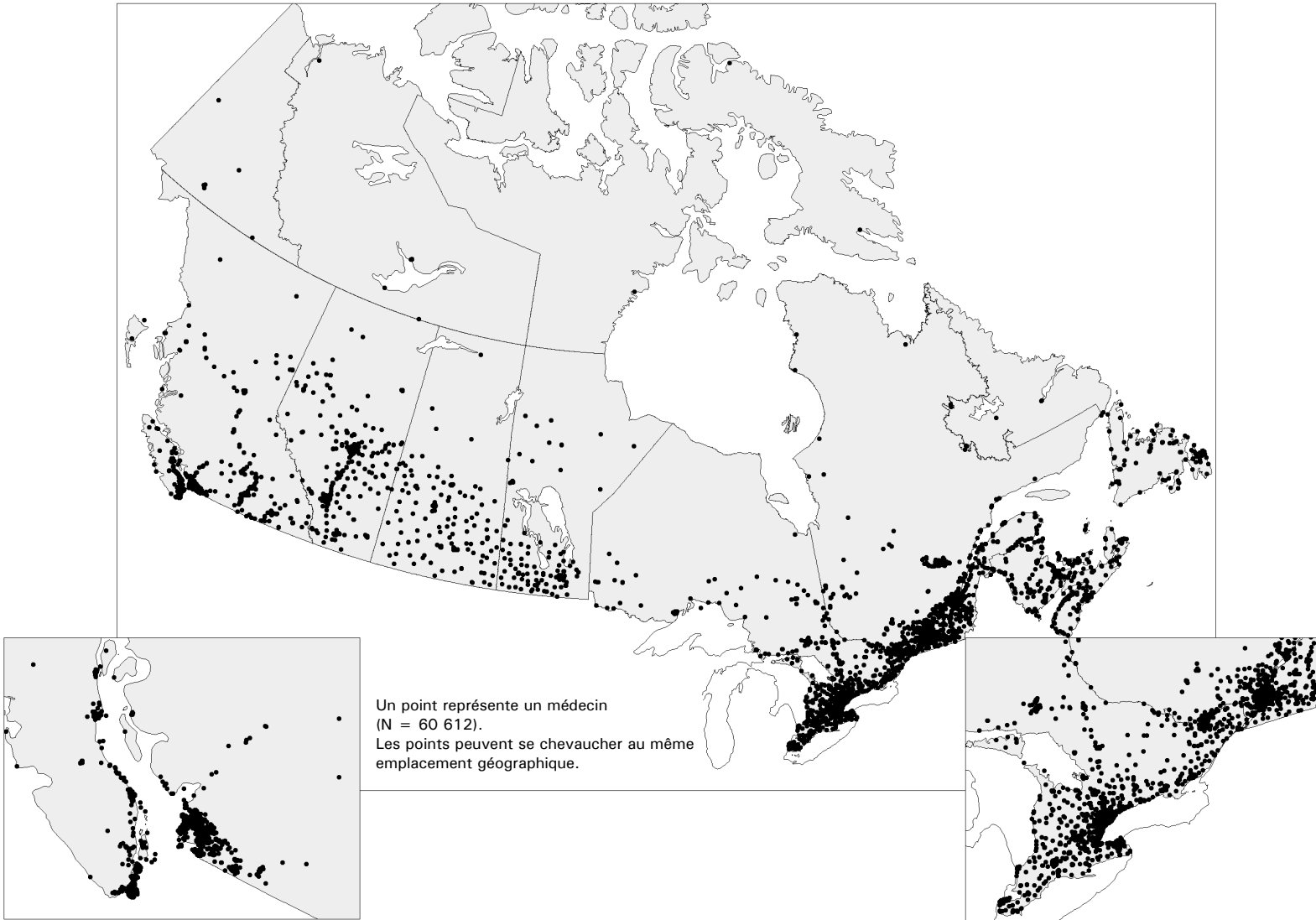
- Au moins 1 000 000 d'habitants (Montréal au Québec, Toronto en Ontario, Vancouver en Colombie-Britannique);
- de 500 000 à 999 999 habitants (Calgary en Alberta, Québec au Québec, Winnipeg au Manitoba);
- de 100 000 à 499 999 habitants (Halifax en Nouvelle-Écosse, London en Ontario, Victoria en Colombie-Britannique);
- de 50 000 à 99 999 habitants (Fredericton au Nouveau-Brunswick, Charlottetown à l'Île-du-Prince-Édouard, Kamloops en Colombie-Britannique);
- de 25 000 à 49 999 habitants (Moose Jaw en Saskatchewan, Rimouski au Québec, Truro en Nouvelle-Écosse);
- de 10 000 à 24 999 habitants (Estevan en Saskatchewan, Grand Falls-Windsor à Terre-Neuve-et-Labrador, Yellowknife dans les Territoires du Nord-Ouest).

#### Collectivités rurales

- ZIM forte (Conception Harbour à Terre-Neuve-et-Labrador, Escuminac au Québec, Stirling en Alberta);
- ZIM modérée (Cardigan à l'Île-du-Prince-Édouard, Gananoque en Ontario, Kimberley en Colombie-Britannique);
- ZIM faible (Chance Cove à Terre-Neuve-et-Labrador, Pinawa au Manitoba, Lunenburg en Nouvelle-Écosse);
- Aucune ZIM (Grand Manan au Nouveau-Brunswick, Miminegash à l'Île-du-Prince-Édouard, Minton en Saskatchewan);
- Territoires, à l'exclusion de Whitehorse et de Yellowknife (Iqaluit au Nunavut, Norman Wells dans les Territoires du Nord-Ouest, Watson Lake au Yukon).

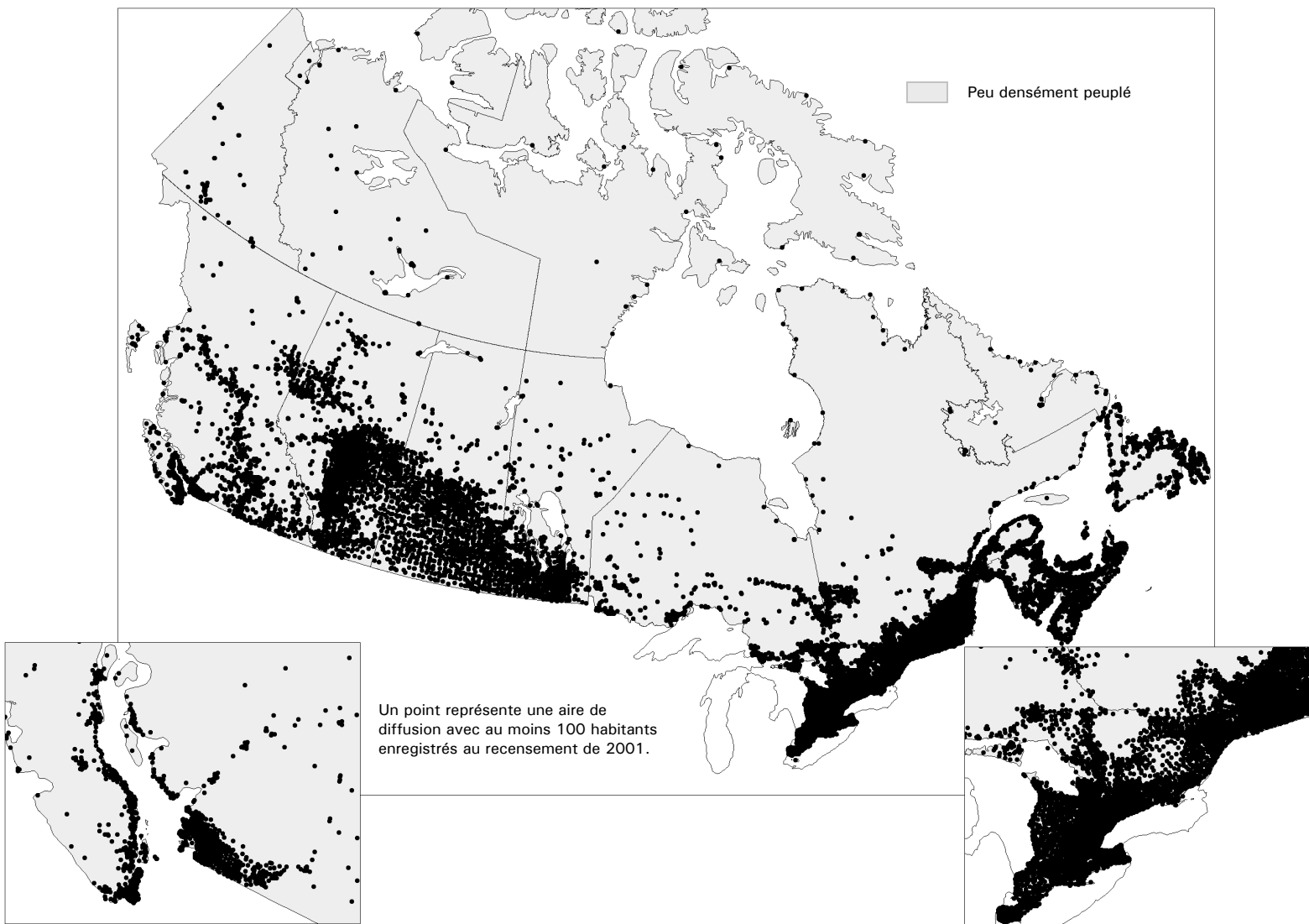
La figure 1 illustre la répartition géographique des médecins au Canada selon la latitude et la longitude, répartition qui varie énormément avec celle de la population canadienne (figure 2). En règle générale, les médecins sont situés principalement dans les régions urbaines, constatation qui est particulièrement évidente lorsqu'on examine la répartition par spécialité (annexe F).

Figure 1. Répartition des médecins au Canada, 2004



Source : BDMS, ICIS.

Figure 2. Répartition des aires de diffusion canadiennes, 2001



Source : Recensement de 2001, Statistique Canada.

Comme on peut s'y attendre, la répartition des médecins de famille concorde le plus avec celle de la population canadienne (figure F.1). La répartition globale des spécialistes (figure F.2) ressemble à celle des centres urbains. Les spécialistes qui ont plus tendance à se situer dans des centres urbains, grands et petits, comprennent les internistes (figure F.3), les pédiatres (figure F.6), les psychiatres (figure F.8), les chirurgiens généraux (figure F.11) et les obstétriciens et gynécologues (figure F.14). Les autres spécialistes sont presque tous concentrés dans les plus grands centres urbains, surtout dans le cas des spécialistes en laboratoire qui travaillent en microbiologie médicale (figure F.22) et en biochimie médicale (figure F.27) ainsi que les spécialistes en science médicale (figure F.28) et en médecine génétique (figure F.29).

Le tableau 1 illustre le contraste entre les répartitions urbaine et rurale de tous les médecins selon la province ou le territoire. Sauf dans les plus petites collectivités urbaines, le pourcentage de tous les médecins au Canada dépasse le pourcentage de la population canadienne dans les grands centres urbains. Par exemple, 38,7 % de tous les médecins exercent dans les collectivités urbaines qui comptent au moins un million d'habitants, y inclus Montréal, Toronto et Vancouver, villes où vivent seulement 33,6 % de tous les Canadiens. Cette situation est tout autre dans les régions rurales et les petites villes du Canada. Par exemple, seulement 9,4 % de tous les médecins se trouvent dans les régions rurales, qui comptent 21,1 % des Canadiens. Ces chiffres varient légèrement de ceux de 1996 (9,8 % et 22,2 % respectivement), mais semblent s'être stabilisés depuis 1991, alors que les pourcentages étaient de 14,9 % et 29,2 % respectivement<sup>1</sup>.

Les sections suivantes soulignent d'autres variations régionales dans les caractéristiques des médecins canadiens.

Tableau 1. Nombre de médecins par province ou territoire et par catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004

	Régions urbaines du Canada : régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement					
	1 000 000 +	500 000-999 999	100 000-499 999	50 000-99 999	25 000-49 999	10 000-24 999
T.-N.-L.	s.o.	s.o.	528	s.o.	76	110
Î.-P.-É.	s.o.	s.o.	s.o.	137	s.o.	40
N.-É.	s.o.	s.o.	1 386	s.o.	211	s.o.
N.-B.	s.o.	s.o.	617	177	s.o.	182
Qc	8 561	2 287	1 622	532	1 221	342
Ont.	10 171	3 926	5 056	901	547	266
Man.	s.o.	1 567	s.o.	s.o.	106	46
Sask.	s.o.	s.o.	1 047	s.o.	130	108
Alb.	s.o.	4 673	s.o.	427	162	81
C.-B.	4 695	s.o.	1 440	751	427	297
Yn	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	51
T.N.-O.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	40
Nun.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
<b>Canada</b>	<b>23 427</b>	<b>12 453</b>	<b>11 696</b>	<b>2 925</b>	<b>2 880</b>	<b>1 563</b>
<b>Pourcentage de tous les médecins</b>	<b>38,7</b>	<b>20,6</b>	<b>19,3</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>2,6</b>
<b>Pourcentage de la population canadienne</b>	<b>33,6</b>	<b>15,7</b>	<b>17,8</b>	<b>5,2</b>	<b>4,4</b>	<b>2,6</b>

	Régions rurales et petites villes du Canada					Total
	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible	Aucun ZIM	Territoires	
T.-N.-L.	2	73	198	5	s.o.	992
Î.-P.-É.	12	13	8	0	s.o.	210
N.-É.	19	98	284	2	s.o.	2 000
N.-B.	15	103	160	8	s.o.	1 262
Qc	228	782	475	95	s.o.	16 145
Ont.	384	395	416	5	s.o.	22 067
Man.	31	120	188	20	s.o.	2 078
Sask.	11	36	167	30	s.o.	1 529
Alb.	68	129	407	6	s.o.	5 953
C.-B.	49	185	388	25	s.o.	8 257
Yn	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	10	61
T.N.-O.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	11	51
Nun.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	7	7
<b>Canada</b>	<b>819</b>	<b>1 934</b>	<b>2 691</b>	<b>196</b>	<b>28</b>	<b>60 612</b>
<b>Pourcentage de tous les médecins</b>	<b>1,4</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>100,0</b>
<b>Pourcentage de la population canadienne</b>	<b>5,6</b>	<b>7,6</b>	<b>6,6</b>	<b>1,1</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>

Remarque :

s.o. : sans objet

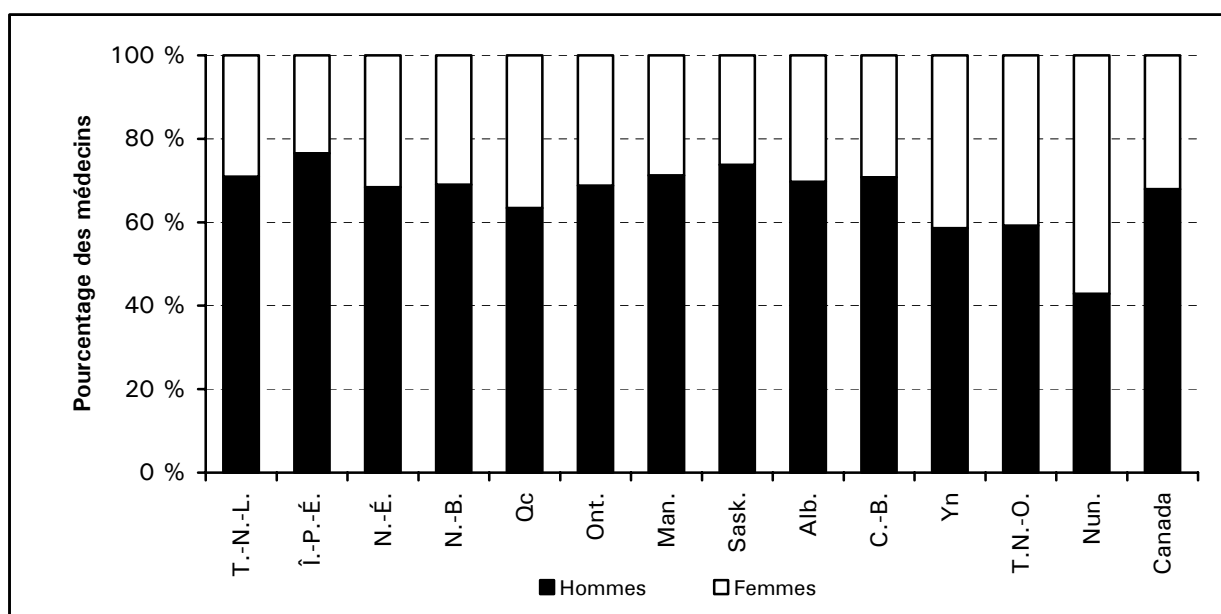
Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

### 3.1 Répartition selon le sexe

En 1986, 17,9 % de tous les médecins actifs au Canada étaient des femmes, pourcentage qui a atteint 23,0 % en 1991<sup>1</sup> et qui augmente de façon régulière depuis. Toutefois, le taux d'augmentation semble avoir diminué au cours des quelque cinq dernières années. En 2000, le pourcentage des femmes médecins a atteint 29,3 % avant d'atteindre 30,2 %, 30,9 % et 31,3 % en 2001, 2002 et 2003 respectivement<sup>10</sup>. L'analyse des données de 2004 de la BDMS indique que 32,0 % des médecins canadiens sont des femmes.

La composition de la main-d'œuvre des médecins selon le sexe varie considérablement entre les régions. La figure 3 illustre une partie de cette variation en comparant la répartition des médecins selon le sexe dans les provinces et les territoires. Le pourcentage de femmes médecins dans les territoires est élevé, le Nunavut affichant le plus élevé (57,1 %). À l'échelle des provinces, le Québec détient le pourcentage le plus élevé, soit 36,6 % et l'Île-du-Prince-Édouard, le plus faible, soit 23,4 %.

**Figure 3. Composition des médecins selon le sexe, par province ou territoire, Canada, 2004**



Source : BDMS, ICIS.

Cet écart dans la composition des médecins est davantage prononcé selon la spécialité et le milieu urbain ou rural. Ces différences sont présentées dans le tableau 2a (nombre) et le tableau 2b (pourcentage des hommes et des femmes dans les catégories respectives de ces caractéristiques). Le tableau 2a confirme l'observation précédente selon laquelle très peu de spécialistes exercent dans les régions rurales canadiennes (à considérer dans l'examen du pourcentage de femmes et d'hommes dans les régions rurales illustré dans le tableau 2b, car le pourcentage de spécialistes est calculé à partir de nombres peu élevés).

Une faible majorité (52,0 %) des hommes médecins du Canada sont des spécialistes. En revanche, 59,0 % de toutes les femmes médecins sont des omnipraticiennes ou des médecins de famille. Il existe toutefois d'importantes différences dans les régions urbaines et rurales (tableau 2a). Dans les régions urbaines, seulement 44,0 % des hommes médecins sont des médecins de famille, contre 55,9 % pour les femmes médecins. Comme l'indique l'introduction à ce chapitre, les cartes de répartition des médecins au Canada (figure 1, et plus précisément la série de cartes à l'annexe F) indiquent que peu de spécialistes exercent dans les régions rurales, où 85,8 % des hommes médecins et 91,3 % des femmes médecins sont des omnipraticiens ou des médecins de famille.

Le tableau 2a montre également certaines des similitudes et des différences entre les femmes médecins et les hommes médecins et entre les médecins de milieu urbain et de milieu rural selon la spécialité. Ces points communs et ces différences sont évidents si l'on observe par exemple les trois spécialités les plus communes dans les colonnes du tableau qui portent sur les femmes et les hommes médecins ainsi que les régions urbaines et rurales. Dans les régions urbaines, le pourcentage des hommes spécialistes atteint 22,7 % en médecine interne, 11,9 % en psychiatrie et 8,6 % en anesthésie. Les pourcentages relatifs au reste des spécialistes en milieu urbain sont inférieurs à 7 %. La situation est différente parmi les femmes médecins en milieu urbain. Les femmes spécialistes exercent principalement en médecine interne (21,1 %), en psychiatrie (18,3 %) et en pédiatrie (12,6 %). Dans le cas des spécialistes en milieu rural, les trois spécialités les plus courantes sont identiques parmi les femmes et les hommes, mais dans un ordre différent. Dans le cas des hommes, il s'agit de la chirurgie générale (24,3 %), de la médecine interne (16,9 %), et enfin de la psychiatrie (13,3 %); dans le cas des femmes, la psychiatrie vient en premier (23,0 %), puis la médecine interne (19,6 %) et enfin la chirurgie générale (11,5 %).

Le tableau 2b dresse un portrait complémentaire de la répartition des médecins selon le sexe, la région urbaine ou rurale et la spécialité. En sachant que 32,0 % de tous les médecins actifs au Canada sont des femmes, le tableau établit le pourcentage de femmes et d'hommes par spécialité dans les milieux urbain et rural. Le pourcentage des femmes médecins de famille est plus élevé dans les régions urbaines (37,6 %), tandis que celui des femmes spécialistes cliniques est légèrement inférieur dans les régions urbaines et encore plus bas dans les régions rurales. Dans l'ensemble, le nombre de femmes spécialistes chirurgicales est nettement plus faible dans les régions urbaines et rurales (17,8 % et 14,4 % respectivement). Le tableau 2b illustre également les variations dans les proportions des spécialistes selon le sexe. Il existe seulement deux spécialités dont le pourcentage des femmes médecins est plus élevé ou égal à celui des hommes médecins : la dermatologie et la médecine nucléaire dans les régions rurales du pays. Toutefois, la prudence est de mise, car le nombre de ces spécialistes est très faible dans les régions rurales.



Tableau 2a. Nombre de médecins selon le sexe, la spécialité et le milieu urbain ou rural, Canada, 2004

	Régions urbaines			Régions rurales			Sexe non mentionné	Total Canada
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total		
<b>1.0 Médecine familiale</b>	<b>16 345</b>	<b>9 868</b>	<b>26 213</b>	<b>3 357</b>	<b>1 557</b>	<b>4 914</b>	<b>159</b>	<b>31 286</b>
<b>2.0 Spécialités médicales</b>	<b>14 662</b>	<b>6 466</b>	<b>21 128</b>	<b>319</b>	<b>108</b>	<b>427</b>	<b>12</b>	<b>21 568</b>
<b>2.1 Spécialités cliniques</b>								
Médecine interne	4 732	1 641	6 373	94	29	123	6	6 502
Médecine génétique	34	25	59	0	0	0	0	59
Dermatologie	314	193	507	1	2	3	0	510
Neurologie	546	157	703	3	2	5	0	708
Pédiatrie	1 142	981	2 123	15	12	27	2	2 152
Physiatrie et réadaptation	232	106	338	6	3	9	0	347
Psychiatrie	2 480	1 425	3 905	74	34	108	1	4 014
Médecine communautaire	235	147	382	11	2	13	0	395
Médecine d'urgence	379	80	459	8	0	8	0	467
Médecine du travail	33	11	44	0	0	0	0	45
Anesthésie	1 784	614	2 398	36	10	46	1	2 445
Médecine nucléaire	180	36	216	1	1	2	0	218
Radiologie diagnostique	1 428	473	1 901	55	11	66	0	1 967
Radio-oncologie	225	99	324	1	0	1	0	325
<b>Total—Spécialités cliniques</b>	<b>13 744</b>	<b>5 988</b>	<b>19 732</b>	<b>305</b>	<b>106</b>	<b>411</b>	<b>10</b>	<b>20 154</b>
<b>2.2 Spécialités de laboratoire</b>								
Biochimie médicale	66	21	87	0	0	0	0	87
Microbiologie médicale	151	90	241	1	0	1	0	242
Pathologie	701	367	1 068	13	2	15	2	1 085
<b>Total—Spécialités de laboratoire</b>	<b>918</b>	<b>478</b>	<b>1 396</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>1 414</b>
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>								
Chirurgie générale	1 363	252	1 615	135	17	152	0	1 767
Chirurgie cardiaque et thoracique	270	27	297	3	0	3	1	301
Neurochirurgie	209	15	224	3	0	3	0	227
Obstétrique et gynécologie	956	595	1 551	26	13	39	3	1 593
Ophtalmologie	849	190	1 039	25	1	26	1	1 066
Oto-rhino-laryngologie	510	77	587	10	5	15	0	602
Chirurgie orthopédique	1 055	78	1 133	23	2	25	0	1 158
Chirurgie plastique	381	60	441	5	2	7	0	448
Urologie	524	31	555	7	0	7	0	562
<b>Total—Spécialités chirurgicales</b>	<b>6 117</b>	<b>1 325</b>	<b>7 442</b>	<b>237</b>	<b>40</b>	<b>277</b>	<b>5</b>	<b>7 724</b>
<b>4.0 Scientifiques médicaux</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>34</b>
<b>Total—Tous les spécialistes</b>	<b>20 812</b>	<b>7 792</b>	<b>28 604</b>	<b>556</b>	<b>148</b>	<b>704</b>	<b>17</b>	<b>29 326</b>
<b>Total—Tous les médecins</b>	<b>37 158</b>	<b>17 660</b>	<b>54 818</b>	<b>3 913</b>	<b>1 705</b>	<b>5 618</b>	<b>176</b>	<b>60 612</b>

**Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Tableau 2b. Pourcentage des médecins selon le sexe, la spécialité et le milieu urbain ou rural, Canada, 2004

	Régions urbaines			Régions rurales		
	Pourcentage			Pourcentage		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
<b>1.0 Médecine familiale</b>	<b>62,4</b>	<b>37,6</b>	<b>100,0</b>	<b>68,3</b>	<b>31,7</b>	<b>100,0</b>
<b>2.0 Spécialités médicales</b>	<b>69,4</b>	<b>30,6</b>	<b>100,0</b>	<b>74,7</b>	<b>25,3</b>	<b>100,0</b>
<b>2.1 Spécialités cliniques</b>						
Médecine interne	74,3	25,7	100,0	76,4	23,6	100,0
Médecine génétique	57,6	42,4	100,0	0,0	0,0	100,0
Dermatologie	61,9	38,1	100,0	33,3	66,7	100,0
Neurologie	77,7	22,3	100,0	60,0	40,0	100,0
Pédiatrie	53,8	46,2	100,0	55,6	44,4	100,0
Physiatrie et réadaptation	68,6	31,4	100,0	66,7	33,3	100,0
Psychiatrie	63,5	36,5	100,0	68,5	31,5	100,0
Médecine communautaire	61,5	38,5	100,0	84,6	15,4	100,0
Médecine d'urgence	82,6	17,4	100,0	100,0	0,0	100,0
Médecine du travail	75,0	25,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Anesthésie	74,4	25,6	100,0	78,3	21,7	100,0
Médecine nucléaire	83,3	16,7	100,0	50,0	50,0	100,0
Radiologie diagnostique	75,1	24,9	100,0	83,3	16,7	100,0
Radio-oncologie	69,4	30,6	100,0	100,0	0,0	100,0
<b>Total—Spécialités cliniques</b>	<b>69,7</b>	<b>30,3</b>	<b>100,0</b>	<b>74,2</b>	<b>25,8</b>	<b>100,0</b>
<b>2.2 Spécialités de laboratoire</b>						
Biochimie médicale	75,9	24,1	100,0	0,0	0,0	100,0
Microbiologie médicale	62,7	37,3	100,0	100,0	0,0	100,0
Pathologie	65,6	34,4	100,0	86,7	13,3	100,0
<b>Total—Spécialités de laboratoire</b>	<b>65,8</b>	<b>34,2</b>	<b>100,0</b>	<b>87,5</b>	<b>12,5</b>	<b>100,0</b>
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	84,4	15,6	100,0	88,8	11,2	100,0
Chirurgie cardiaque et thoracique	90,9	9,1	100,0	100,0	0,0	100,0
Neurochirurgie	93,3	6,7	100,0	100,0	0,0	100,0
Obstétrique et gynécologie	61,6	38,4	100,0	66,7	33,3	100,0
Ophtalmologie	81,7	18,3	100,0	96,2	3,8	100,0
Oto-rhino-laryngologie	86,9	13,1	100,0	66,7	33,3	100,0
Chirurgie orthopédique	93,1	6,9	100,0	92,0	8,0	100,0
Chirurgie plastique	86,4	13,6	100,0	71,4	28,6	100,0
Urologie	94,4	5,6	100,0	100,0	0,0	100,0
<b>Total—Spécialités chirurgicales</b>	<b>82,2</b>	<b>17,8</b>	<b>100,0</b>	<b>85,6</b>	<b>14,4</b>	<b>100,0</b>
<b>4.0 Scientifiques médicaux</b>	<b>97,1</b>	<b>2,9</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Total—Tous les spécialistes</b>	<b>72,8</b>	<b>27,2</b>	<b>100,0</b>	<b>79,0</b>	<b>21,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Total—Tous les médecins</b>	<b>67,8</b>	<b>32,2</b>	<b>100,0</b>	<b>69,7</b>	<b>30,3</b>	<b>100,0</b>

**Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

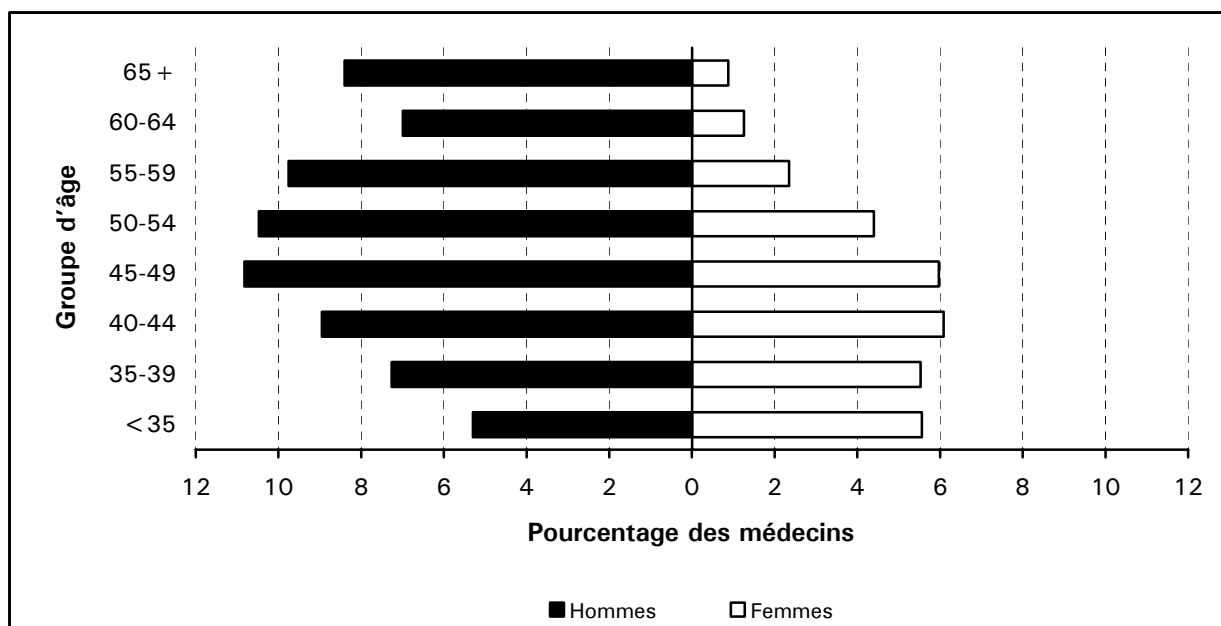
## 3.2 Répartition selon l'âge

Le « vieillissement de la population » est une expression très populaire. La figure 4 illustre ce phénomène chez les médecins du Canada. Le côté droit de la pyramide démographique indique le pourcentage des femmes médecins par groupe d'âge. Le dénominateur pour le calcul du pourcentage est le nombre total de médecins. En conséquence, le total des pourcentages illustrés en barres sur le côté droit de la figure est égal à 32,0 %, pourcentage qui est mentionné dans la section précédente en tant que pourcentage des femmes médecins. Dans le même ordre d'idées, le côté gauche de la pyramide démographique illustre la répartition par groupe d'âge des hommes médecins.

L'âge moyen des médecins en 2004 était de 48,6 ans. Toutefois, l'âge moyen des femmes médecins, 44,2 ans, est nettement inférieur à celui des hommes, 50,7 ans (figure 4). Les femmes médecins commencent à peine à prendre de l'âge. La pyramide montre que le pourcentage des femmes selon le groupe d'âge augmente graduellement de haut (65 ans et plus) en bas. En revanche, les pourcentages dans les deux groupes d'âge les plus jeunes (de 35 à 39 ans et de moins de 35 ans) diminuent plutôt qu'augmentent. Bien que le chemin soit encore long, le pourcentage des hommes dans la pyramide prend le sens contraire. Autrement dit, les pourcentages dans les groupes d'âge en haut de la pyramide deviennent plus élevés que les pourcentages de groupes d'âge en bas de la pyramide. Contrairement, les pourcentages des femmes restent assez constants pendant un temps, puis se rapprochent jusqu'à constituer la moitié du groupe d'âge le plus jeune (moins de 35 ans).

Qu'il s'agisse des hommes médecins ou des femmes médecins (mais particulièrement chez les hommes), les pourcentages de plus en plus faibles dans les groupes d'âge en bas de la pyramide (figure 4) indiquent qu'il y a de moins en moins de jeunes qui sont recrutés au sein de la main-d'œuvre des médecins, surtout à la lumière des dernières données qui démontrent que la durée de la formation a augmenté<sup>24</sup>. Les données de la figure 4 excluent les résidents qui auraient tendance à augmenter le pourcentage des médecins dans les groupes d'âge plus jeunes. Néanmoins, si cette tendance persiste, il sera difficile de remplacer les médecins qui prennent leur retraite ou meurent.

Figure 4. Pyramide d'âge des médecins, Canada, 2004



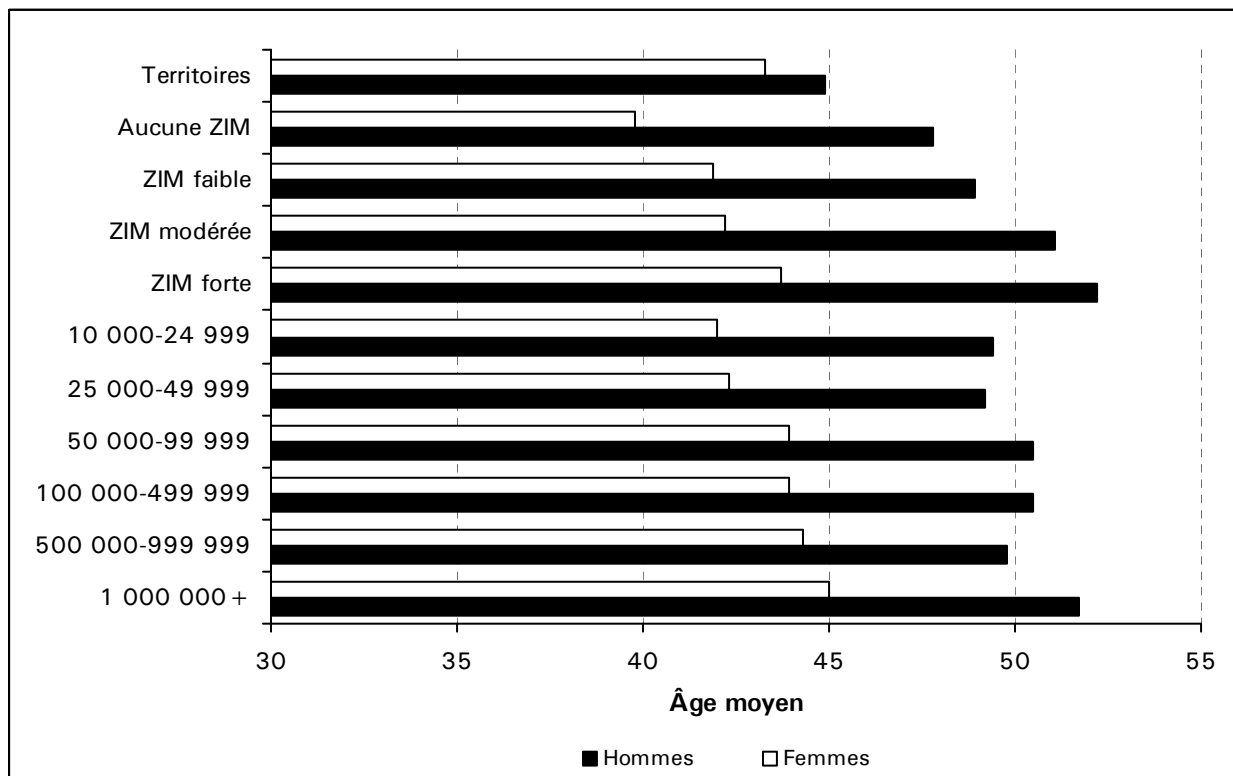
Source : BDMS, ICIS.

La figure 5 et l'annexe G illustrent une partie des variations urbaines et rurales dans l'âge moyen des médecins. Le nombre de médecins par groupe d'âge figure à l'annexe G en fonction de la catégorie urbaine ou rurale dans chaque province et territoire et au Canada. Les tableaux G.1 à G.4 illustrent le nombre de femmes et d'hommes médecins de famille ainsi que le nombre de femmes et d'hommes spécialistes.

La figure 5 présente d'intéressantes caractéristiques en ce qui a trait à l'âge moyen. Dans le cas des médecins en milieu urbain, l'âge moyen diminue au fur et à mesure que diminue le nombre d'habitants dans les collectivités urbaines. Cette tendance s'applique particulièrement aux femmes médecins, dont l'âge moyen dans les grands centres urbains (au moins un million d'habitants) est de 45,0 ans et baisse à 42,0 ans dans les plus petites collectivités urbaines (de 10 000 à 24 999 habitants). Les hommes médecins affichent une tendance similaire, mais moins prononcée, puisque leur âge moyen varie de 51,7 ans dans les grands centres urbains à 49,4 ans dans les plus petites collectivités urbaines.

Ces mêmes caractéristiques se retrouvent chez les médecins dans les régions rurales. L'âge moyen diminue au fur et à mesure que diminue l'influence métropolitaine. L'âge moyen des hommes médecins dans les ZIM fortes est de 52,2 ans, contre 47,8 ans dans les collectivités sans ZIM. Les femmes médecins enregistrent une tendance similaire : leur âge moyen varie de 43,7 ans dans les ZIM fortes à 39,8 ans dans les collectivités sans ZIM. Dans les territoires cependant, l'âge moyen des médecins est légèrement plus élevé (44,9 ans pour les hommes médecins et 43,3 ans pour les femmes médecins). Malgré tout, les hommes médecins qui exercent dans les territoires sont en moyenne plus jeunes que ceux dans les autres collectivités, urbaines ou rurales. L'âge moyen des femmes médecins dans les territoires est légèrement supérieur à l'âge moyen des femmes médecins dans la plupart des ZIM (modérées à aucune ZIM), mais similaire à l'âge moyen dans les collectivités à ZIM forte et dans certains groupements de collectivités urbaines.

**Figure 5. Âge moyen des médecins selon le sexe et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



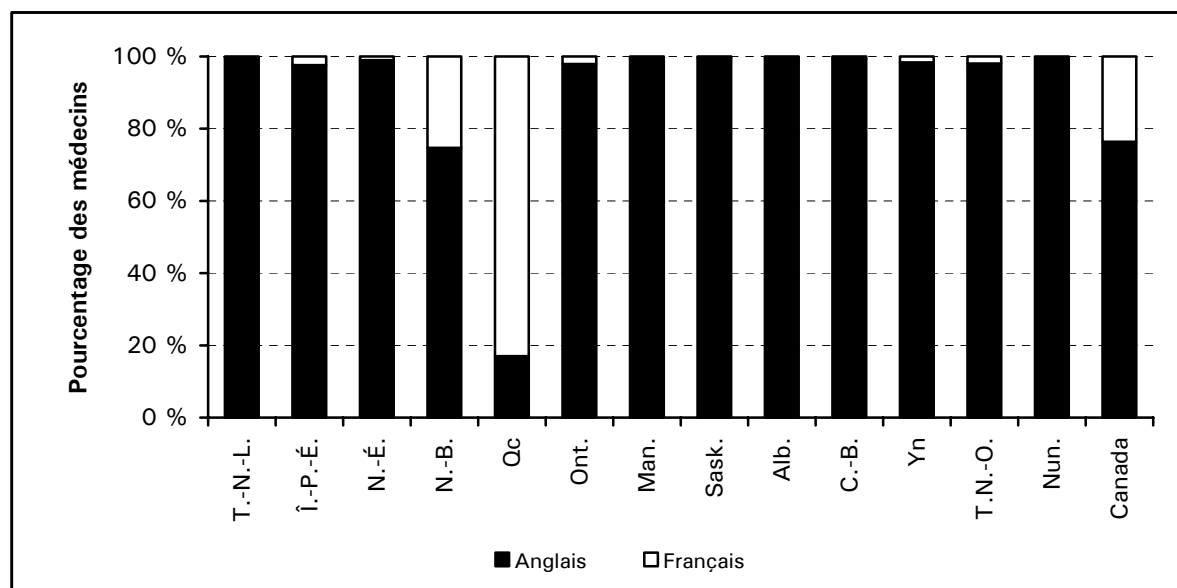
Source : BDMS, ICIS.

### 3.3 Répartition selon la langue

La prudence est de mise lorsqu'il s'agit de l'élément de la langue dans la BDMS. Les médecins précisent s'ils veulent recevoir l'information du BI Group en français ou en anglais. Cette précision n'indique pas nécessairement que le médecin travaille en anglais, en français ou dans les deux langues. Dans la même veine, elle ne montre pas si ses patients sont francophones ou anglophones. En revanche, elle peut servir de variable de substitution ou d'indicateur de la langue.

Comme on peut s'y attendre, le français est la principale langue (83,0 %) des médecins qui exercent au Québec (figure 6). Le Nouveau-Brunswick (25,3 %) se situe au deuxième rang à ce chapitre. Dans le reste des provinces et territoires, le pourcentage est environ de 2 % ou moins.

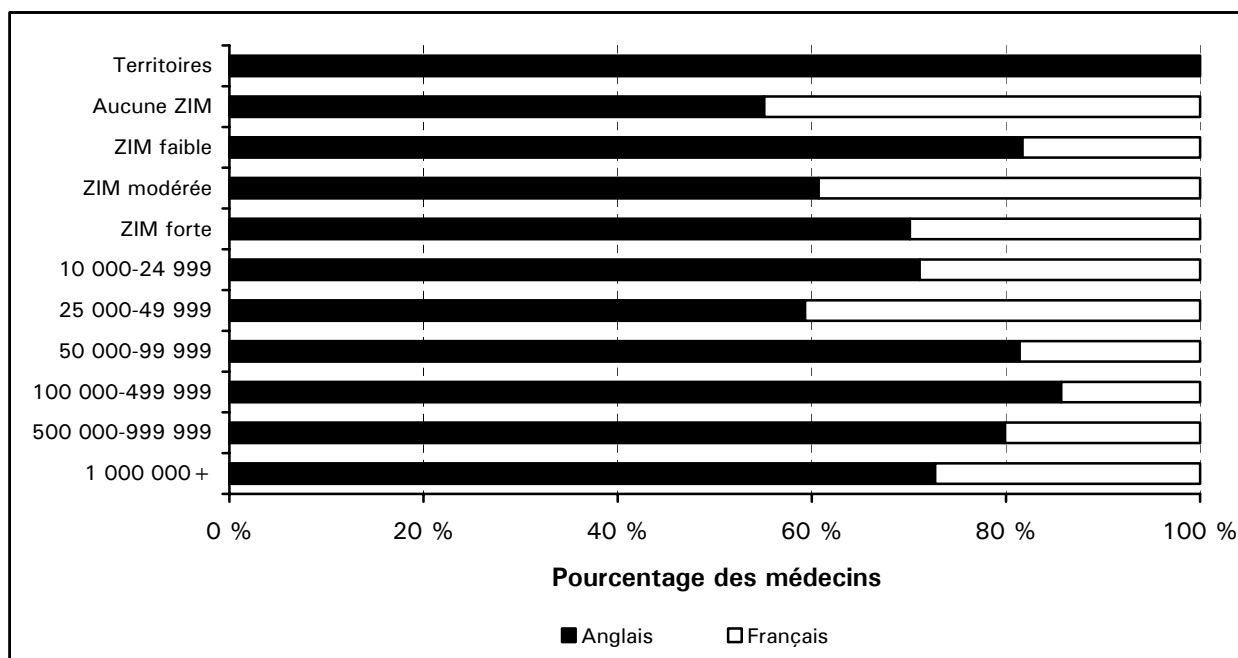
Figure 6. Répartition selon la langue par province ou territoire, Canada, 2004



Source : BDMS, ICIS.

La figure 7 illustre la répartition des médecins actifs selon la langue et la catégorie urbaine ou rurale. Selon les résultats, l'analyse de l'élément de la langue selon la province ou le territoire pourrait masquer des variations sous-provinciales et sous-territoriales. En effet, le pourcentage élevé de français dans les collectivités qui comptent de 25 000 à 49 999 habitants (40,7 %) et dans les collectivités sans ZIM (44,9 %) ne se limiterait probablement pas au Québec et au Nouveau-Brunswick. Il inclurait probablement les médecins et les habitants francophones dans des régions telles que le Nord de l'Ontario et les régions rurales du Manitoba. La prestation de services de santé dans la langue appropriée et selon les normes culturelles est une question qui ne fait pas partie du thème du présent rapport, mais qui pourrait faire l'objet d'une étude plus poussée en combinant les données de la BDMS avec d'autres séries de données qui contiennent plus de détails relatifs à la langue.

Figure 7. Répartition selon la langue par catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004



Source : BDMS, ICIS.

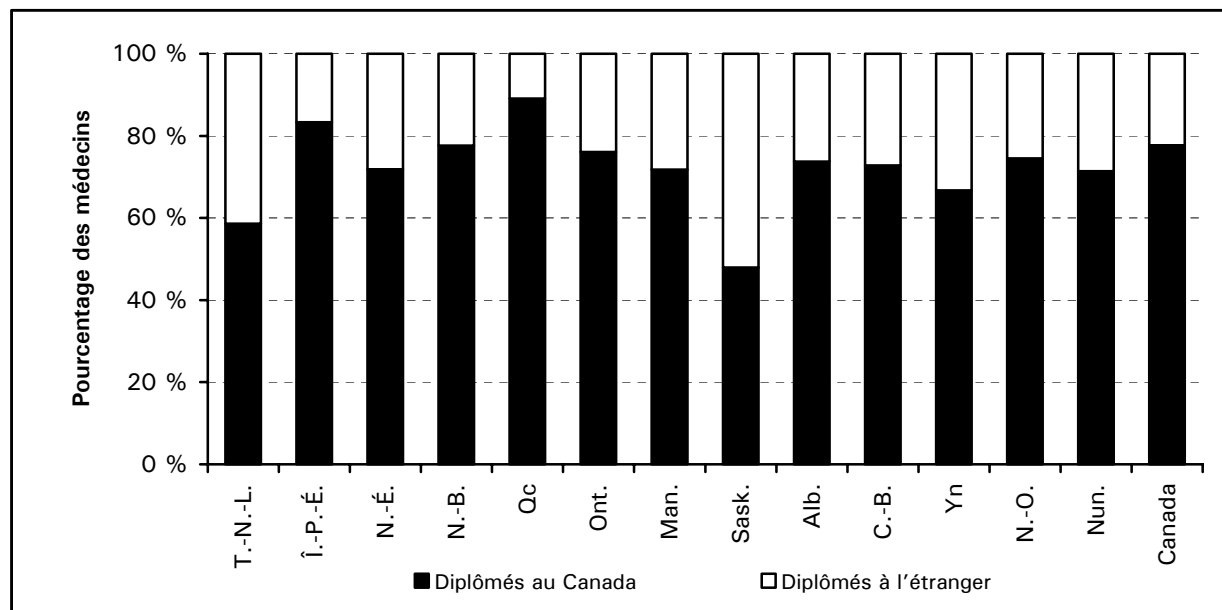
### 3.4 Diplômés internationaux en médecine

Depuis plusieurs décennies, les diplômés internationaux en médecine (DIM) forment une bonne proportion du personnel médical du Canada. « En général, dans les années 1970, 30 % à 35 % des médecins au Canada avaient fait leurs études à l'étranger. Au milieu des années 1970, le Canada formait de plus en plus ses médecins diminuant ainsi le besoin de recruter des médecins formés à l'étranger. Toutefois, le Canada recrute encore des médecins formés à l'étranger, en particulier dans les régions où les points de service sont insuffisants ou dans les régions à dominante rurale comme Terre-Neuve, la Saskatchewan et le Manitoba<sup>25</sup>. »

Par ailleurs, les données de 2004 de la BDMS indiquent que le pourcentage des DIM est légèrement à la baisse. Il est passé de 23,1 % en 2000 à 22,6 % en 2003 à 22,3 % actuellement<sup>10</sup>. Cette baisse est attribuable principalement à la baisse du pourcentage de spécialistes diplômés à l'étranger (de 24,1 % de tous les spécialistes en 2000 à 21,4 % en 2004). Toutefois, le pourcentage des médecins de famille diplômés à l'étranger est passé de 22,1 % en 2000 à 23,2 % en 2004.

Les DIM ne sont pas répartis dans le pays de façon uniforme. La figure 8 illustre les variations par province ou territoire. Le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard affichent le plus faible pourcentage de DIM au pays (10,9 %, et 16,7 % respectivement). En revanche, la Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que le Yukon affichent les pourcentages les plus élevés, soit 52,1 %, 41,4 % et 33,3 % respectivement. Les DIM représentent de 22,4 % à 28,6 % des médecins dans les autres provinces et territoires.

**Figure 8. Pourcentage des médecins diplômés au Canada et à l'étranger selon la province ou le territoire, Canada, 2004**



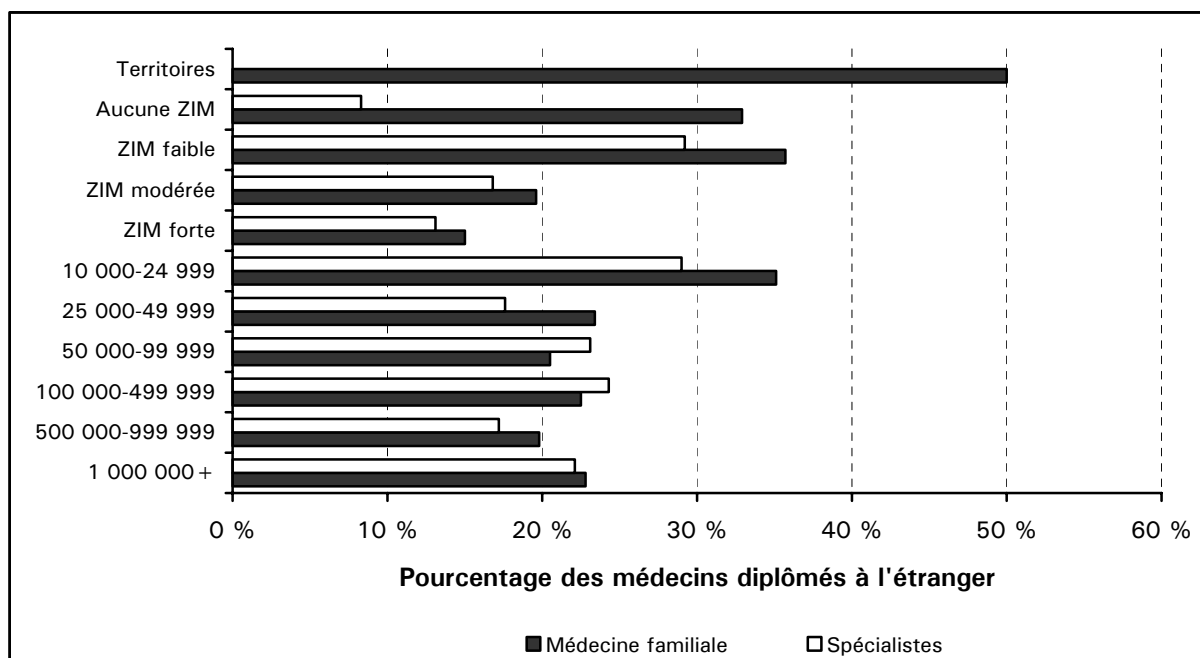
Source : BDMS, ICIS.

En 2004, 26,3 % de tous les médecins en milieu rural avaient été formés à l'étranger, contre 21,9 % des médecins en milieu urbain. La figure 9 et le tableau G.5 de l'annexe G fournissent plus de détails sur les DIM et les différences entre les milieux urbain et rural. Le pourcentage de médecins de famille formés à l'étranger augmente dans les régions rurales, de 15,0 % dans les collectivités à ZIM forte jusqu'à 50,0 % dans les territoires. Les médecins de famille diplômés à l'étranger affichent une tendance similaire, mais peut-être moins prononcée, puisqu'ils sont plus nombreux dans les collectivités urbaines qui comptent moins d'habitants. Dans l'ensemble, les DIM représentent 26,9 % des médecins de famille en milieu rural, contre 22,6 % en milieu urbain.

Les spécialistes affichent des tendances similaires, mais non identiques, car les petites villes et les collectivités sans ZIM ont moins tendance à avoir des spécialistes. En règle générale, les DIM représentent 22,5 % des spécialistes dans les régions rurales, contre 21,3 % dans les régions urbaines.



**Figure 9. Pourcentage des médecins diplômés à l'étranger selon la catégorie de médecins et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : BDMS, ICIS.

### 3.5 Répartition géographique inégale

Soixante coefficients Gini ont été calculés pour illustrer un des moyens de mesurer le degré d'égalité dans la répartition des médecins. Ces valeurs se trouvent dans le tableau G.6 de l'annexe G. Les figures 10a à 10j illustrent 10 courbes en paires de Lorenz, qui ont servi au calcul des valeurs G, afin de montrer certains des problèmes méthodologiques relatifs à cette approche. Par exemple, les figures 10a et 10b montrent des courbes de Lorenz pour tous les médecins. Toutefois, la figure 10a a été construite avec des données agrégées sur les médecins et la population à l'échelle des DR, tandis que les provinces et les territoires ont servi d'unités géographiques d'agrégation pour la figure 10b.

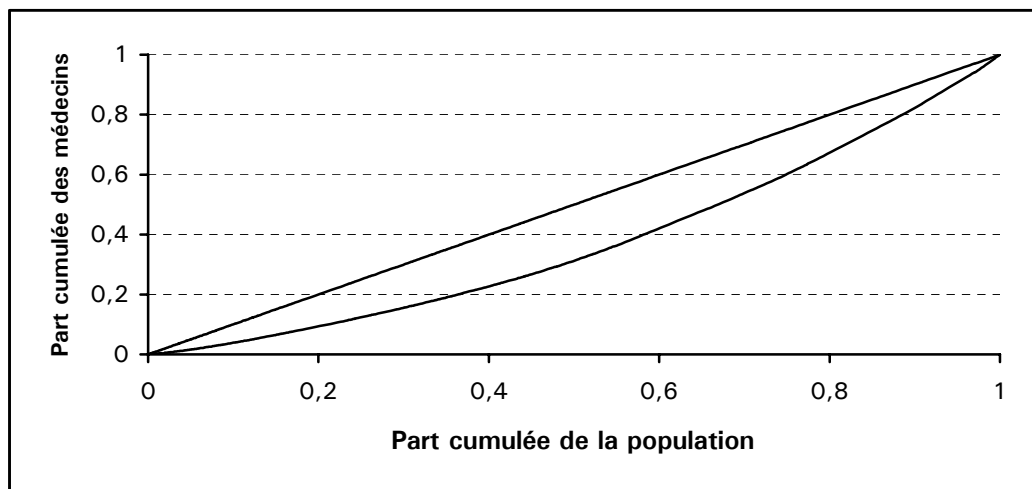
On doit interpréter ces courbes de Lorenz visuellement d'abord avant de les comparer aux valeurs G respectives. Dans le cas des courbes dans les figures 10a à 10j, la meilleure méthode consiste à examiner d'abord toutes les courbes calculées en utilisant les DR, puis à les comparer à celles qui ont été générées à partir des données agrégées en utilisant les provinces et les territoires. Comme l'indiquent le chapitre 2 et l'annexe B, les répartitions sont plus égales ou uniformes lorsque la courbe calculée de Lorenz est proche de la ligne diagonale de la figure et que la valeur G est proche de 0. À l'opposé, lorsque les médecins sont concentrés dans de moins en moins d'unités géographiques, la courbe de Lorenz s'éloigne de la ligne diagonale et la valeur G augmente en magnitude pour atteindre un maximum de 1.

La figure 10a (tous les médecins) peut être considérée comme une combinaison de la figure 10c (médecins de famille) et de la figure 10e (tous les spécialistes). Selon la figure 10c, les médecins de famille sont répartis de façon plus égale dans les 288 DR que les spécialistes (figure 10e). Si les trois courbes de Lorenz apparaissaient sur la même figure, la courbe relative à tous les médecins (figure 10a) se situerait entre la courbe de Lorenz relative aux médecins de famille et la courbe relative à tous les spécialistes. Ces observations peuvent être également confirmées numériquement, puisque les valeurs  $G$  (tableau G.6) sont égales à 0,25, 0,15 et 0,38 pour tous les médecins, les médecins de famille et tous les spécialistes respectivement.

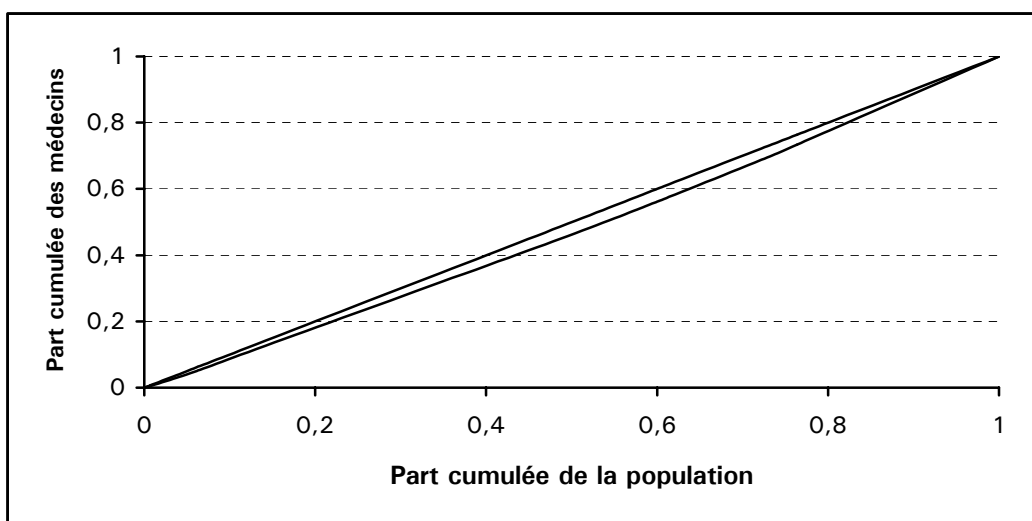
Dans le même ordre d'idées, la figure 10e (tous les spécialistes) est une combinaison de la répartition par DR des spécialistes en science médicale et de tous les spécialistes cliniques, de laboratoire et les spécialistes chirurgicaux. Parmi ces spécialistes, les chirurgiens généraux (figure 10g) constituent le groupe le plus également réparti à l'échelle des DR ( $G = 0,28$ ). Les spécialistes en biochimie médicale constituent le groupe de spécialistes le plus concentré ( $G = 0,75$ ). La courbe de Lorenz de ces derniers (figure 10i) suit plus de la moitié de l'axe horizontal (indiquant qu'il n'y a pas de spécialistes en biochimie médicale dans la plupart des DR) pour afficher ensuite une pente très prononcée le plus loin de l'origine du graphique (indiquant que ces spécialistes sont situés dans un nombre très restreint de DR). L'interprétation est identique lorsqu'on examine l'emplacement de ces spécialistes sur la carte (figure F.27 à l'annexe F).

Figures 10a et 10b. Courbes de Lorenz pour tous les médecins, Canada, 2004

Par division de recensement



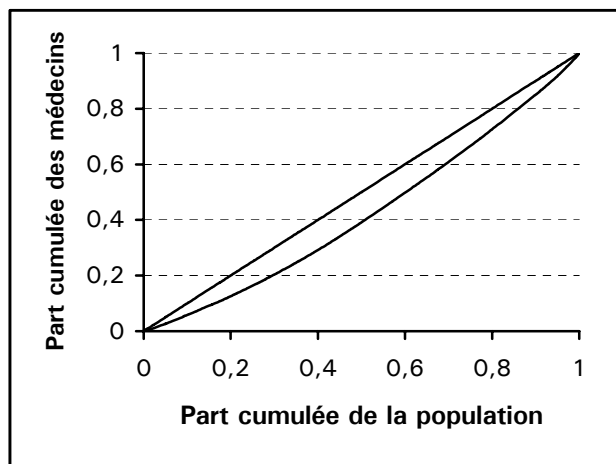
Par province ou territoire



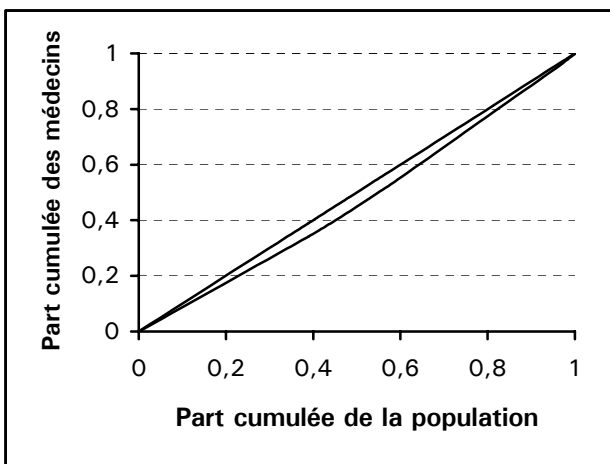
Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

Figures 10c et 10d. Courbes de Lorenz pour les médecins de famille, Canada, 2004

Par division de recensement

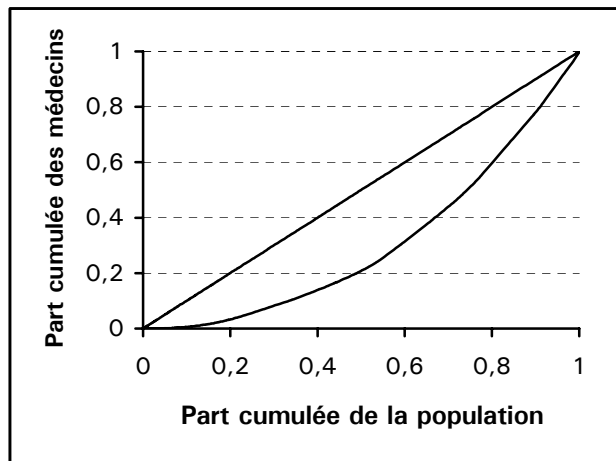


Par province ou territoire

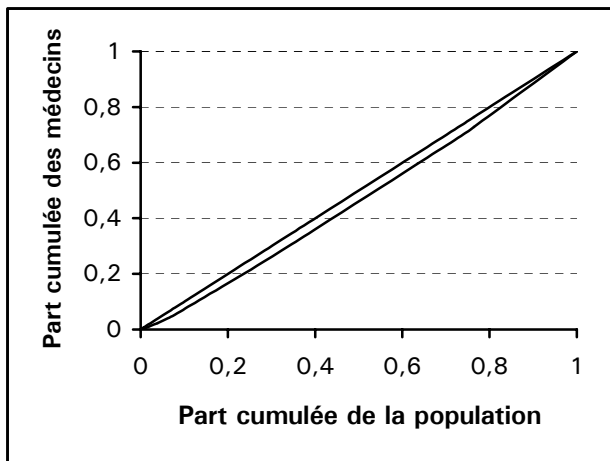


Figures 10e et 10f. Courbes de Lorenz pour tous les spécialistes, Canada, 2004

Par division de recensement



Par province ou territoire



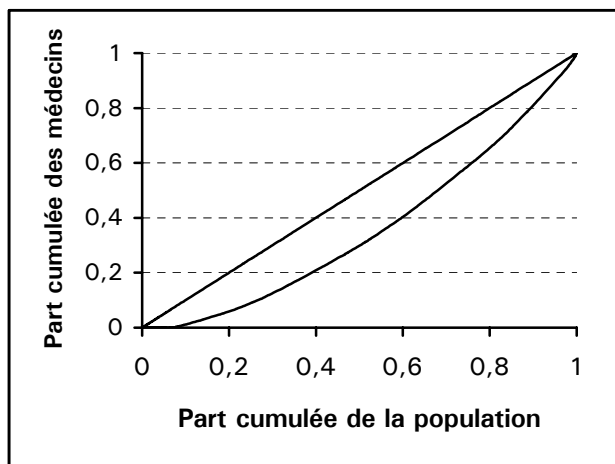
**Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

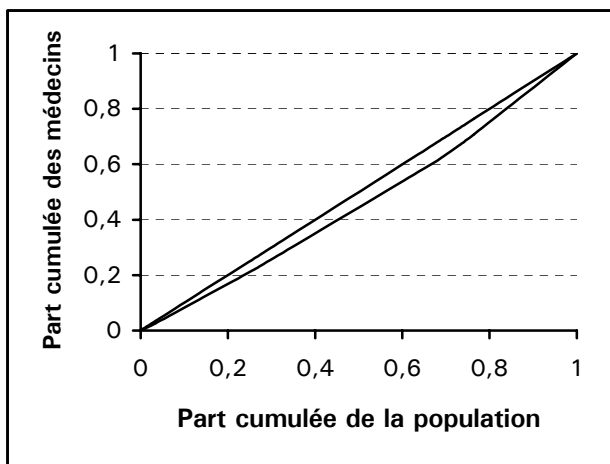
Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

Figures 10g et 10h. Courbes de Lorenz pour les chirurgiens généraux, Canada, 2004

Par division de recensement

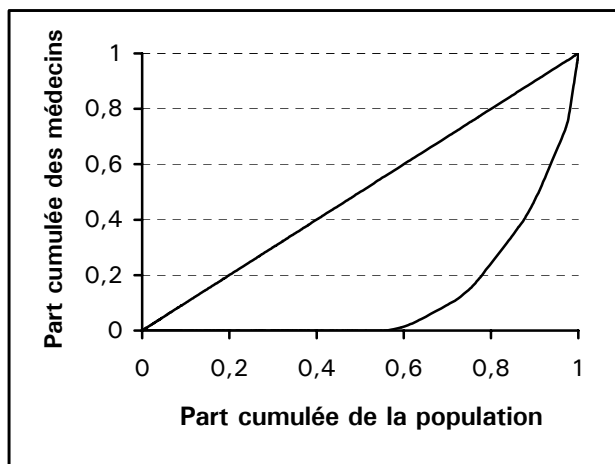


Par province ou territoire

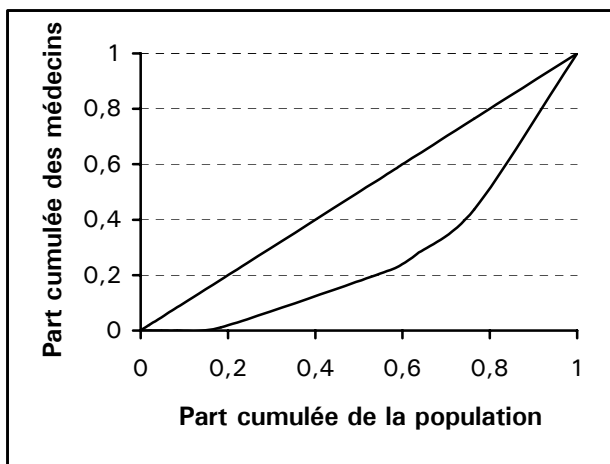


Figures 10i et 10j. Courbes de Lorenz pour les spécialistes en biochimie médicale, Canada, 2004

Par division de recensement



Par province ou territoire



**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

Les coefficients Gini calculés au moyen des DR ne correspondent pas exactement aux valeurs G basées sur les provinces et les territoires (tableau G.6), mais ils sont étroitement corrélés les uns aux autres ( $r = 0,73$ ). Toutefois, les valeurs G basées sur les provinces et territoires sont nettement réduites. Par exemple, la valeur G de 0,15 (calculée en utilisant les DR) relativement aux médecins de famille est réduite à 0,06 lorsque les provinces et les territoires servent d'unités géographiques pour agréger les données. Dans la même veine, les valeurs G (calculées en utilisant les provinces et les territoires) relativement à tous les médecins et les spécialistes sont de 0,05 et 0,06 respectivement. Les courbes de Lorenz pour ces catégories de médecins (figures 10b, 10d et 10f) porteraient à croire qu'ils sont répartis presque uniformément. Il faut noter toutefois qu'en passant en revue les coefficients Gini, Osberg et ses collègues ont constaté que « même les modifications apparemment légères des mesures globales de l'inégalité peuvent dénoter d'importants changements sur ce plan<sup>26</sup> ». Par ailleurs, même si le coefficient Gini passe de 0,75 à 0,44 dans le cas des spécialistes en biochimie médicale, la courbe de Lorenz indique encore une fois que ces professionnels sont fortement concentrés sur le plan géographique.

Une courbe de Lorenz ou un coefficient Gini fournit une valeur graphique ou une valeur indice utile qui résume très bien le niveau d'uniformité d'une répartition géographique. Toutefois, ces indices sont très sensibles aux niveaux d'agrégation utilisés (les figures 10a à 10j ainsi que le tableau G.6 illustrent l'effet de masque causé par l'utilisation de grandes unités d'agrégation comme les provinces et les territoires). De même, ils ne désignent pas de lieux où les médecins sont sur- ou sous-représentés, sans oublier que leur interprétation n'est pas forcément évidente. Malgré leurs limites connues, les ratios entre les médecins et la population demeurent peut-être une meilleure solution de rechange<sup>6, 7</sup>.

En suivant le processus des calculs des coefficients Gini, les ratios entre les médecins et la population ont été calculés en recourant aux divisions de recensement ainsi qu'aux provinces et territoires en tant qu'unités géographiques d'analyse pour les mêmes catégories de médecins. Le tableau G.6 illustre les statistiques (minimum, maximum, moyenne et médiane) relatives à ces ratios.

Il importe de souligner que les coefficients Gini et les ratios entre les médecins et la population ne donnent pas une représentation différente de la réalité, car ils sont étroitement corrélés. En utilisant les mesures calculées pour chacun des groupes de médecins par exemple (tableau G.6), l'association entre les coefficients Gini calculés en utilisant les DR et les ratios moyens entre les médecins et la population est assez solide ( $r = -0,54$ ). La corrélation entre les coefficients et les ratios est similaire lorsque seuls les médecins spécialistes font l'objet d'une analyse ( $r = -0,60$ ). Toutefois, la relation est plus faible en cas d'utilisation des provinces et territoires lorsqu'on examine tous les médecins ( $r = 0,26$ ) et, dans une moindre mesure, les médecins spécialistes seulement ( $r = 0,41$ ).

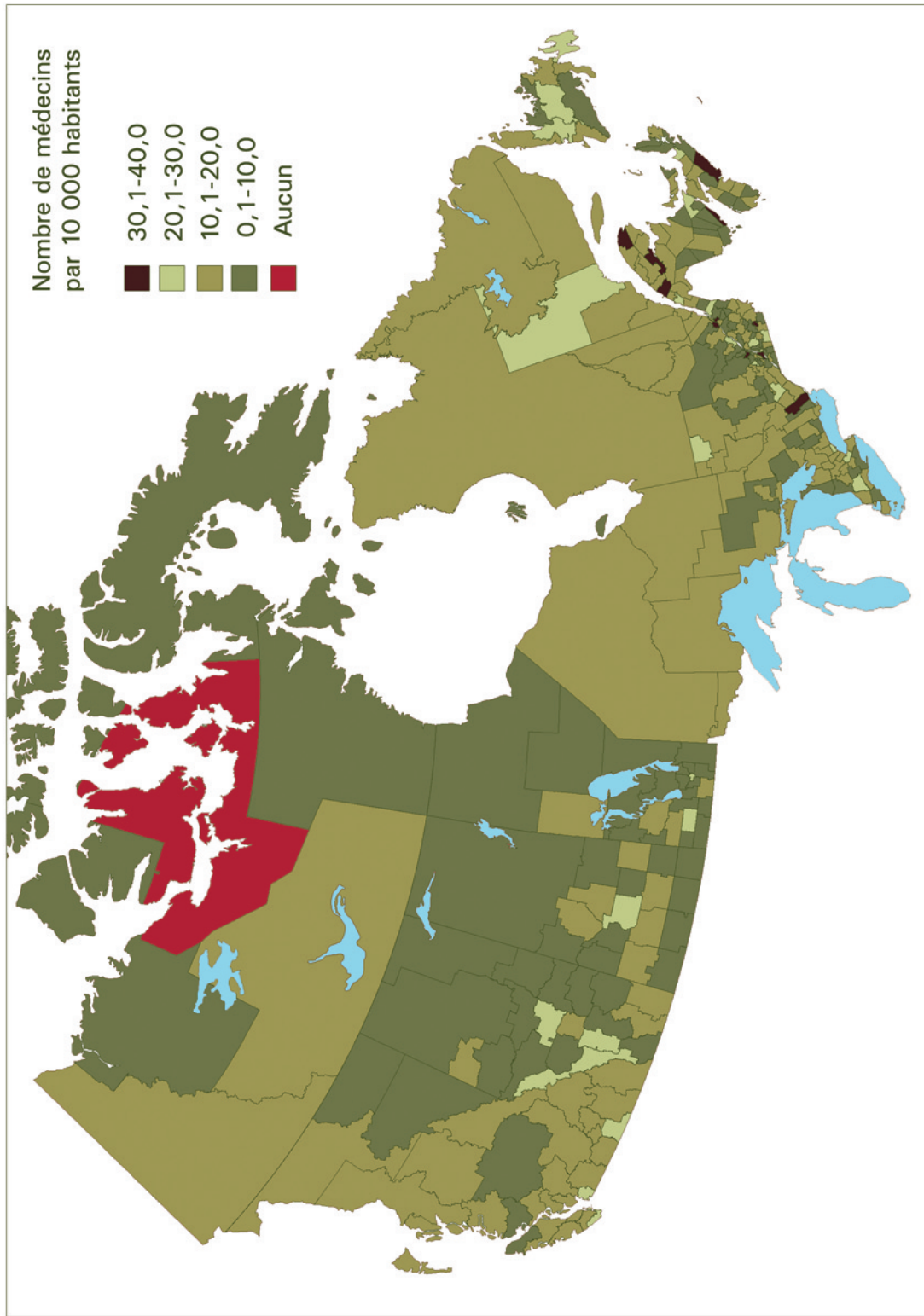
Les figures 11 à 13 illustrent les variations régionales dans les ratios entre les médecins et la population dans tout le Canada à l'échelle des divisions de recensement. La figure 11 montre le nombre combiné de médecins de famille et de médecins spécialistes, alors que les figures 12 et 13 illustrent respectivement les ratios des médecins de famille et des médecins spécialistes. Puisque ces cartes sont suffisamment explicites, seulement les points suivants seront soulignés :

- D'est en ouest, les ratios moyens entre les médecins et la population suivent un tracé plus ou moins en U. Ils baissent de Terre-Neuve-et-Labrador à la Saskatchewan, puis remontent en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.
- Le tracé en U est interrompu en raison des valeurs élevées au Québec et en Ontario.
- Comme l'illustre la figure 11, 41,6 % des Canadiens vivent dans des régions où le ratio global entre les médecins et la population varie de 10,1 à 20,0 médecins par 10 000 habitants.
- Des pourcentages égaux de Canadiens vivent dans des régions où les ratios entre les médecins de famille et la population (figure 12) se situent dans les catégories de 5,1 à 10,0 (47,0 %) et de 10,1 à 15,0 (47,1 %).
- Les pourcentages des Canadiens qui se trouvent dans les catégories illustrées dans la figure 13 montrent bien la dichotomie entre les sphères urbaine et rurale et la répartition des DR et des spécialistes. En effet, la catégorie 0,1 à 5,0 affiche le pourcentage le plus élevé, à 30,3 %, mais la deuxième catégorie en importance est celle de 15,1 à 30,0, à 24,2 %.

Les coefficients Gini et les ratios entre les médecins et la population utilisés dans la présente étude ont été calculés pour 30 groupes de médecins au moyen de deux unités géographiques d'analyse. Ces indices ont été conçus de façon à montrer certaines des structures spatiales générales des associations entre les médecins et la population. Il faut toutefois utiliser certains de ces indices avec prudence. Par exemple, toutes ces techniques supposent que les médecins « devraient » être répartis de manière à refléter la répartition de la population générale. À l'échelle des DR, cette hypothèse pourrait se tenir pour certains types de médecins, particulièrement les médecins de famille, mais certainement pas dans le cas de bien des types de médecins spécialistes. Prenons des cas extrêmes : il serait déraisonnable de s'attendre à ce que des médecins spécialisés en médecine génétique, en médecine du travail, en médecine nucléaire ou en neurochirurgie soient répartis uniformément dans toutes les DR. Il n'existe pas autant de spécialistes dans ces domaines pour couvrir les 288 DR.

Outre les ratios entre les médecins et la population, les courbes de Lorenz et les coefficients Gini, il existe d'autres moyens pour illustrer les modes de répartition géographique, comme les distances qui séparent les médecins et la population.

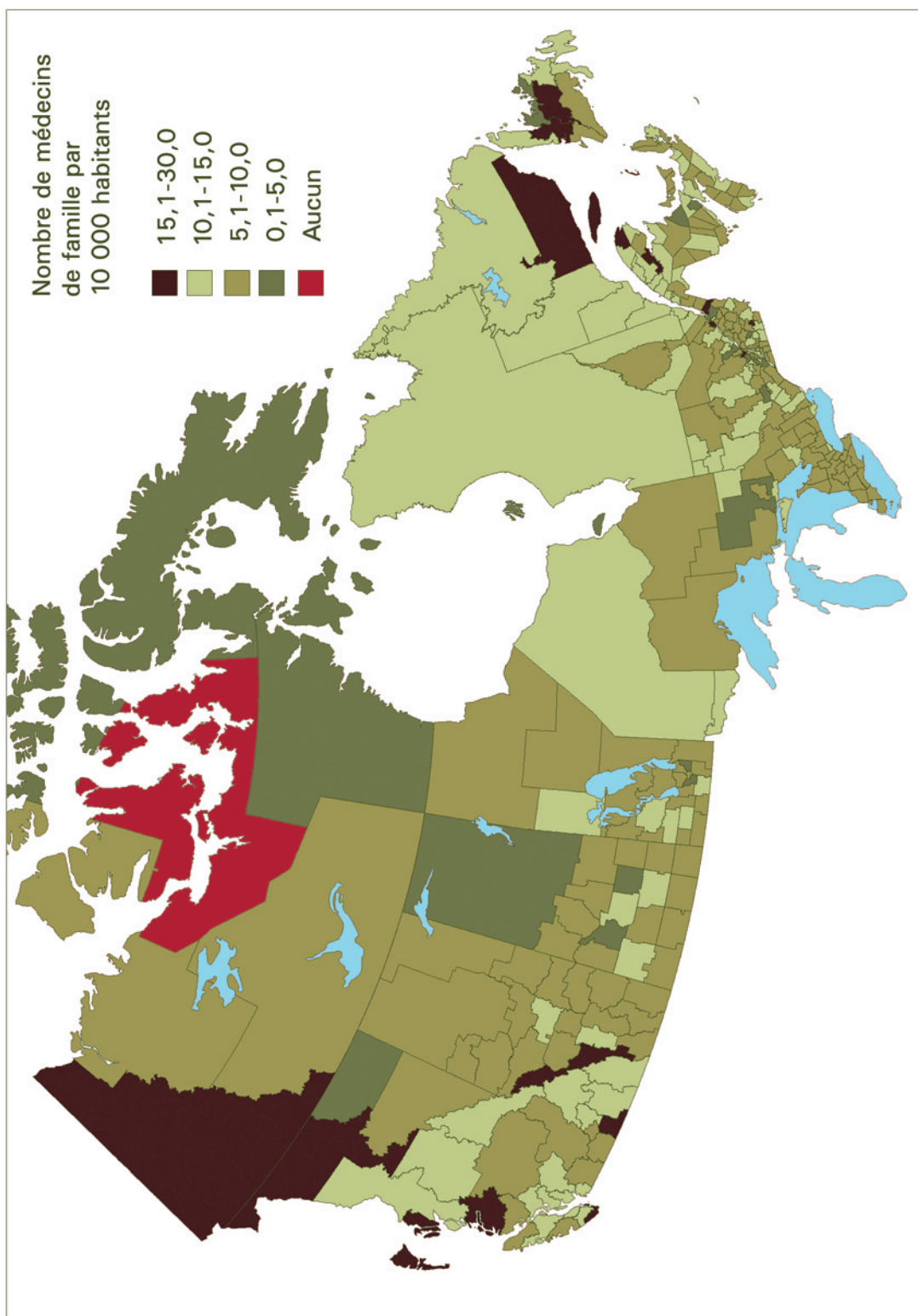
Figure 11. Nombre de médecins par 10 000 habitants selon la division de recensement, Canada, 2004



Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.



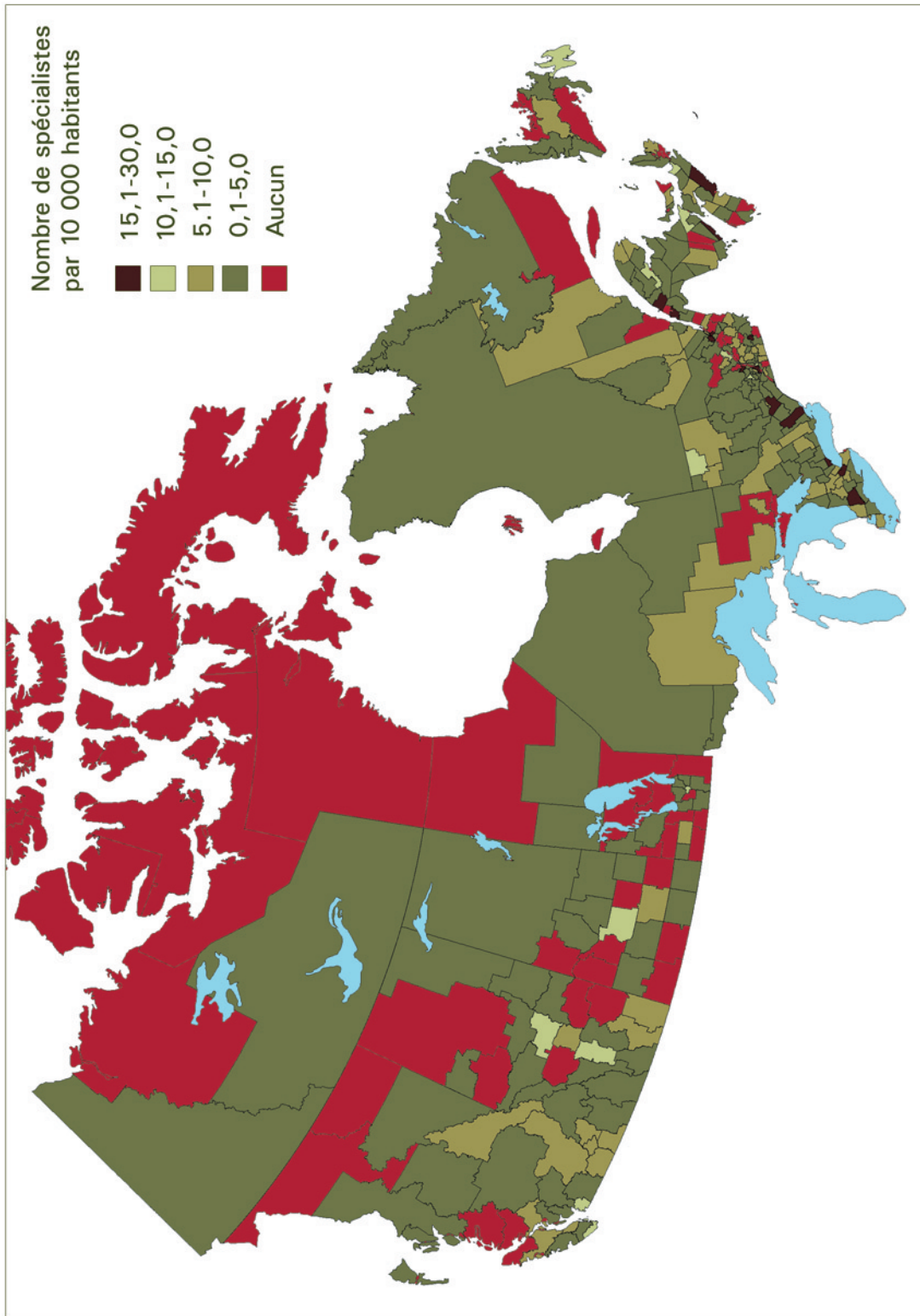
Figure 12. Nombre de médecins de famille par 10 000 habitants selon la division de recensement, Canada, 2004



**Remarque :** La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés (voir section 2.2 pour plus de détails).

**Sources :** Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMIS, ICIS.

Figure 13. Nombre de médecins spécialistes par 10 000 habitants selon la division de recensement, Canada, 2004



Remarque : Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).  
Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

## 3.6 Mesure de la distance

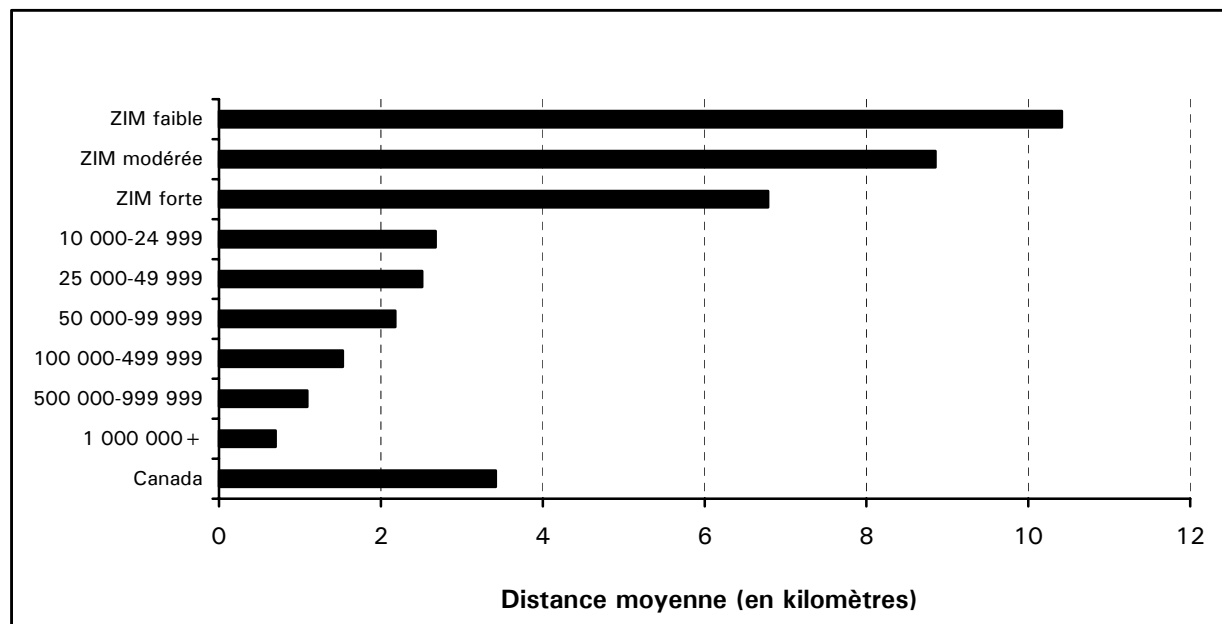
Au Canada, plusieurs petites villes et collectivités rurales ou éloignées se trouvent bien loin des grands centres urbains où les dispensateurs de soins, les établissements, les technologies et les services sont concentrés. Le déplacement vers les grands centres urbains pour recevoir des soins fait partie intégrante de la vie d'un bon nombre de Canadiens des régions rurales. Aussi, la distance peut-elle servir d'indicateur approximatif de la répartition inégale des dispensateurs de soins ou des services.

Bien qu'il soit possible de mesurer la distance de plusieurs façons (équivalents en temps par exemple), les données disponibles dans la présente étude permettent de mesurer les distances en ligne droite seulement. Comme le mentionne le chapitre 2, la distance a été calculée entre l'emplacement de la population générale et l'emplacement du médecin, du spécialiste et de deux catégories d'hôpital les plus proches.

La figure 14 montre la distance moyenne parcourue par les Canadiens dans la plupart des catégories urbaines et rurales pour se rendre chez le médecin le plus proche. La moyenne globale est de 3,4 km, la distance s'échelonnant de moins d'un km dans les plus grands centres urbains à 10,4 km dans les collectivités à ZIM faible. Les collectivités sans ZIM et les territoires ne figurent pas dans la figure en raison de leurs valeurs très élevées, soit 33,5 km et 201,6 km respectivement. Si l'on tient compte qu'il s'agit de moyennes pondérées en fonction de la population, l'augmentation marquée dans la distance à parcourir est énorme pour les citoyens qui demeurent à l'extérieur des centres urbains, même les plus petits.

Les distances moyennes entre la population et les spécialistes, certains spécialistes et les hôpitaux les plus proches sont encore plus grandes que celles illustrées dans la figure 14, peu importe la taille de la collectivité. Le tableau G.7 montre la longueur de la distance relative à chaque catégorie urbaine ou rurale.

**Figure 14. Distance moyenne au médecin le plus proche par catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Sources : Recensement de 2001, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

### 3.7 Révision du nombre de médecins : équivalents à temps plein

La présente section étudie l'influence du sexe, de l'âge et de la catégorie de médecins sur la charge de travail des médecins afin de déterminer leurs conséquences sur les variations régionales dans le nombre de médecins<sup>5</sup>. La charge de travail est exprimée en équivalents à temps plein (chapitre 2) dérivés de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) de 2002.

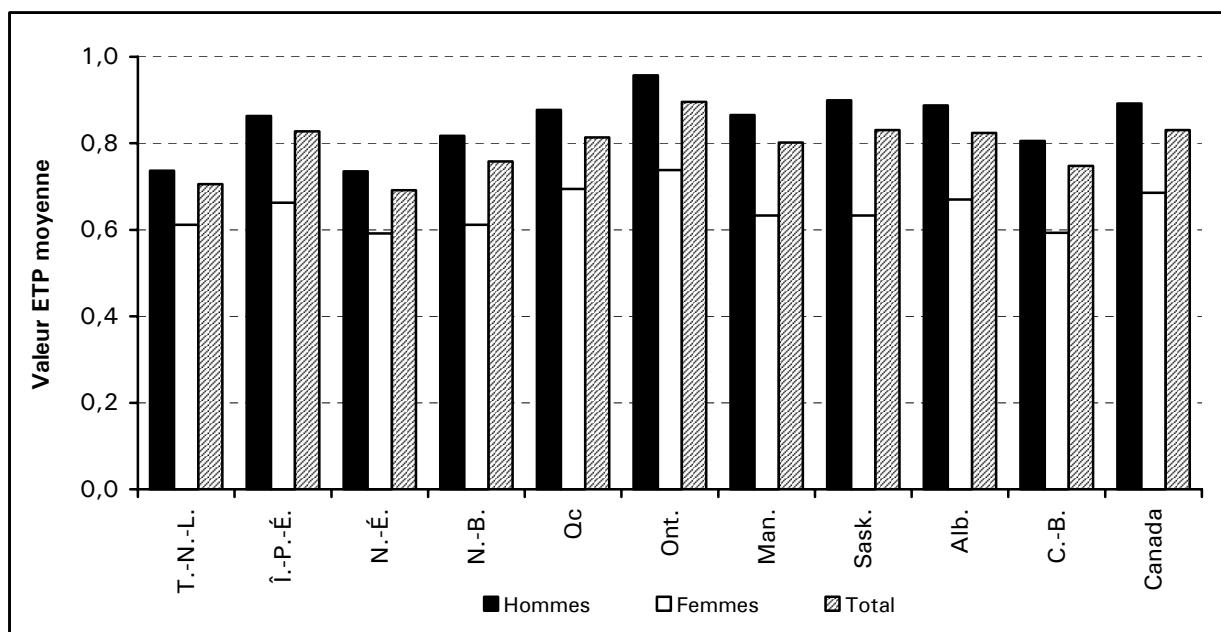
#### 3.7.1 Équivalent à temps plein selon le sexe

En 2002, l'équivalent à temps plein (ETP) moyen relatif aux médecins canadiens rémunérés à l'acte était égal à 0,83. Pour les hommes et les femmes médecins, l'ETP moyen était de 0,69 et de 0,89 respectivement. La figure 15 montre les diverses variations dans les valeurs ETP moyennes selon la province. Elles s'échelonnent de 0,69 (0,59 pour les femmes médecins et 0,74 pour les hommes médecins) en Nouvelle-Écosse à 0,90 (0,74 pour les femmes médecins et 0,96 pour les hommes médecins) en Ontario. Comme en fait foi la figure 15, l'ETP moyen global provincial et national (femmes et hommes confondus)

<sup>5</sup> Lors de l'analyse des résultats ETP des médecins, il faut noter certaines limites dans la BDNM, qui contient principalement des données sur la rémunération à l'acte. La BDNM ne contient pas de données sur les autres modes de rémunération. En conséquence, les résultats des ETP de la BDNM s'appuient exclusivement sur la rémunération à l'acte et excluent les activités des médecins qui sont rémunérées d'autre façon. Cette limite aura d'importantes conséquences sur les résultats des ETP chez les groupes de médecins qui perçoivent une bonne partie de leurs honoraires au moyen d'autres sources, y compris possiblement les médecins dans les régions rurales et les jeunes médecins. Voir section 5.2 pour plus de détails.

est très similaire à l'ETP moyen des hommes médecins. Les ETP moyens des femmes médecins étant différents de ceux des hommes médecins, la similitude s'explique surtout par le fait que la majorité (70,3 %) des médecins rémunérés à l'acte sont des hommes.

**Figure 15. Valeur équivalent à temps plein moyenne des médecins rémunérés à l'acte selon le sexe et la province, Canada, 2002**



Source : BDNM, ICIS.

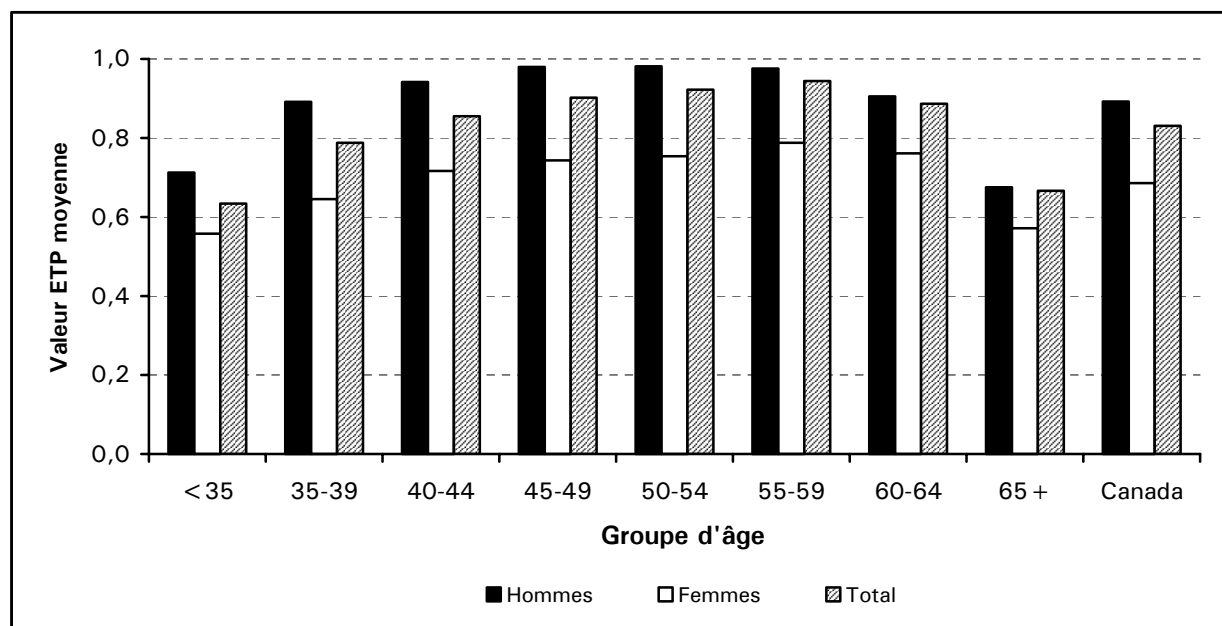
### 3.7.2 Équivalent à temps plein selon l'âge

Dans la plupart des cas, les jeunes médecins sont au tout début de leur carrière et peuvent ne pas recevoir suffisamment d'honoraires à l'acte pour générer des valeurs ETP élevées. Par ailleurs, les médecins plus âgés peuvent réduire leurs activités médicales, diminuant ainsi les valeurs ETP. De plus, les modes de vie pourraient également avoir des conséquences sur la valeur ETP moyenne associée à la répartition selon l'âge, certains médecins travaillant moins d'heures que dans le passé<sup>24</sup>.

La figure 16 illustre ces caractéristiques et montre que les plus faibles valeurs moyennes ETP concernent les médecins de moins de 35 ans, puis les médecins de 65 ans et plus. Les hommes médecins ont tendance à générer leur plus grande valeur moyenne ETP (0,98) dans les groupes d'âge des 45 à 49 ans, des 50 à 54 ans et des 55 à 59 ans. Après quoi, la valeur moyenne ETP commence à diminuer dans le groupe d'âge des 60 à 64 ans. Les femmes médecins génèrent leur plus importante moyenne ETP (0,79) un peu plus tard, c'est-à-dire de 55 à 59 ans, peut-être en raison de la charge de travail moins lourde pendant la période d'éducation des enfants<sup>13, 24</sup>.

Le tableau G.8 de l'annexe G fournit plus de détails relatifs à la valeur moyenne ETP par groupe d'âge et par province.

**Figure 16. Valeur équivalent à temps plein moyenne des médecins rémunérés à l'acte selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2002**



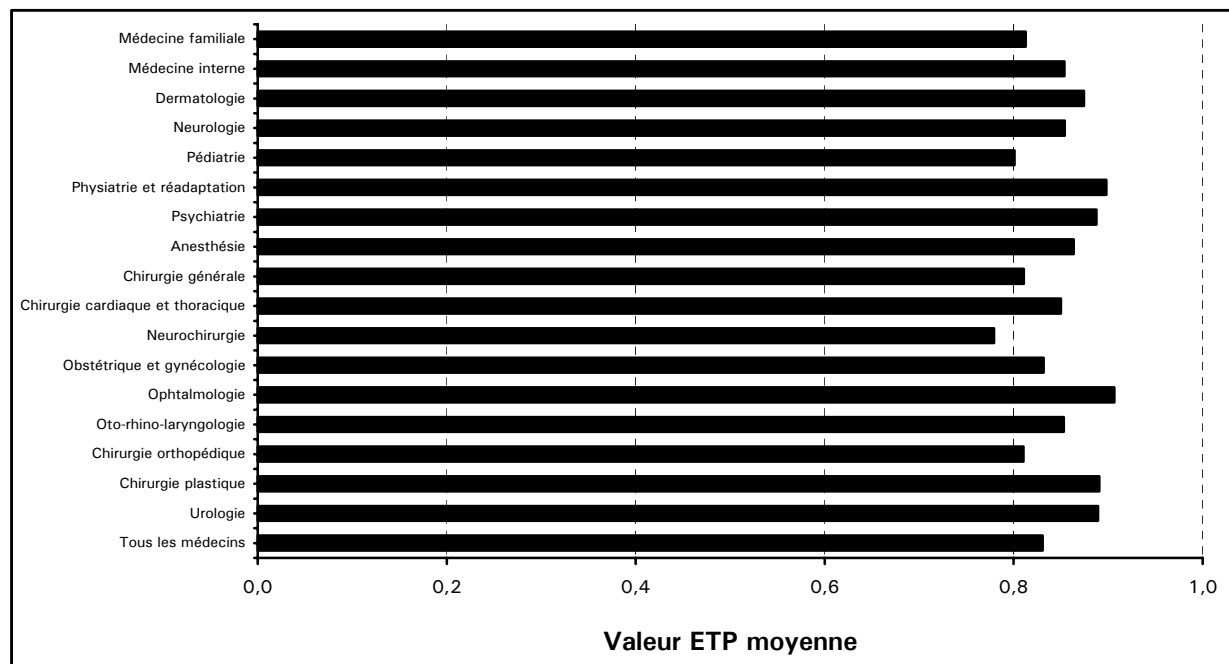
Source : BDNM, ICIS.

### 3.7.3 Équivalent à temps plein par spécialité médicale

Outre le sexe et l'âge, la valeur globale de la moyenne ETP des médecins canadiens rémunérés à l'acte dépend de leur spécialité médicale. La figure 17 montre certaines des différences dans la moyenne ETP selon la spécialité.

Dans l'ensemble, les ophtalmologues affichent la moyenne ETP la plus élevée (0,91). Ils sont suivis de près de plusieurs autres spécialistes comme les spécialistes en physiothérapie, en psychiatrie, en chirurgie plastique et en urologie. La figure 17 montre que les spécialistes qui affichent la plus faible valeur moyenne ETP sont les neurochirurgiens (0,78), les pédiatres (0,80), les chirurgiens orthopédistes (0,81), les chirurgiens généraux (0,81) et les médecins de famille (0,81). Certaines variations urbaines et rurales dans les valeurs moyennes ETP de ces spécialités sont présentées dans le tableau G.10 et décrites ci-dessous.

**Figure 17. Valeur équivalent à temps plein moyenne des médecins rémunérés à l'acte selon la spécialité, Canada, 2002**



Source : BDNM, ICIS.

### 3.7.4 Conséquences des équivalents à temps plein sur le nombre de médecins

Les tableaux G.9 à G.11 de l'annexe G montrent certaines des différences dans le nombre de médecins et le nombre d'ETP par spécialité à l'échelle des catégories urbaines et rurales. Le tableau G.9 montre le nombre de médecins inclus dans la BDNM de 2002 par spécialité et par catégorie urbaine ou rurale. Le tableau G.10, quant à lui, montre la valeur moyenne ETP des mêmes catégories. Enfin, le tableau G.11 établit le nombre résultant de médecins ajusté selon l'ETP.

En 2002, 53 148 médecins étaient rémunérés à l'acte (tableau G.9). Toutefois, le niveau de la charge de travail en ETP (tableau G.10) produirait l'équivalent de 44 150 médecins seulement (tableau G.11), soit une baisse globale de 16,9 % du nombre « réel » de médecins rémunérés à l'acte au Canada. La tendance générale illustrée dans ces tableaux montre une baisse des valeurs moyennes ETP dans les collectivités rurales, quoique cette baisse varie un peu selon la spécialité.

Prises dans l'ensemble, les valeurs moyennes ETP de tous les médecins dans les régions rurales baissent à partir des collectivités à ZIM forte jusqu'à celles sans ZIM. Dans le cas des médecins de famille, elles sont de 0,85 (ZIM forte), 0,75 (ZIM modérée), 0,72 (ZIM faible) et 0,69 (aucune ZIM). Cette tendance s'applique à tous les médecins en milieu rural, mais pas nécessairement à toutes les spécialités en milieu rural. Par exemple, les chirurgiens généraux dans les collectivités à ZIM modérée affichent une valeur moyenne ETP (0,71) supérieure à ceux dans les collectivités à ZIM forte (0,52).

De telles tendances à la baisse des valeurs moyennes ETP selon la taille de la collectivité ne sont pas si évidentes dans le cas des médecins rémunérés à l'acte dans les régions urbaines. La valeur moyenne ETP des médecins de famille dans les grands centres urbains (au moins un million d'habitants) s'élève à 0,86, valeur qui baisse à 0,75 dans les collectivités qui comptent entre 500 000 et 999 999 habitants. Puis la tendance observée en milieu rural se renverse. Les valeurs moyennes ETP augmentent à mesure que baisse le nombre d'habitants. Fait intéressant, pour la plupart des spécialités, les plus grandes valeurs ETP sont générées dans les collectivités urbaines de taille moyenne à petite.

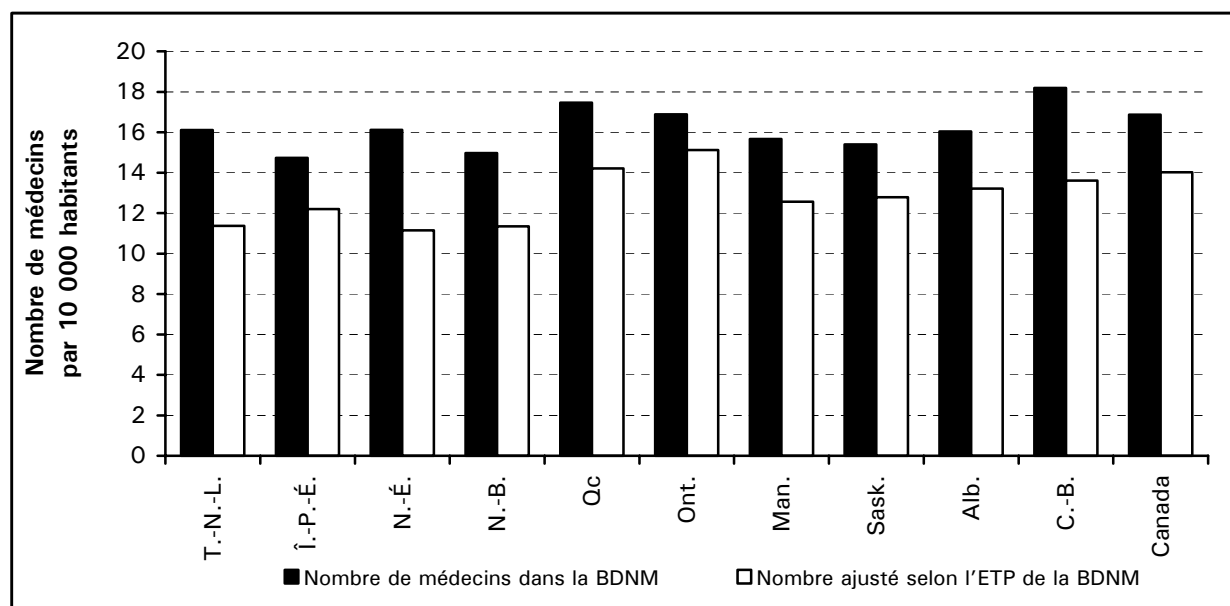
Pour mieux illustrer les conséquences des valeurs ETP, les figures 18a et 18b présentent les ratios entre les médecins et la population par 10 000 habitants à l'échelle des provinces et du Canada au moyen du nombre de médecins et du nombre de médecins ajusté selon les valeurs moyennes ETP. La figure 18a est basée sur le nombre de médecins dans la BDNM de 2002 (nombre de médecins rémunérés à l'acte), le nombre de médecins ajusté en fonction de l'ETP (nombre de médecins rémunérés à l'acte pondéré en fonction des valeurs moyennes ETP dans le tableau G.8) et les estimations démographiques de 2002. La figure 18b a été construite d'une façon similaire, sauf qu'elle s'appuie sur le nombre de médecins dans la BDMS de 2004 (nombre de médecins actifs, voir tableau 1) et les estimations démographiques de 2004. Les ratios entre les médecins et la population ajustés de la figure 18b sont hypothétiques. Ils sont calculés en supposant qu'il est possible d'appliquer les valeurs moyennes ETP générées à partir de la BDNM de 2002 aux données de 2004 de la BDMS. En d'autres termes, le nombre de médecins dans la BDMS ajusté selon l'ETP est calculé en pondérant le nombre de médecins actifs (tableau 1) à l'aide des valeurs moyennes ETP illustrées dans le tableau G.8.

La Nouvelle-Écosse affiche la plus faible valeur moyenne ETP (0,69). Par conséquent, le ratio global non ajusté de 16,1 médecins rémunérés à l'acte par 10 000 habitants (BDNM 2002) baisserait à un ratio ajusté selon l'ETP de 11,2 médecins (figure 18a). L'Ontario, en revanche, affiche la plus faible baisse : un ratio non ajusté de 16,9 et ajusté selon l'ETP de 15,1. S'il est approprié d'appliquer les valeurs ETP aux médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte et à ceux qui sont rémunérés à l'acte, ces mêmes tendances s'appliqueraient aux mêmes provinces en utilisant les données de la BDMS de 2004. Le ratio de 21,3 médecins en Nouvelle-Écosse par 10 000 habitants basé sur le nombre de médecins inclus dans la BDMS 2004 baisserait donc à 14,8 (figure 18b). Dans la même veine, le ratio relatif à l'Ontario serait le moins touché : il baisserait de 17,7 à 16,2 d'après le nombre de médecins dans la BDMS et la valeur hypothétique ajustée selon l'ETP (figure 18b).

Qu'on utilise les données de la BDNM ou celles de la BDMS, le nombre de médecins et le nombre de médecins ajusté selon l'ETP indiquent que la répartition des médecins ne correspond pas à celle de la population, et ce, à l'échelle provinciale et territoriale, mais surtout à l'échelle des unités géographiques sous-provinciales. Le nombre de médecins ajusté selon l'ETP pourrait mieux représenter le nombre réel de médecins que le nombre de médecins tout court, car le premier est une indication plus réaliste des services fournis par les médecins. Dans ce cas, les régions rurales sont encore plus mal desservies que ne le montrent le nombre de médecins ou les ratios entre les médecins et la population basés sur le nombre de médecins. Toutefois, ces valeurs ETP s'appuient seulement sur les données relatives à la facturation à l'acte. Elles n'indiquent pas les différences dans les caractéristiques de pratique qui pourraient exister au sein des régions urbaines et rurales et entre elles. Le chapitre suivant explore une partie de ces différences en mettant l'accent sur les différences urbaines et rurales dans le champ d'activité médicale des médecins de famille.

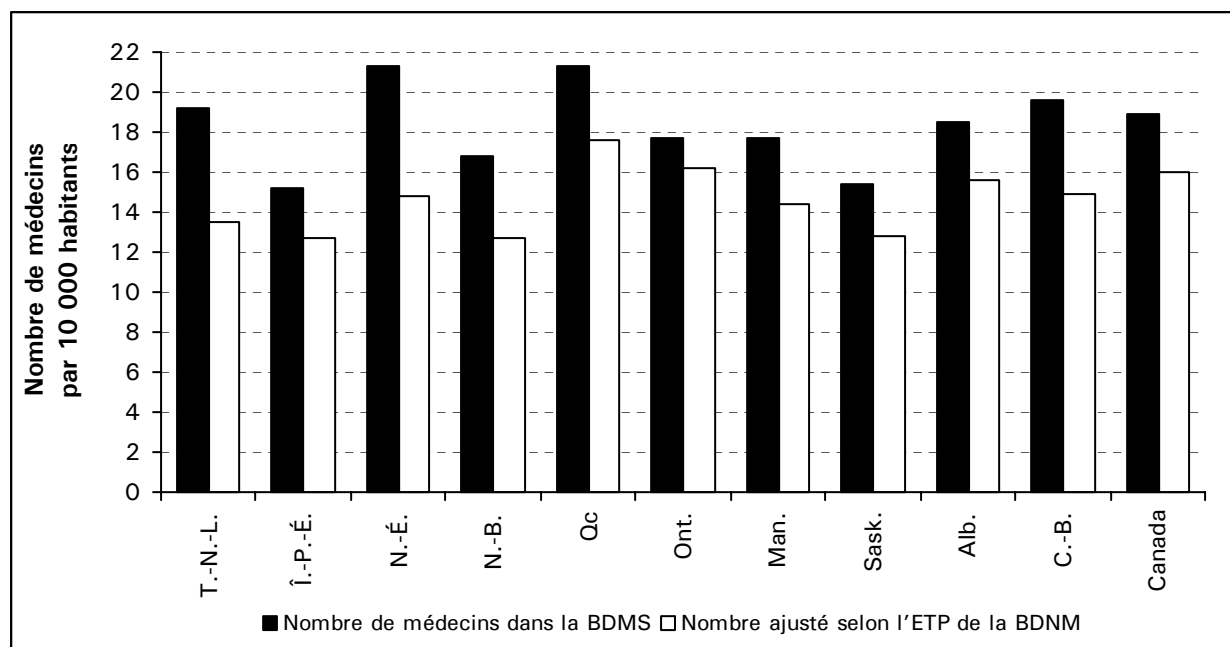


**Figure 18a. Ratios entre les médecins et la population par province, comparaison du nombre total de médecins avec le nombre de médecins ajusté selon l'ETP, Canada, 2002**



Sources : Estimations démographiques de 2002, Statistique Canada; BDNM, ICIS.

**Figure 18b. Ratios entre les médecins et la population par province, comparaison du nombre total de médecins avec le nombre de médecins ajusté selon l'ETP, Canada, 2004**



**Remarque :**

Les nombres ajustés sont hypothétiques; ils sont basés sur les valeurs moyennes ETP de la BDNM 2002.

Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS et BDNM, ICIS.

## 4. Différences dans les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain et rural

Comme l'indique le chapitre 1, une discussion de la répartition géographique inégale des médecins ne serait pas complète sans l'étude des variations dans les caractéristiques de pratique des médecins, particulièrement les médecins de famille, qui travaillent dans différents types de collectivités.

Même si les spécialistes, comme les internistes, les obstétriciens, les pédiatres et les chirurgiens, sont peu nombreux dans les régions non urbaines, certains ont fait remarquer que les médecins de famille dans les régions rurales comblent certaines lacunes en se substituant aux spécialistes<sup>††</sup> puisqu'ils effectuent certaines tâches cliniques qui relèveraient normalement des spécialistes dans les grands centres urbains. À noter que cette substitution ne modifie pas les ratios entre les spécialistes et la population dans les régions rurales, mais elle aide à atténuer, dans une certaine mesure, les difficultés d'accès aux services qu'éprouvent bon nombre des résidents des régions rurales.

Il existe également des preuves qui indiquent que les médecins de famille sont à l'écoute des besoins médicaux de leur collectivité. Dans une étude sur les cabinets de médecins ouverts et fermés, Woodward et Pong ont constaté que les médecins de famille ont tendance à garder leur cabinet ouvert lorsque les soins médicaux, comme les soins d'urgence, sont moins facilement accessibles. Dans la même veine, les médecins de famille dans les régions rurales ou éloignées sont beaucoup moins enclins que leurs confrères des grandes villes ou des régions proches des centres urbains à fermer leur cabinet, peut-être parce que les résidents des régions rurales ont moins d'options quant aux soins médicaux<sup>27</sup>. L'Institut canadien d'information sur la santé a d'ailleurs rapporté des résultats similaires<sup>28</sup>.

Au moyen des données sur les médecins de famille provenant du Sondage national auprès des médecins de 2004 (SNM), le présent chapitre a pour objectif de montrer dans quelle mesure les champs d'activité médicale des médecins de famille dans les différentes régions rurales sont plus étendus que ceux de leurs collègues des centres urbains et ce que cela signifie. À noter que le terme « champ d'activité » utilisé dans la présente étude désigne la gamme de services offerts par les médecins à leurs patients. Il ne désigne pas la définition légale de ce qu'un médecin est autorisé à effectuer conformément aux clauses, aux conditions et aux restrictions prescrites dans le certificat d'immatriculation. Comme il est mentionné plus tôt, l'accent est mis sur les médecins de famille, car ils constituent la grande majorité des médecins dans les régions rurales.

---

†† Il existe certains chevauchements dans le champ d'activité selon la spécialité médicale et la discipline médicale. Pitblado and Pong ont fait la distinction entre la substitution de la spécialité et la substitution de la discipline<sup>1, 7</sup>. La première concerne les médecins dans une spécialité (p. ex. les médecins de famille) qui assument des tâches relevant normalement d'une autre spécialité, comme la pédiatrie. La dernière concerne les dispensateurs de soins dans une discipline (comme l'optométrie) qui assument des tâches relevant normalement d'une autre discipline (comme la médecine). Une telle situation s'explique par le fait que les frontières qui séparent les disciplines et les spécialités de la santé sont quelque peu perméables.

Voici les questions posées :

- Existe-t-il une différence dans la pratique des médecins de famille selon la région urbaine ou rurale?
- Existe-t-il une différence dans les actes cliniques des médecins selon la région urbaine ou rurale?
- Quels changements ont été apportés récemment au champ d'activité et quels sont les changements prévus?
- Existe-t-il des différences urbaines et rurales dans les changements autodéclarés?

Les données du sondage qui pourraient aider à répondre à ces questions sont présentées sous forme de graphiques à barres. En raison du petit nombre des médecins ayant répondu à l'enquête, particulièrement dans les catégories des collectivités rurales, les 11 catégories géographiques urbaines et rurales utilisées dans le chapitre 3 ont été fusionnées en six catégories (avec des exemples connexes) :

### **Collectivités urbaines**

- Au moins 1 000 000 d'habitants (Montréal au Québec, Toronto en Ontario, Vancouver en Colombie-Britannique);
- de 100 000 à 999 999 habitants (Calgary en Alberta, Halifax en Nouvelle-Écosse, Victoria en Colombie-Britannique, Winnipeg au Manitoba);
- de 10 000 à 99 999 habitants (Grand Falls-Windsor à Terre-Neuve-et-Labrador, Kamloops en Colombie-Britannique, Moose Jaw en Saskatchewan, Yellowknife dans les Territoires du Nord-Ouest).

### **Collectivités rurales**

- Zone d'influence métropolitaine ou ZIM forte (Conception Harbour à Terre-Neuve-et-Labrador, Escuminac au Québec, Stirling en Alberta);
- ZIM modérée (Cardigan à l'Île-du-Prince-Édouard, Gananoque en Ontario, Kimberley en Colombie-Britannique);
- ZIM faible, aucune ZIM et territoires (Grand Manan au Nouveau-Brunswick, Lunenburg en Nouvelle-Écosse, Minton en Saskatchewan, Norman Wells dans les Territoires du Nord-Ouest).

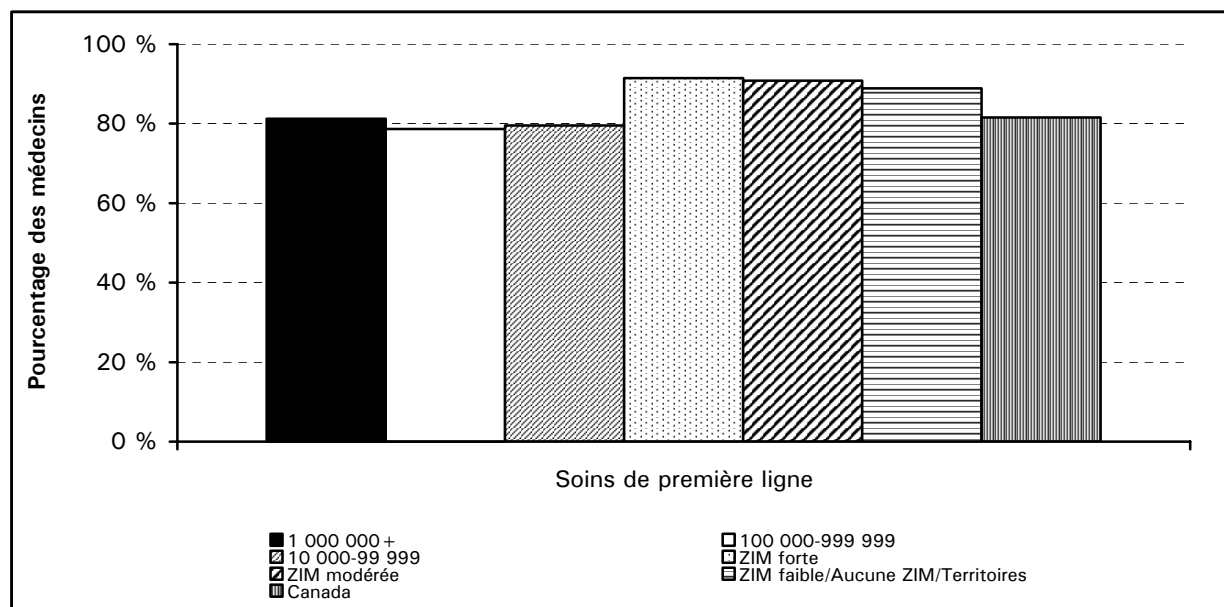
Les non-réponses ont été exclues du calcul des pourcentages. L'annexe G inclut une série de tableaux statistiques qui correspondent aux graphiques à barres (tableaux G.12 et G.13).

## 4.1 Différences entre le champ d'activité des médecins de famille de région urbaine et de région rurale

Les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain ne varient pas dans tous les aspects de celles des médecins de famille en milieu rural. Dans le cas de certains types de services, tels que les soins de première ligne à l'intention des familles, des adolescents et des femmes, les différences sont relativement mineures entre les médecins qui travaillent dans des collectivités de tailles différentes (figures 19 à 21). La plupart des médecins de famille, peu importe où ils travaillent, fournissent des soins de première ligne ou pratiquent la médecine omnipratique ou familiale. Par ailleurs, seulement un tiers environ des médecins de famille pratiquent la médecine préventive et seulement 40 % environ font de la psychothérapie ou du counselling, peu importe où ils travaillent. Toutefois, l'emplacement des médecins de famille engendre des différences dans le cas de certains aspects de la pratique médicale.

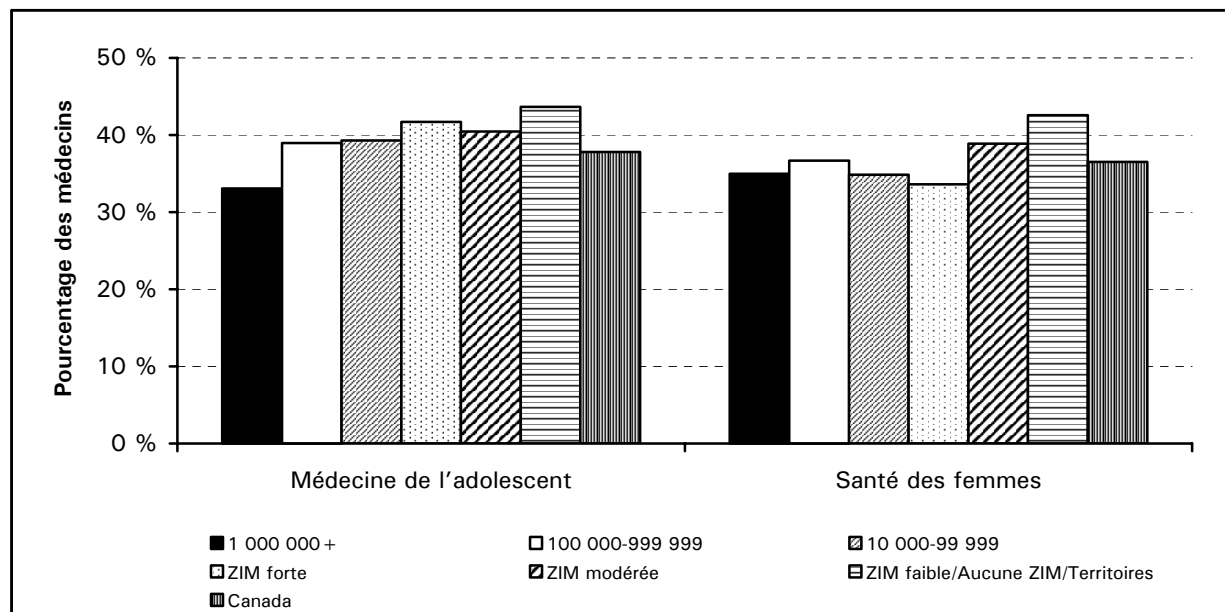
*Domaines d'activité sans différence substantielle entre les médecins de famille de région urbaine et de région rurale, Canada, 2004*

**Figure 19. Les médecins de famille et les soins de première ligne selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



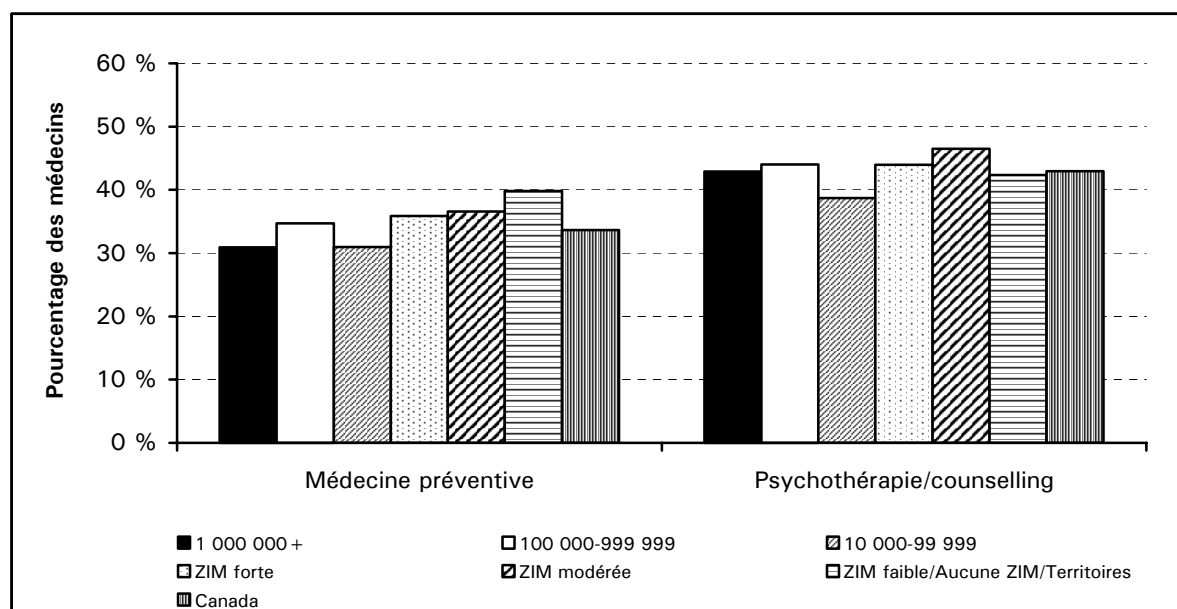
Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Figure 20. Les médecins de famille et la médecine de l'adolescent et la santé des femmes selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Figure 21. Les médecins de famille et la médecine préventive, la psychothérapie et le counselling selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004

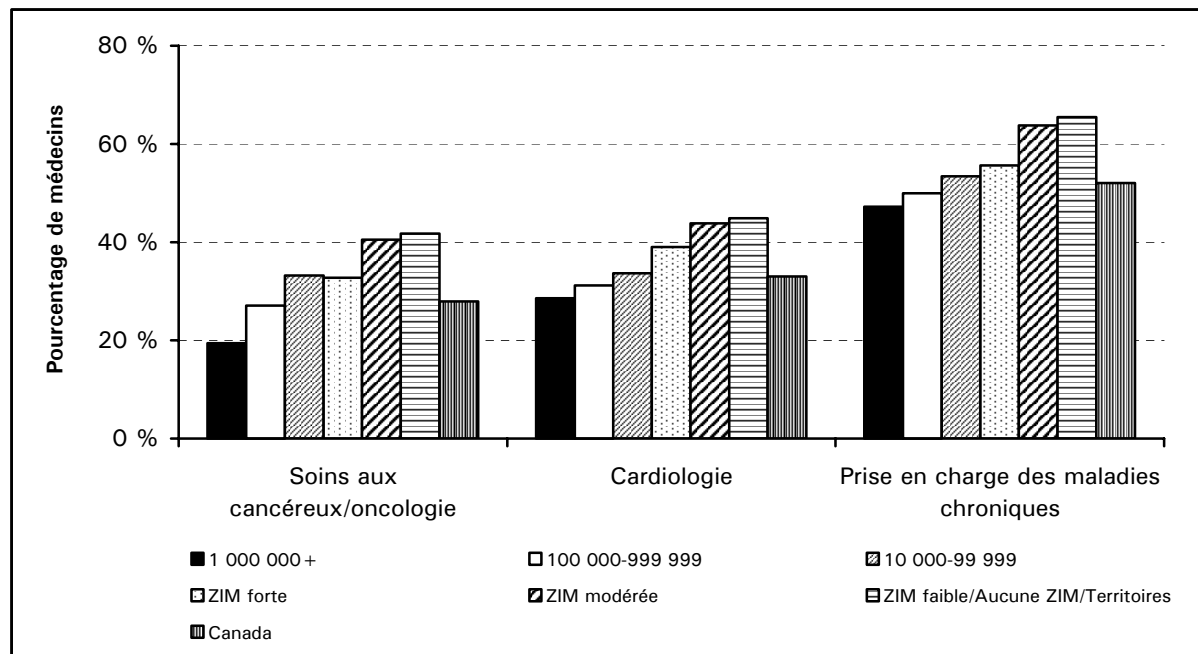


Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Les figures 22 à 24 donnent certains exemples qui illustrent d'importantes différences entre le domaine d'activité des médecins de famille de région urbaine et de région rurale. Généralement, les médecins de famille en milieu rural sont beaucoup plus enclins que leurs confrères en milieu urbain à dispenser les services médicaux illustrés. Par exemple, un peu moins de 20 % des médecins de famille dans les régions métropolitaines d'au moins un million d'habitants et un peu plus de 40 % de leurs confrères dans les collectivités éloignées et rurales (ZIM modérée, ZIM faible ou aucune ZIM) dispensent des soins à leurs patients cancéreux. Cette situation pourrait s'expliquer par le manque de oncologues dans les collectivités rurales et éloignées (tableau 2a) et par la difficulté pour les patients cancéreux de se rendre dans les villes éloignées. En conséquence, certains médecins de famille locaux remplissent ce vide dans les services. Dans un autre exemple, environ 74 % des médecins dans les collectivités rurales et éloignées travaillent au service d'urgence, contre seulement 15 % des médecins de famille dans les centres de plus d'un million d'habitants. Dans les petites collectivités, les médecins de famille sont susceptibles d'être les seuls médecins, ce qui les amène à pratiquer la médecine d'urgence.

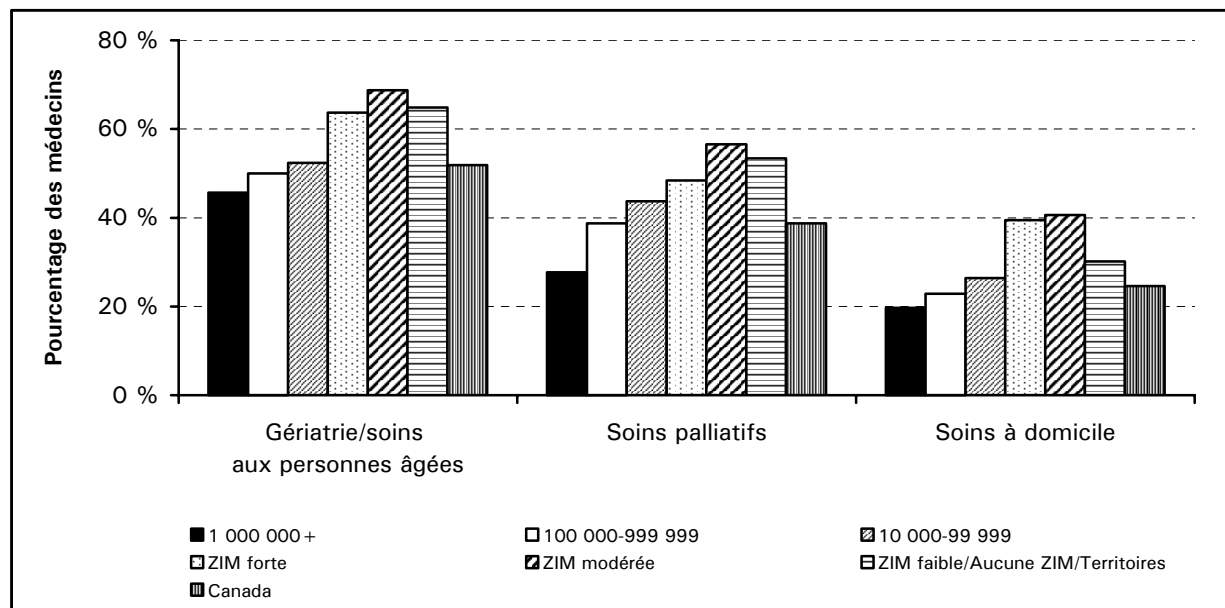
*Domaines d'activité avec d'importantes différences entre les médecins de famille de région urbaine et de région rurale, Canada, 2004*

**Figure 22. Les médecins de famille et les soins aux cancéreux/oncologie, la cardiologie et la prise en charge des maladies chroniques selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



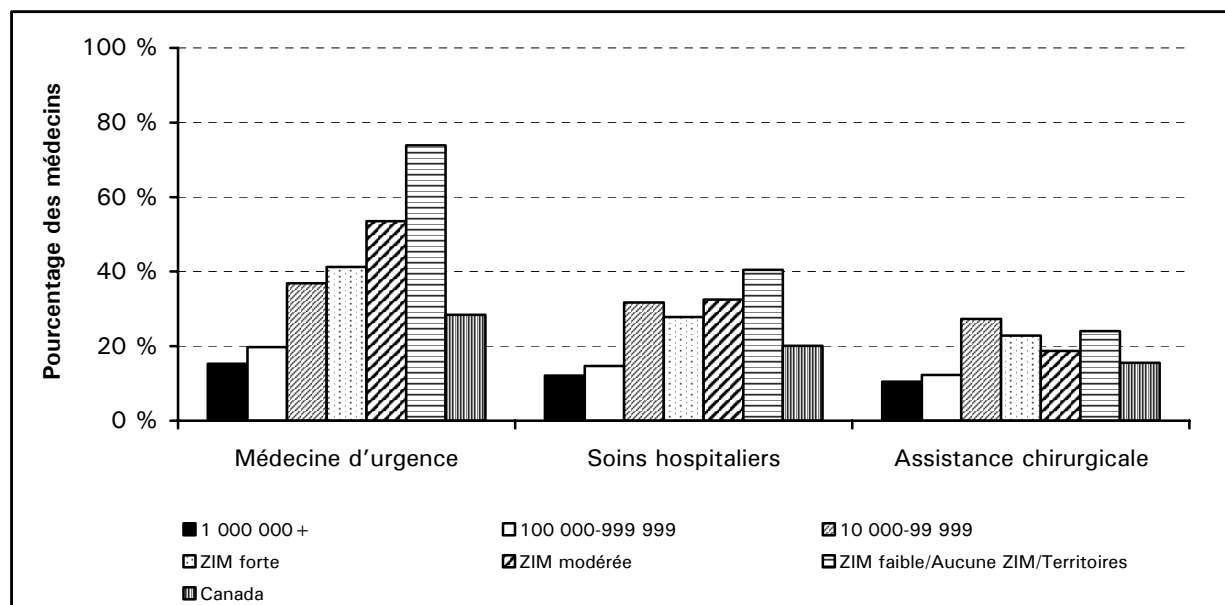
Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

**Figure 23. Les médecins de famille et la gériatrie, les soins palliatifs et les soins à domicile selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

**Figure 24. Les médecins de famille et la médecine d'urgence, les soins hospitaliers et l'assistance chirurgicale selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



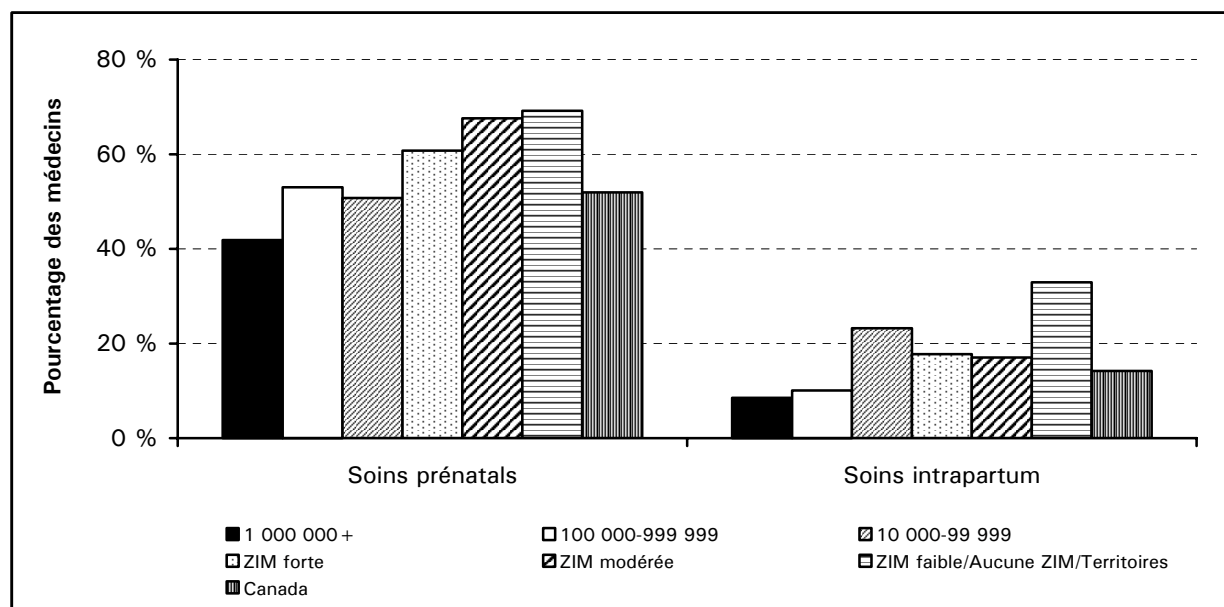
Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Les graphiques à barres montrent également qu'en général, il existe une relation inverse entre la taille et l'éloignement d'une collectivité d'une part et, de l'autre, la probabilité qu'un médecin de famille travaille dans l'un de ces domaines d'activité. Sauf quelques exceptions mineures, les relations sont également monotones. En d'autres termes, plus la collectivité est petite et éloignée d'un centre urbain, plus les médecins de famille sont susceptibles de s'occuper des malades chroniques, à pratiquer la gériatrie et à fournir des soins palliatifs ainsi que des services d'assistance chirurgicale, etc.

Les figures 25 et 26 présentent des données supplémentaires relatives à la relation inverse entre l'aspect « rural » et le champ d'activité. En ce qui concerne les soins à la mère et au nouveau-né, il existe aussi une relation inverse et surtout monotone entre la taille et l'éloignement d'une collectivité d'une part, et la probabilité qu'un médecin de famille fournisse des soins prénatals, intrapartum et au nouveau-né, de l'autre. Par exemple, moins de 40 % des médecins de famille dans les plus grandes régions métropolitaines, contre 65 % de ceux qui se trouvent dans les régions les plus rurales, fournissent des soins postnatals. On sait que moins de médecins de famille prennent part aux accouchements pour diverses raisons<sup>12</sup>. Ainsi, moins de 10 % des médecins de famille dans les plus grands centres urbains fournissent des soins intrapartum, contre près d'un tiers des médecins de famille dans les collectivités les plus rurales et les plus éloignées.

*Autres domaines d'activité avec d'importantes différences entre les médecins de famille de région urbaine et de région rurale : soins à la mère et au nouveau-né, Canada, 2004*

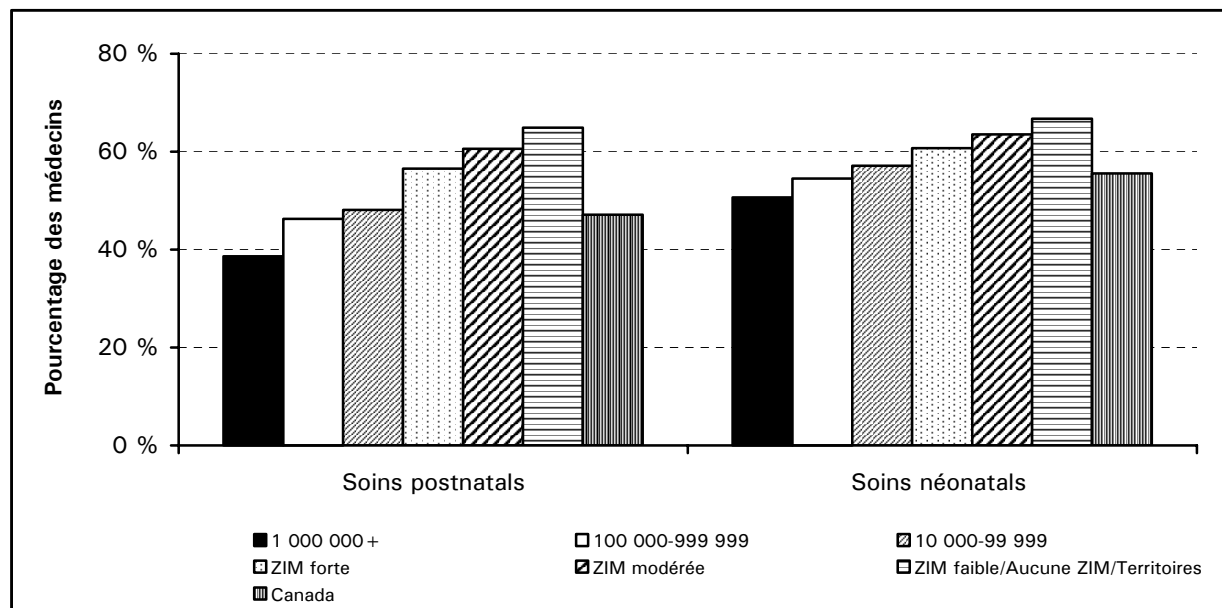
**Figure 25. Les médecins de famille et les soins prénatals et intrapartum selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.



**Figure 26. Les médecins de famille et les soins postnatals et néonataux selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



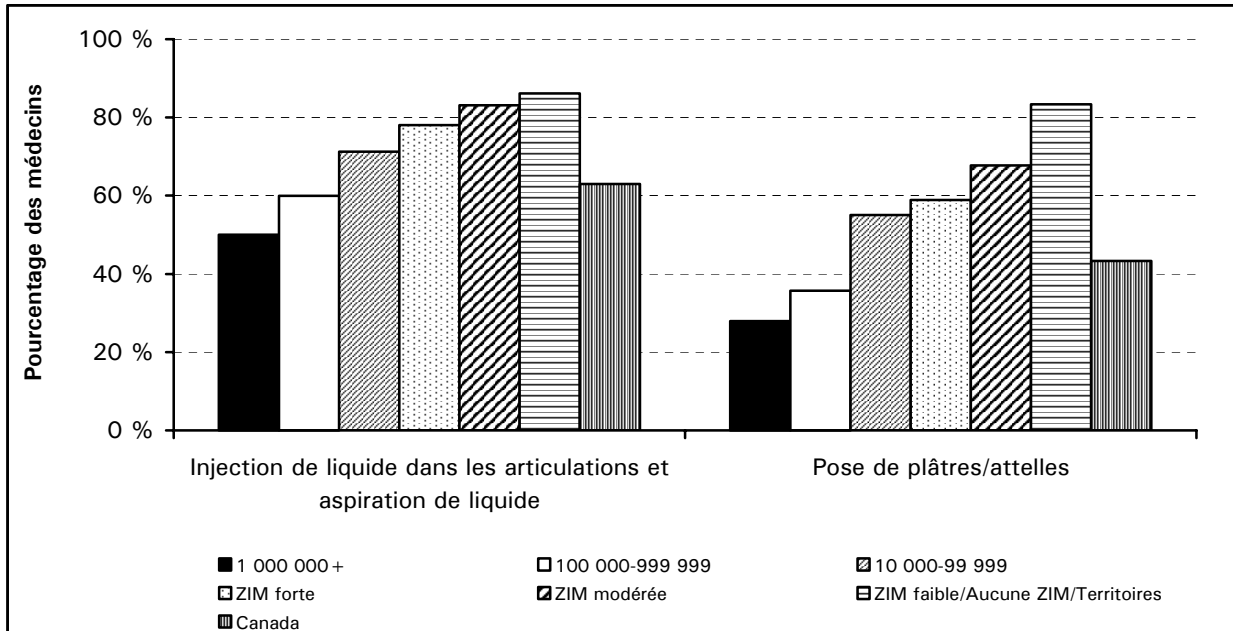
Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

## 4.2 Différences dans les actes cliniques des médecins de famille selon la catégorie urbaine ou rurale

À l'instar du domaine d'activité, les données autodéclarées du SNM de 2004 montrent que les médecins de famille qui travaillent dans les collectivités les plus rurales et éloignées sont les plus susceptibles de pratiquer un vaste éventail d'actes cliniques. Les figures 27 à 29 en présentent quelques exemples. Par exemple, 28 % des médecins dans les régions métropolitaines d'au moins un million d'habitants posent des plâtres et des attelles, contre 83 % des médecins de famille dans les collectivités les plus rurales et éloignées. Encore une fois, les données montrent une relation inverse et surtout monotone entre la taille et l'éloignement d'une collectivité d'une part, et la probabilité qu'un médecin de famille dispense des services comme l'injection et l'aspiration articulaire, la ponction lombaire et la biopsie cutanée, de l'autre. Ces résultats sont conformes aux conclusions avancées par le Groupe de travail sur les habiletés techniques du Collège des médecins de famille du Canada, dont la tâche consiste à établir une liste d'habiletés techniques fondamentales qui devraient faire partie de la formation des médecins de famille. Selon le Groupe de travail, les médecins de famille dans les petites villes et les régions rurales effectuent plus d'actes dans leur pratique<sup>29</sup>.

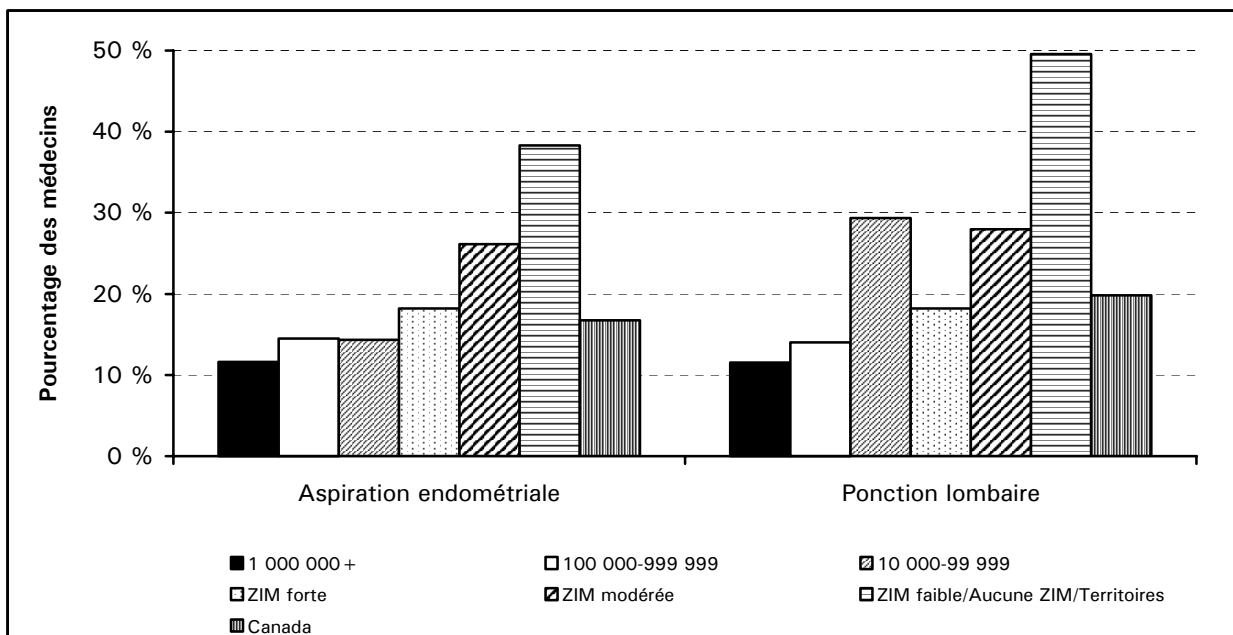
*Différences entre les médecins de famille en matière d'actes cliniques de région urbaine et de région rurale, Canada, 2004*

**Figure 27. Les médecins de famille et l'injection et l'aspiration articulaire ainsi que la pose de plâtres et d'attelles selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



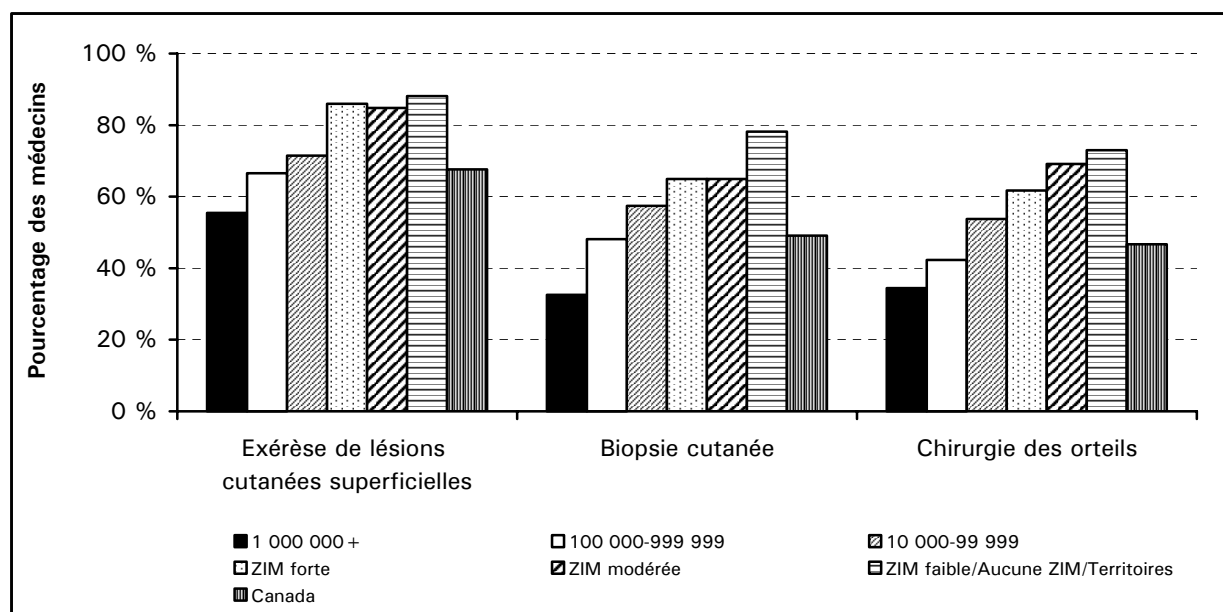
Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

**Figure 28. Les médecins de famille et l'aspiration endométriale ainsi que la ponction lombaire selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

**Figure 29. Les médecins de famille et l'exercice de lésions cutanées superficielles, la biopsie cutanée ainsi que la chirurgie des orteils selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Les données du SNM de 2004 montrent que de façon générale, le champ d'activité des médecins de famille en milieu rural est beaucoup plus étendu par rapport à leurs confrères en milieu urbain. Les médecins de famille en milieu rural sont plus susceptibles de travailler dans divers milieux comme les hôpitaux, les centres de soins infirmiers et le domicile des patients que dans leur cabinet ou clinique seulement. Ils sont également plus susceptibles d'assumer des tâches cliniques qui relèveraient normalement d'un spécialiste dans un milieu urbain. Dans une certaine mesure, les médecins de famille remplacent les spécialistes peu nombreux dans les régions rurales et éloignées. En élargissant leur champ d'activité et en fournissant une plus grande gamme de services, les médecins de famille en milieu rural aident à atténuer les effets indésirables attribués au manque de spécialistes dans ces régions et à rendre certains services médicaux plus accessibles aux Canadiens dans les régions rurales.

En se basant sur les données du Sondage national de 1997 sur les effectifs médicaux en médecine familiale, Hutten-Czapski, Pitblado et Slade en sont arrivés à des résultats très similaires<sup>30</sup>. Selon eux, les médecins de famille canadiens fournissent un plus grand éventail de services médicaux au fur et à mesure que l'isolement géographique grandit et que le nombre d'habitants baisse. Dans la même veine, l'analyse des données du Sondage national de 2001 sur les effectifs médicaux en médecine familiale réalisée par Hogenbirk et ses collègues a mené plus ou moins aux mêmes conclusions<sup>31, 32</sup>. En d'autres termes, trois sondages nationaux auprès des médecins de famille réalisés en 1997, en 2001 et en 2004 ont révélé une relation similaire entre le nombre d'habitants d'une collectivité et l'éloignement d'un côté et le champ d'activité de l'autre. En outre, des études réalisées par d'autres auteurs (comme Chan et Tepper) au moyen de données administratives plutôt que d'enquêtes ont également révélé des résultats similaires<sup>12, 24</sup>.

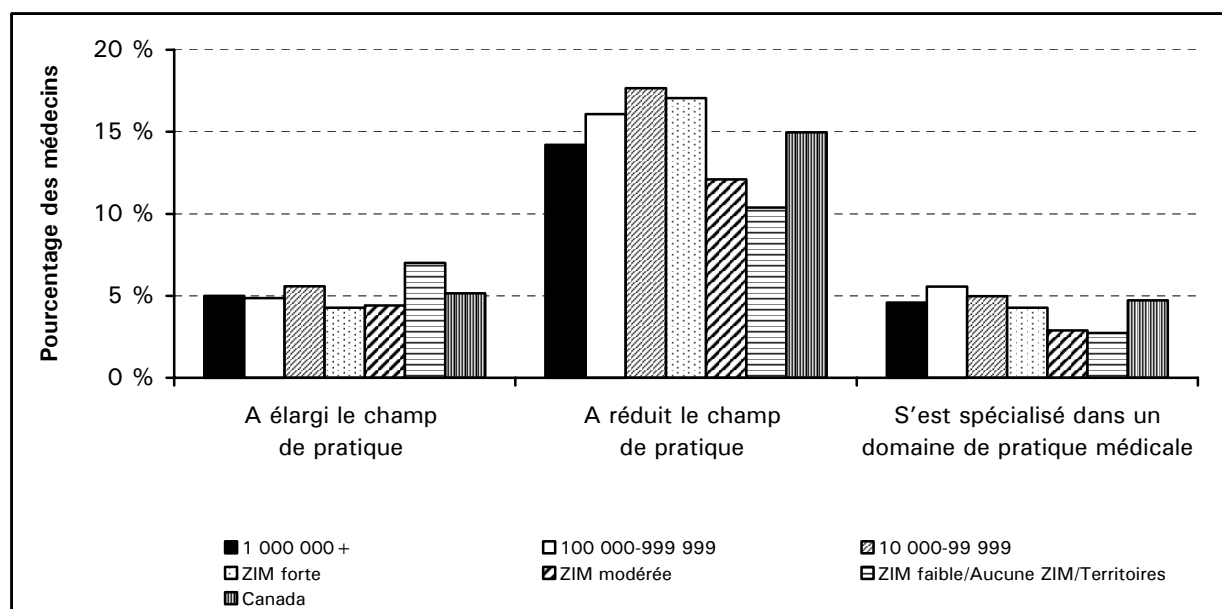
### 4.3 Changements faits et prévus dans le champ d'activité

Des études réalisées par Chan<sup>24</sup> et Tepper<sup>12</sup> ont permis de documenter une tendance à la baisse dans l'ampleur des services fournis par les médecins de famille. L'étude de Tepper a révélé une baisse du pourcentage des médecins de famille fournissant des services spécialisés, chirurgicaux et obstétricaux, pour n'en nommer que quelques-uns, de 1992 à 2001. De plus, les résultats montrent que certains types de services affichent une baisse plus rapide parmi les médecins de famille en milieu rural que ceux en milieu urbain.

La figure 30 montre le pourcentage des médecins de famille qui ont dit avoir élargi ou réduit leur champ d'activité au cours des deux années précédant le SNM de 2004, selon la catégorie urbaine ou rurale. Elle montre également le pourcentage des médecins de famille qui se sont ou non spécialisés dans un domaine médical, selon la catégorie urbaine ou rurale, au cours de la même période. La spécialisation dans un domaine médical a tendance à avoir un effet similaire à celui de la réduction du champ d'activité. La figure 31, quant à elle, montre le pourcentage des médecins de famille qui prévoyaient réduire ou élargir leur champ d'activité au cours des deux années suivant le SNM de 2004, selon la catégorie urbaine ou rurale. Elle montre également le pourcentage des médecins de famille qui ont indiqué s'ils voulaient ou non se spécialiser dans un domaine médical, selon la catégorie urbaine ou rurale, au cours de la même période.

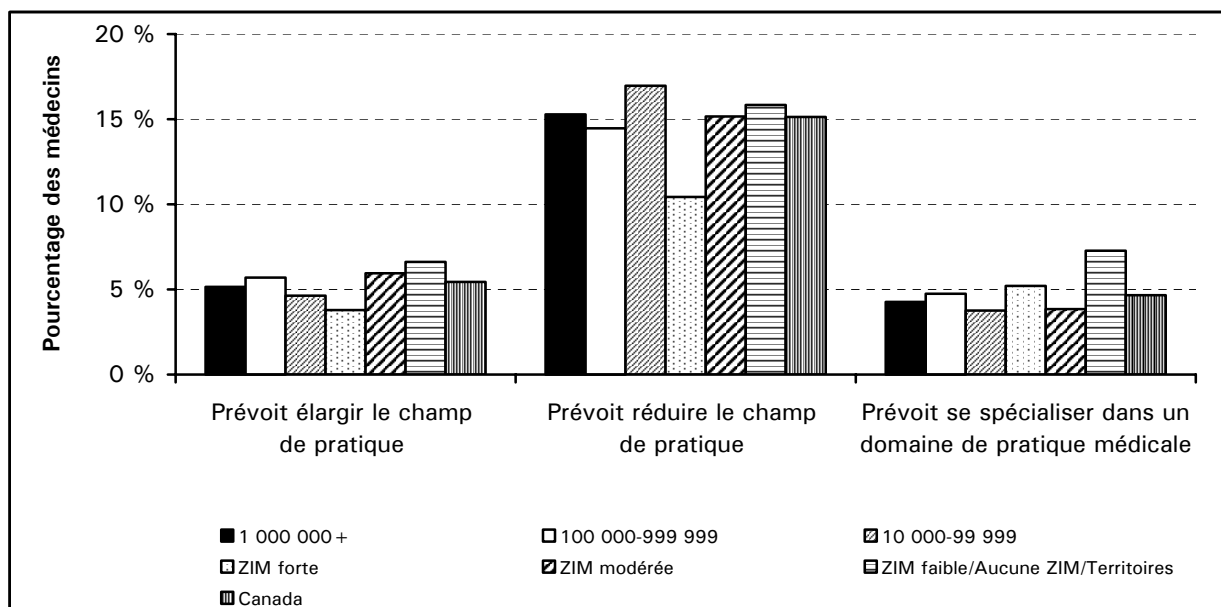
*Changements autodéclarés dans le champ d'activité des médecins de famille, Canada, 2004*

**Figure 30. Changements faits dans le champ d'activité des médecins de famille au cours des deux dernières années, selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

**Figure 31. Changements prévus dans le champ d'activité des médecins de famille au cours des deux prochaines années, selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**



Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Il importe de noter deux points. D'abord, il n'existe pas d'importantes différences, à l'échelle urbaine et rurale, relativement aux changements autodéclarés dans le champ d'activité ou la spécialisation. Les médecins de famille dans les collectivités de toutes tailles ont déclaré des changements faits et prévus similaires dans le champ d'activité. Ensuite, le pourcentage des médecins de famille qui ont dit avoir réduit leur champ d'activité au cours des deux dernières années était nettement supérieur à celui des médecins de famille qui ont dit avoir élargi leur champ d'activité. Dans la même veine, le pourcentage des médecins de famille qui prévoient limiter leur champ d'activité était de beaucoup supérieur au pourcentage des médecins de famille qui prévoient élargir leur champ d'activité. De plus, un faible pourcentage des médecins de famille prévoient se spécialiser dans un domaine d'activité médicale comme la médecine du sport ou les soins aux toxicomanes.

Ces changements autodéclarés relatifs au champ d'activité sont similaires aux tendances rapportées par d'autres chercheurs qui ont étudié les caractéristiques de pratique des médecins au moyen de données administratives secondaires. Chan et Schultz par exemple ont montré une baisse régulière de 1993-1994 à 2001-2002 du pourcentage des médecins de famille en Ontario qui travaillent en salle d'urgence, dans des salles communes de patients hospitalisés ou dans des établissements de soins de longue durée, ou encore des médecins de famille qui font des accouchements, des visites à domicile ou des chirurgies mineures<sup>13</sup>. Par conséquent, les résultats basés sur des données d'enquête correspondent bien aux résultats basés sur des données administratives. La réduction du champ d'activité des médecins de famille en milieu rural pourrait signifier encore moins de services accessibles localement dans les régions rurales du Canada à l'avenir.

## 5. Résumé et discussion

L'étude tente d'analyser les données disponibles les plus récentes provenant de diverses sources sur la répartition spatiale des médecins par rapport à celle de la population canadienne. Elle vient mettre à jour et développer l'étude réalisée auparavant par Pitblado et Pong<sup>1</sup>.

Le cadre analytique adopté dans la présente étude s'appuie sur la notion qu'il n'est pas suffisant de compter le nombre de médecins par collectivité, région ou province et territoire pour examiner la façon dont les médecins sont répartis géographiquement. Le ratio entre les médecins et la population, la mesure la plus utilisée qui s'appuie grandement sur le nombre, devrait constituer le point de départ, non l'énoncé final, d'une discussion sur la répartition des médecins.

À cet effet, l'étude a mis particulièrement l'accent sur les différences urbaines et rurales dans les caractéristiques démographiques du personnel médical, la charge de travail des médecins et les caractéristiques de pratique des médecins de famille. Bref, d'autres questions sont également importantes : Qui sont les médecins? Quelle est leur charge de travail? Que font-ils? En ce qui a trait à la première question (qui sont les médecins?), l'étude a comparé les médecins dans des collectivités de taille différente en fonction de certains aspects démographiques tels que le sexe, l'âge et la langue. Dans la deuxième question (quelle est leur charge de travail?), elle a compté non seulement le nombre de médecins, mais aussi le nombre d'équivalents à temps plein (ETP) en prenant la charge de travail en considération. Dans la dernière question (que font-ils?), l'étude a comparé les caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain avec ceux de leurs confrères en milieu rural.

### 5.1 Points saillants

Voici les points saillants de l'analyse des données présentée dans les chapitres 3 et 4.

#### **Situation géographique des médecins au Canada**

- Les médecins canadiens, particulièrement les spécialistes, sont davantage concentrés dans les régions urbaines que la population canadienne. Un peu moins de 16 % des médecins de famille et seulement 2,4 % des spécialistes exerçaient en régions rurales et petites villes du Canada (régions rurales telles qu'elles sont définies par Statistique Canada), lieu de résidence de 21,1 % de la population en 2004.
- En 2004, seulement 9,4 % de tous les médecins se trouvaient en milieu rural, contre 21,1 % des Canadiens. Ces chiffres sont sensiblement les mêmes que ceux de 1996 (9,8 % et 22,2 % respectivement). En d'autres termes, la situation n'a pas beaucoup changé au cours de la période de huit ans.

- Le calcul de la répartition de tous les médecins par rapport à celle de la population à l'échelle des divisions de recensement donne un coefficient Gini de 0,25. La répartition proportionnelle des médecins de famille à l'échelle des divisions de recensement ressemble davantage à celle de la population ( $G = 0,15$ ). Il existe toutefois un écart plus prononcé entre le lieu de résidence de la population et le lieu d'exercice des spécialistes tels que les urgentologues ( $G = 0,58$ ), les psychiatres ( $G = 0,46$ ), les chirurgiens orthopédistes ( $G = 0,37$ ) et les obstétriciens et gynécologues ( $G = 0,36$ ).
- Les résultats de la représentation sur carte montrent que les résidents de certaines collectivités rurales peuvent être éloignés de plus de 100 kilomètres (ou même de plusieurs centaines de kilomètres dans le cas des habitants des territoires) du spécialiste le plus proche, y inclus les obstétriciens, les pédiatres et les chirurgiens généraux.

### Répartition selon le sexe

- Dans les centres urbains, seulement 44,0 % des hommes médecins sont des omnipraticiens ou des médecins de famille, contre 55,9 % des femmes médecins. Dans les régions rurales, 85,8 % des hommes médecins et 91,3 % des femmes médecins sont des omnipraticiens ou des médecins de famille.

### Répartition selon l'âge

- L'âge moyen des médecins en milieu urbain baisse à mesure que diminue le nombre d'habitants dans les collectivités urbaines. Cette tendance est particulièrement évidente chez les femmes médecins, dont l'âge moyen passe de 45,0 ans dans les plus grands centres urbains à 42,0 ans dans les plus petits centres urbains. L'âge moyen des médecins en milieu rural baisse à mesure que diminue l'influence métropolitaine. Il passe chez les hommes médecins de 52,2 ans dans les ZIM fortes à 47,8 ans dans les collectivités sans ZIM.

### Répartition selon la langue

- Comme on peut s'y attendre, le français est la principale langue (83,0 %) des médecins qui exercent au Québec. Toutefois, une simple analyse provinciale et territoriale risque de masquer les variations intraprovinciales et intraterritoriales. Le pourcentage élevé de médecins francophones dans les collectivités qui comptent de 25 000 à 49 999 habitants (40,7 %) et dans les collectivités sans ZIM (44,9 %) peut être le signe d'une concentration de francophones (population et médecins) dans des régions comme le Nord de l'Ontario et les régions rurales du Manitoba.

### Diplômés internationaux en médecine

- Le pourcentage des diplômés internationaux en médecine (DIM) a diminué légèrement au pays au cours des dernières années (de 23,1 % en 2000 à 22,6 % en 2003 à 22,3 % en 2004). En 2004, les DIM représentaient 26,3 % de tous les médecins dans les régions rurales du Canada, contre 21,9 % dans les régions urbaines. Ils représentaient également 26,9 % des médecins de famille dans les régions rurales, contre 22,6 % dans les régions urbaines. En d'autres termes, les régions rurales comptent davantage sur les médecins formés à l'étranger.

## Révision du nombre de médecins : équivalents à temps plein

- En 2002, l'équivalent à temps plein (ETP) moyen des médecins canadiens rémunérés à l'acte était égal à 0,83. L'ETP moyen des femmes médecins et des hommes médecins était de 0,69 et 0,89 respectivement.
- En ce qui a trait aux groupes d'âge, l'ETP moyen variait en 2002 de 0,63 parmi les médecins de moins de 35 ans à 0,94 parmi les médecins de 55 à 59 ans. Chez les hommes médecins, l'ETP moyen était le plus élevé (0,98) dans les groupes d'âge des 45 à 49 ans, des 50 à 54 et des 55 à 59 ans. Chez les femmes médecins, l'ETP moyen le plus élevé (0,79) se retrouve parmi les 55 à 59 ans.
- En 2002, les ophtalmologues ont généré l'ETP moyen le plus élevé (0,91), valeur qui est comparativement inférieure dans le cas des neurochirurgiens (0,78), des pédiatres (0,80), des chirurgiens orthopédistes (0,81), des chirurgiens généraux (0,81) et des médecins de famille (0,81).
- En utilisant les valeurs ETP, l'étude montre que les 53 148 médecins rémunérés à l'acte en 2002 deviennent 44 150 médecins ETP, soit une différence de 16,9 % du nombre « réel » de médecins rémunérés à l'acte au Canada.

## Caractéristiques de pratique des médecins de famille en milieu urbain et rural

- Les caractéristiques de pratique des médecins de famille dans les régions urbaines ont tendance à être différentes de celles des médecins de famille dans les régions rurales. Plus précisément, les médecins de famille dans les régions rurales sont plus susceptibles d'avoir un champ d'activité plus étendu et à pratiquer un plus grand éventail d'actes cliniques. Les résultats avancés dans le chapitre 4 concordent avec ceux qui s'appuient sur d'autres enquêtes nationales auprès des médecins de famille canadiens et d'autres études basées sur des données administratives secondaires.
- À quelques exceptions près, les relations sont monotones entre d'une part le nombre d'habitants et l'éloignement et, d'autre part, le champ d'activité des médecins. En d'autres termes, plus une collectivité est petite et plus elle est éloignée d'un centre urbain, plus ses médecins de famille sont susceptibles d'avoir un champ d'activité plus étendu et de pratiquer un plus grand nombre d'actes cliniques.
- Certains ont fait valoir que les médecins de famille en milieu rural, en ayant un champ d'activité plus étendu et en pratiquant plus d'actes cliniques, comblent dans une certaine mesure les lacunes causées par la pénurie de spécialistes dans les régions rurales et éloignées. On pourrait dire qu'il s'agit là d'une forme de substitution de la spécialité.
- La présente étude utilise le nombre de médecins et les ratios entre les médecins et la population tirés de la Base de données médicales Southam pour confirmer la perception commune selon laquelle les médecins ne sont pas répartis de façon égale au Canada. En effet, les médecins de famille sont moins nombreux dans les régions rurales qu'urbaines, et les spécialistes sont encore moins nombreux. En revanche, les médecins de famille en milieu rural ont tendance à fournir un plus grand éventail de services médicaux et à pratiquer un plus grand nombre de services cliniques, ce qui pourrait atténuer une partie des problèmes d'accès aux soins médicaux des Canadiens en milieu rural.



- Bien que le champ d'activité des médecins de famille en milieu rural ait tendance à être plus étendu que celui de leurs confrères en milieu urbain, plusieurs études basées sur des données administratives secondaires ont révélé une baisse dans l'exhaustivité des activités des médecins de famille dans les quelque 10 dernières années. En se basant sur les données autodéclarées relativement aux changements récents et futurs dans les caractéristiques de pratique, la présente étude confirme que les médecins de famille en milieux urbain et rural sont plus susceptibles de réduire que d'élargir leur champ d'activité. Les incidences d'un tel développement sur la main-d'œuvre et les services dans les régions rurales du Canada méritent une attention particulière.

## 5.2 Limites de l'étude et recherche à venir

La présente étude comporte un certain nombre de limites, dont certaines sont de nature méthodologique. Bien que l'utilisation des ETP pour mesurer le nombre de médecins soit une importante percée méthodologique, il existe encore des lacunes dans la façon dont les ETP sont dérivés. La Base de données nationale sur les médecins, sur laquelle sont basées les statistiques des ETP, contient principalement des données sur la rémunération à l'acte, mais n'en contient pas sur les autres modes de rémunération. De récents rapports montrent qu'un nombre croissant de médecins perçoivent leurs honoraires dans le cadre d'un autre mode de paiement (une part de plus en plus importante des paiements totaux versés aux médecins)<sup>33</sup>. Il peut également y avoir des différences dans la façon dont les médecins exercent leur métier selon qu'ils sont rémunérés à l'acte ou non.

La section 3.7.4 contient une observation intrigante et quelque peu contre-intuitive selon laquelle les valeurs moyennes ETP baissent à partir des collectivités à ZIM forte jusqu'à celles sans ZIM. Étant donné que le nombre de médecins par habitant est plus petit dans les régions plus rurales, on pourrait s'attendre à ce que les médecins ruraux aient plus de cas. Comme il est indiqué auparavant, ces médecins ont aussi tendance à avoir un champ d'activité plus élargi que celui de leurs confrères en milieu urbain. Enfin, les résultats publiés auparavant du Sondage national auprès des médecins de 2004 indiquent que les médecins de famille en milieu rural déclarent faire plus d'heures de travail en moyenne que leurs collègues des centres-villes et des régions urbaines<sup>34</sup>.

Pour expliquer cette situation, Hutten-Czapski avance la façon dont les ETP sont calculés<sup>35</sup>. Les médecins en milieu rural sont beaucoup plus susceptibles que les médecins en milieu urbain de travailler dans les hôpitaux et les services d'urgence. En conséquence, leurs consultations en cabinet, source d'estimation des valeurs ETP, peuvent devenir relativement moins importantes en nombre. En d'autres termes, la participation intense des médecins ruraux aux soins secondaires en milieu institutionnel pourrait limiter la quantité de soins primaires qu'ils fournissent dans leur cabinet. De plus, dans certaines provinces du moins, les médecins ruraux sont plus susceptibles de percevoir leurs honoraires au moyen de modes de rémunération autres qu'à l'acte. Dans un cas pareil, la façon dont les valeurs ETP sont actuellement dérivées ne refléterait pas adéquatement la réalité de la médecine rurale. La question des médecins dans les régions plus rurales avec de plus faibles valeurs ETP et la façon de calculer ces dernières méritent un examen plus poussé.

Seules les données sur les médecins de famille et un nombre limité de variables du Sondage national auprès des médecins de 2004 ont été utilisés pour étudier les différences entre les caractéristiques de pratique des médecins de famille selon la région urbaine ou rurale. De plus, l'étude dresse uniquement le profil national sans se pencher sur les différences éventuelles entre les provinces et les territoires. Même si l'importance qu'un médecin de famille ait un champ d'activité plus large a été relevée, les conséquences sur la main-d'œuvre médicale et l'accès aux services n'ont pas été quantifiées.

Dans des travaux antérieurs, Piblado et Pong ont souligné un certain nombre de problèmes conceptuels et méthodologiques dans l'utilisation des ratios entre les médecins et la population dans la planification et la recherche relatives à la main-d'œuvre médicale<sup>1, 6, 7</sup>, y inclus :

- La nature artificielle des frontières géographiques ou administratives, qui ne refléteraient pas nécessairement les tendances réelles de la prestation et de la consommation de services médicaux;
- L'hypothèse intenable selon laquelle toutes les activités relatives à la consommation et à la prestation des soins médicaux ont lieu au sein de ces frontières et l'ignorance des déplacements transfrontaliers pour recevoir et fournir des soins médicaux;
- Le manque de reconnaissance de certains facteurs dans le calcul des ratios, entre autres les variations régionales dans la combinaison des spécialités, les différences dans la charge de travail des médecins, la substitution de la spécialité ou de la discipline et les besoins de la population en matière de soins de santé.

Bien que l'étude ait tenté de prendre en considération des questions comme les différences dans la charge de travail et le champ d'activité, elle ne s'est pas penchée sur d'autres problèmes qui ont été relevés auparavant et qui sont communs dans l'analyse de la répartition des médecins. De tels problèmes devront être considérés dans les futures études ou par d'autres chercheurs.

Le présent rapport est avant tout une étude descriptive de l'emplacement géographique des médecins au Canada, mais il reste plusieurs autres questions connexes à aborder. Par exemple, quels sont les facteurs qui influencent les caractéristiques de la répartition spatiale? Pourquoi les médecins préfèrent-ils une région à une autre? Comment et quand de telles décisions sont-elles prises? Quelles stratégies ou politiques pourraient influencer les décisions des médecins quant à leur lieu de travail? Il est important de répondre à ces questions et à d'autres, car elles pourraient aider les décisionnaires et les planificateurs des soins de santé à régler le problème de la répartition géographique disproportionnée. De nombreuses recherches ont été réalisées sans apporter de réponses finales à ces questions. Des réponses finales ne seront peut-être jamais possibles à cause de la constante évolution du système de santé et des politiques de santé.

Dans la même veine, l'étude ne se penche pas sur la réduction du champ d'activité des médecins de famille et ses incidences, particulièrement dans les régions rurales. À l'heure actuelle, on ne sait pas vraiment quelle est la relation entre, d'une part, les différences mesurées et les changements dans le champ d'activité des médecins et, d'autre part, les besoins des Canadiens en matière de soins de santé. À la lumière de la présente étude,

le problème de la répartition disproportionnée des médecins ne serait pas résolu en augmentant simplement le nombre de médecins ruraux. Les recherches doivent être plus approfondies afin de mieux évaluer la relation entre le champ d'activité changeant et les besoins en santé de la population dans les régions urbaines et rurales.

Une parfaite concordance entre la répartition spatiale des médecins et celle de la population, soit un coefficient Gini de 0, est pratiquement impossible, surtout dans le cas des spécialistes. Mais qu'est-ce qu'un niveau acceptable de répartition disproportionnée? Quels sont les autres facteurs à prendre en considération dans l'élaboration de politiques ou de programmes pour s'attaquer à la question de la répartition disproportionnée? Par exemple, faut-il considérer l'efficacité économique ou l'efficacité clinique? Quels services et ressources faut-il centraliser pour être logique sur le plan économique? Quels services médicaux peuvent être décentralisés sans sacrifier la qualité des soins? Ces questions méritent des recherches poussées et des débats politiques.

On en sait également très peu sur les conséquences de la répartition disproportionnée des ressources de la santé, particulièrement des ressources humaines de la santé. A-t-elle des incidences négatives sur l'état de santé de la population? Selon des données épidémiologiques de plusieurs pays, y inclus le Canada, les personnes qui vivent dans les régions rurales, éloignées ou mal desservies ont tendance à être en moins bonne santé que les habitants des grandes villes. Toutefois, ce qui est moins clair, c'est à quel point on peut attribuer cet état de fait à la répartition disproportionnée des ressources humaines de la santé en général et des médecins en particulier. Nos connaissances limitées de la question donnent à penser que la répartition disproportionnée des dispensateurs de soins, y inclus les médecins, n'est qu'un facteur parmi d'autres qui contribue aux résultats négatifs pour la santé. Nous avons besoin de beaucoup plus de recherches pour mieux comprendre ce sujet complexe.

Comme il est mentionné dans le chapitre 3, la relation entre la répartition des médecins et celle de la population a peu changé entre 1996 et 2004. Cependant, plusieurs développements sont en cours, y compris les nouvelles tendances ainsi que les nouveaux programmes et politiques. Parmi les exemples, citons l'intérêt décroissant des nouveaux diplômés en médecine envers la médecine familiale et la tendance vers la spécialisation et la sous-spécialisation; l'augmentation au cours des dernières années dans les frais d'inscription et de scolarité dans les écoles de médecine; l'ouverture de la nouvelle École de médecine du Nord de l'Ontario (Université Laurentienne et Université Lakehead) et de campus ruraux à l'école de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique destinés à former des médecins pour travailler dans les régions nordiques et rurales; les initiatives visant à augmenter le nombre de diplômés internationaux en médecine autorisés à pratiquer au Canada; les réformes dans les soins de santé primaires dans plusieurs parties du pays; l'accent plus prononcé sur la pratique de groupe ou interdisciplinaire; les nouveaux modes de rémunération visant à remplacer la rémunération à l'acte, et ainsi de suite. Il est déjà assez difficile d'examiner l'effet d'un seul de ces développements sur la répartition des médecins, il va sans dire que l'évaluation des conséquences combinées de ces changements se montrerait une tâche colossale. Néanmoins, il est absolument essentiel de suivre la situation de près.



## Références

1. J. R. Pitblado et R. W. Pong, *Geographic Distribution of Physicians In Canada* (en ligne), rapport préparé pour Santé Canada, Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University, Sudbury, 1999. Internet : <<http://laurentian.ca/cranhr/pdf/distrib/GEOREPORT.pdf>>.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Imbalances in the Health Workforce*, rapport d'une consultation technique, Ottawa, 10-12 mars 2002.
3. P. Zurn, M. Dal Poz, B. Stilwell et O. Adams, *Imbalances in the Health Workforce: Briefing Paper* (rapport non publié), Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
4. D. Ray, « Indicators for the Measurement of Health Manpower Imbalances », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, n° 40 (1987), p. 349-354.
5. R. J. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, p. 162.
6. R. W. Pong et J. R. Pitblado, « Don't take geography for granted! some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians » (en ligne), *Journal canadien de la médecine rurale*, n° 6 (2001), p. 103-112. Internet : <<http://www.srpc.ca>>.
7. R. W. Pong et J. R. Pitblado, « Beyond counting heads: some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians » (en ligne), *Journal canadien de la médecine rurale*, n° 7 (2002), p. 12-20. Internet : <<http://www.srpc.ca>>.
8. D. Swift, « Feminization No Longer a Bad Word? » (en ligne), *MD Pulse*, 2005, p. 10-13. Consulté le 21 octobre 2005. Internet : <[http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/43041/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/43041/la_id/1.htm)>.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Spécialistes agréés et non agréés : Comprendre les chiffres*, Ottawa, du même auteur, 2004.
10. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2004*, Ottawa, du même auteur, 2005.
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport sur les médecins équivalents à temps plein, Canada, 2002-2003*, Ottawa, du même auteur, 2004.
12. J. Tepper, *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

13. B. T. B. Chan et S. E. Schultz, *Supply and Utilization of General Practitioner and Family Physician Services in Ontario*, Institut de recherche en services de santé, Toronto, 2005.
14. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Statistical Report on the Health of Canadians*, Ottawa, Santé Canada, Statistique Canada et ICIS, 1999, catalogue n° 82-570-X1E.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *Taux de réponse au Sondage national auprès des médecins de 2004 et comparabilité des répartitions des caractéristiques démographiques des répondants et de l'ensemble des médecins*, Ottawa, du même auteur, 2005.
16. Statistique Canada, *GeoSuite 2001 Census*, Ottawa, du même auteur, 2002, catalogue n° 92F0150XCB.
17. Statistique Canada, *2001 Census Dictionary*, Ottawa, du même auteur, 2002, catalogue n° 92-378-XIE.
18. Statistique Canada, *Standard Geographical Classification (SGC 2001)*, Ottawa, du même auteur, 2002, catalogue n° 12-571-XIB.
19. R. D. Bollman et B. Biggs, *Rural and Small Town Canada: An Overview*, ed. R. D. Bollman, Thompson Educational Publishing, Toronto, 1992.
20. V. du Plessis, R. Beshiri et R. D. Bollman, *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin* 3, n° 3 (2001), Statistique Canada, Ottawa, catalogue n° 21-006-XIE.
21. C. McNiven, H. Puderer et D. Janes, « Census Metropolitan Area and Census Agglomeration Influenced Zones (MIZ): A Description of the Methodology », *Geography Working Paper Series* n° 2000-2 (2000), Statistique Canada, catalogue n° 92F0138MIE.
22. Statistique Canada, *Annual Demographic Statistics, 2004*, Ottawa, du même auteur, 2005, catalogue n° 91-213-XIB.
23. M. S. Schneider, C. Castillo-Salgado, E. Loyola-Elizondo, J. Bacallao, O. J. Mujica, M. Vidaurre et G. A. O. Alleyne, « Trends in Infant Mortality Inequalities in the Americas: 1955-1995 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 56 (2002), p. 538-541.
24. B. T. B. Chan, *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2002.
25. Institut canadien d'information sur la santé, *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 1999*, Ottawa, du même auteur, 2000.

26. L. Osberg, S. Phipps et S. Erksoy, *The Distributional Implications of Unemployment Insurance – August 1995* (en ligne), Ressources humaines et Développement des compétences, Ottawa, 2004. Internet :  [<http://www11.hrsdc.gc.ca/en/cs/sp/hrsdcd/edd/brief/1995-000513/diui.shtml>](http://www11.hrsdc.gc.ca/en/cs/sp/hrsdcd/edd/brief/1995-000513/diui.shtml) .
27. C. A. Woodward et R. W. Pong, « What Proportion of Canadian Family Physicians Have Open Practices and What Factors Are Related to the Practice Being Open? A National Study », *Canadian Family Physician* (à venir).
28. Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients : Comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004*, Ottawa, du même auteur, 2005.
29. S. J. Wetmore, C. Rivet, J. Tepper, S. Tatemichi, M. Donoff and P. Rainsberry, « Defining Core Procedure Skills for Canadian Family Medicine Training » (en ligne), *Canadian Family Physician* 51 (2005), p. 1364-1365.  [<www.cfpc.ca/cfp>](http://www.cfpc.ca/cfp) .
30. P. Hutten-Czapski, J. R. Pitblado et S. Slade, « Short Report: Scope of Family Practice in Rural and Urban Settings », *Canadian Family Physician*, n° 50 (2004), p. 1548-1550.
31. J. Hogenbirk, R. W. Pong, G. Tesson et R. Strasser, *Do Rural Physicians Practice Differently Than Urban Physicians? Evidence From a Canada-Wide Survey of Family Physicians*, présenté à la Cinquième conférence de la Société canadienne de recherche en santé rurale et au Quatrième congrès international des infirmières et infirmiers spécialistes de la santé rurale, Sudbury, du 21 au 23 octobre 2004.
32. J. Hogenbirk, R. W. Pong, R. Strasser et G. Tesson, *Rural-Urban Differences In Canadian Medical Practice: The Importance of Physician, Patient, and Geographic Characteristics*, présenté à la Cinquième conférence de la Société canadienne de recherche en santé rurale et au Quatrième congrès international des infirmières et infirmiers spécialistes de la santé rurale, Sudbury, du 21 au 23 octobre 2004.
33. Institut canadien d'information sur la santé, *Alternative Payments and the National Physician Database (NPDB): The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 2001-2002 and Preliminary Information for 2002-2003*, Ottawa, du même auteur, 2002.
34. Collège des médecins de famille du Canada, « Worked Hours » (en ligne), *Canadian Family Physician* 51, mai 2005, p. 775. Consulté le 21 octobre 2005. Internet :  [<http://www.cfpc.ca/cfp/2005/may/vol51-may-college-2.asp>](http://www.cfpc.ca/cfp/2005/may/vol51-may-college-2.asp) .
35. Courriel personnel de Hutten-Czapski, médecin de famille à Haileybury, Ontario, le 20 septembre 2005.
36. I. MacLachlan et R. Sawada, « Measures of Income Inequality and Social Polarization in Canadian Metropolitan Areas », *Le Géographe canadien*, n° 41 (1997), p. 377-397.

37. A. Wagstaff et E. van Doorslaer, « Overall Versus Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations », *Health Economics*, n° 13 (2004), p. 297-301.
38. M. C. Brown, « Using Gini-Style Indices to Evaluate the Spatial Patterns of Health Practitioners: Theoretical Considerations and an Application Based on Alberta Data », *Social Science & Medicine*, n° 38 (1994), p. 1243-1256.
39. E. Ng, R. Wilkins et A. Perras, « How Far Is it to the Nearest Hospital? Calculating Distances Using the Statistics Canada Postal Code Conversion File », *Rapport sur la santé* 5, n° 2 (1993), p. 179-188.



## **Annexe A**

### **Liste des abréviations**



## Liste des abréviations

BI Group	Business Information Group
AR	agglomération de recensement
DR	division de recensement
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
RMR	région métropolitaine de recensement
SDR	subdivision de recensement
UD	unité de diffusion
ETP	équivalent à temps plein
DIM	diplômés internationaux en médecine
ZIM	zone d'influence métropolitaine
BDNM	Base de données nationale sur les médecins
SNM	Sondage national auprès des médecins
STHM	système sur les tarifs d'honoraires des médecins
CGT	classification géographique type
BDMS	Base de données médicales Southam



## **Annexe B**

### **Annexe technique**



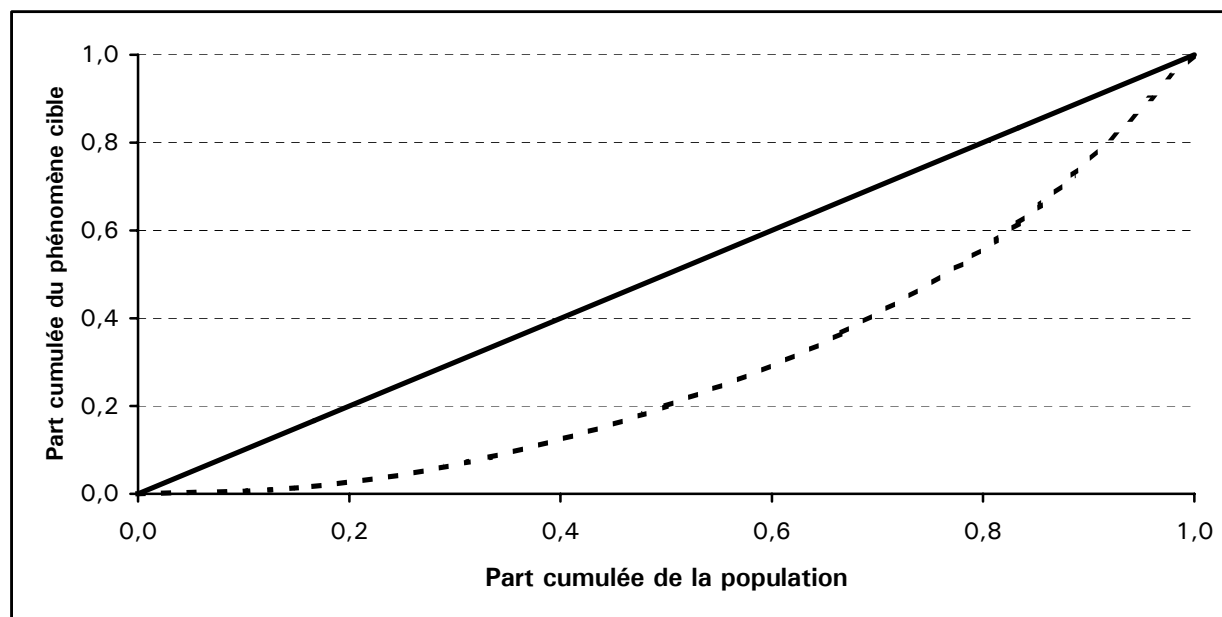
## Annexe technique

### 1. Coefficients Gini et courbe de Lorenz

Au cours du siècle dernier, plusieurs techniques ont été mises au point pour déterminer ce qu'est « la part équitable » des biens, des services, du revenu, de l'état de santé et ainsi de suite. Bon nombre de ces mesures s'appuient sur l'examen de ce qu'on appelle une « courbe de Lorenz » et de la mesure inhérente qu'est l'« indice de concentration de Gini ». La courbe de Lorenz est une courbe de fréquence cumulative qui compare la répartition d'une variable avec la répartition uniforme qui représente l'égalité. Cette répartition de l'égalité est représentée par une ligne diagonale. L'inégalité se creuse au fur et à mesure que la courbe de Lorenz s'éloigne de la ligne diagonale<sup>23</sup>.

La figure B.1 illustre cette relation. Dans le cadre de la présente étude, les données relatives aux unités géographiques sont illustrées par les parts cumulées de la population longeant l'axe x et les parts cumulées du phénomène cible (nombre de médecins) longeant l'axe y. La ligne pointillée représente la courbe de Lorenz. Le phénomène cible est concentré dans de moins en moins d'unités géographiques à mesure que la ligne pointillée s'éloigne du trait plein diagonal, signe d'une répartition inégale. Une coïncidence de la courbe de Lorenz avec la ligne diagonale signifie une part proportionnellement égale du phénomène cible par rapport à la population.

Figure B.1. Exemple de schéma d'une courbe de Lorenz



Bien que les schémas de la courbe de Lorenz soient une excellente représentation graphique des relations proportionnelles, ils peuvent être lourds à présenter si un nombre assez important de phénomènes cibles est examiné. Une seule valeur numérique qui résume les caractéristiques de ces schémas est souvent plus utile. Le coefficient Gini ou, plus exactement, le ratio de concentration de Gini (G) « mesure l'aire de concentration entre la courbe de Lorenz et la ligne de la parfaite égalité, qui est présentée comme une proportion de l'aire contenue dans le triangle défini par les axes<sup>36</sup> ». Il existe diverses définitions pour exprimer le ratio (p. ex. voir MacLachlan et Sawada; Wagstaff et van Doorslaer)<sup>36, 37</sup>. Dans le cadre du présent rapport, le ratio de concentration de Gini est calculé selon la formule suivante de Brown<sup>38</sup> :

$$G = 1 - \frac{\sum_{i=0}^{k-1} (Y_{i+1} + Y_i) (X_{i+1} - X_i)}{2}$$

Y = Proportion cumulée de la variable santé  
 X = Proportion cumulée de la variable population  
 G = Coefficient Gini

La « variable santé » dans le présent contexte est égale au nombre de médecins et la somme est effectuée sur « k » unités géographiques. Dans le cadre de la présente étude, le calcul du G a suivi la tendance utilisée pour calculer les ratios entre les médecins et la population : deux séries d'unités géographiques — les provinces et les territoires (k = 13) et les divisions canadiennes de recensement (k = 288) — calculées pour tous les médecins et pour chaque spécialité médicale.

Le coefficient Gini peut varier de 0 à 1. La valeur 0 représente une égalité parfaite et correspond à la courbe de Lorenz qui coïncide avec la diagonale à chaque point le long de l'axe x. La valeur 1 représente l'inégalité totale et correspond à une courbe de Lorenz qui forme un triangle dont l'hypoténuse longe la diagonale et forme un angle droit constitué par l'axe x et le côté droit de la figure.

## 2. Mesure de la distance

Il existe différentes façons de mesurer l'accès aux dispensateurs de soins et aux services hospitaliers. La mesure utilisée dans la présente étude est la simple distance en ligne droite entre l'emplacement de la population par rapport au médecin ou à l'hôpital le plus proche. Suivant Ng et collègues, la distance est calculée entre deux points dont les emplacements sont en latitude et longitude au moyen de l'équation suivante<sup>39</sup> :

$$D = \{6\ 370\ 997 * \arccos[\sin(\text{LAT}1) * \sin(\text{LAT}2) + \cos(\text{LAT}1) * \cos(\text{LAT}2) * \cos(\text{LONG}1 - \text{LONG}2)]\} / 1\ 000$$

où :

D	= distance en kilomètres
LAT1, LONG1	= latitude, longitude d'un point (en radians)
LAT2, LONG2	= latitude, longitude du second point (en radians)
arccos	= fonction arc-cosinus
sin	= fonction sinus
cos	= fonction cosinus



La distance est calculée à partir de l'emplacement selon la latitude et la longitude des 52 993 aires de diffusion du Canada au médecin ou à l'hôpital le plus proche. Dans le cas des médecins, les emplacements selon la latitude et la longitude sont dérivés à partir des codes postaux inclus dans la BDMS et la distance la plus proche est calculée pour tous les omnipraticiens et médecins de famille ainsi que pour chaque spécialité. Dans le cas des hôpitaux, les emplacements selon la latitude et la longitude sont dérivés des codes postaux de deux groupes d'hôpitaux inclus dans la Base de données canadienne des systèmes d'information de gestion de l'ICIS. Les deux groupes d'hôpitaux sont considérés en tant qu'« hôpitaux généraux », quoiqu'ils varient selon s'ils possèdent une unité de soins de longue durée. Dans le cadre de la présente étude, les distances entre la population et l'hôpital le plus proche sont calculées en fonction des 245 hôpitaux généraux sans unité de soins de longue durée et des 403 hôpitaux généraux avec une unité de soins de longue durée. Aucune distinction n'a été faite quant à la taille de ces hôpitaux.



## **Annexe C**

**Catégories des spécialités médicales selon  
la Base de données médicales Southam**



# Catégories des spécialités médicales selon la Base de données médicales Southam

La liste qui suit indique les codes de spécialités comme ils sont énumérés dans la BDMS. Ils sont comparables aux regroupements de la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Les spécialités ont été regroupées dans des catégories appropriées qui servent aux rapports et aux tableaux. Les regroupements cités ont fait l'objet de changements depuis leur conception initiale au début des années 1970. Certains autres codes de spécialités ont été ajoutés. Toutes les spécialités et les sous-spécialités présentées dans la BDMS sont énumérées, quel que soit leur statut auprès du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins du Québec.

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir la section 2.2 pour plus de détails).

## 1.0 Médecine familiale

- Médecine familiale
- Médecine familiale d'urgence

## 2.0 Spécialités médicales

### 2.1 Spécialités cliniques

- Médecine interne
  - Cardiologie
  - Immunologie clinique et allergie
  - Endocrinologie et métabolisme
  - Gastroentérologie
  - Médecine interne
  - Gériatrie
  - Hématologie
  - Maladies infectieuses
  - Néphrologie
  - Oncologie médicale
  - Maladies respiratoires
  - Rhumatologie
- Génétique médicale
- Dermatologie
- Neurologie
  - Neurologie et électroencéphalographie
  - Électroencéphalographie
- Pédiatrie
  - Cardiologie pédiatrique
- Physiatrie et réadaptation

- Psychiatrie
  - Neurologie et psychiatrie
- Médecine communautaire (appelée auparavant *santé publique*)
- Médecine d'urgence
- Médecine du travail
- Anesthésie
- Médecine nucléaire
  - Radiologie diagnostique
  - Radiologie diagnostique et thérapeutique
- Radio-oncologie (appelée auparavant *radiologie thérapeutique*)

## 2.2 Spécialités en laboratoire

- Biochimie médicale
- Microbiologie médicale
- Pathologie
  - Anatomopathologie
  - Pathologie hématologique
  - Neuropathologie
  - Pathologie générale

## 3.0 Spécialités chirurgicales

- Chirurgie générale
  - Chirurgie générale pédiatrique
  - Chirurgie vasculaire
- Chirurgie cardiaque
  - Chirurgie cardiothoracique
  - Chirurgie thoracique
  - Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
- Neurochirurgie
- Obstétrique et gynécologie
  - Obstétrique
  - Gynécologie
- Ophthalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique
- Urologie

## 4.0 Scientifiques médicaux

- Scientifique médical — médecine
- Scientifique médical — chirurgie

## **Annexe D**

**Catégories des spécialités médicales selon la  
Base de données nationale sur les médecins**





# Catégories des spécialités médicales selon la Base de données nationale sur les médecins

## 1.0 Médecine de famille

- Résidence
- Médecine générale
- Médecine familiale
- Médecine communautaire/santé publique
- Médecine d'urgence

## 2.0 Spécialités médicales

- Médecine interne
  - Cardiologie
  - Immunologie clinique et allergie
  - Endocrinologie
  - Gastroentérologie
  - Médecine interne
  - Gériatrie
  - Hématologie
  - Médecine tropicale
  - Néphrologie
  - Oncologie
  - Médecine respiratoire
  - Rhumatologie
  - Génétique
- Dermatologie
- Neurologie
  - Neurologie et électroencéphalographie
  - Électroencéphalographie
- Pédiatrie
- Physiatrie et réadaptation
  - Électromyographie
- Psychiatrie
  - Psychiatrie et neuropsychiatrie
  - Neuropsychiatrie
- Anesthésie

### 3.0 Spécialités chirurgicales

- Chirurgie générale
- Chirurgie cardiovasculaire/thoracique
  - Chirurgie cardiovasculaire
  - Chirurgie thoracique
- Neurochirurgie
- Obstétrique et gynécologie
  - Obstétrique
  - Gynécologie
- Ophthalmologie
  - Ophthalmologie/oto-rhino-laryngologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique
- Urologie

**Remarque :** Bien que la génétique ne soit plus une sous-spécialité de la médecine interne, elle est répertoriée dans cette catégorie, car le nombre d'enregistrements de médecins appartenant à cette spécialité est relativement faible.

## **Annexe E**

### **Questions du Sondage national auprès des médecins de 2004**



7. Veuillez indiquer TOUS les domaines d'activité professionnelle qui font partie de votre pratique et (ou) qui sont des domaines d'intérêt spécial. Pour les domaines d'intérêt spécial, donnez également le pourcentage du temps consacré à chacun (les pourcentages n'ont pas à totaliser 100% mais ne doivent pas dépasser 100%).  
*Note : vous pouvez inclure un domaine d'activité professionnelle même si vous n'êtes pas certifié dans ce domaine.*

Domaine d'activité professionnelle		Partie de ma pratique	Domaine d'intérêt spécial	Si domaine d'intérêt spécial, indiquez le pourcentage du temps
Soins aux toxicomanes	593	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Administration	523	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine parallèle/douce	599	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine de l'adolescent	625	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Anesthésie	101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Soins aux cancéreux/oncologie	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Cardiologie	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Prise en charge des maladies chroniques	699	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine communautaire/santé	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Dermatologie/médecine cosmétique	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine d'urgence	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine familiale/omnipratique/soins de première ligne	587	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Gériatrie/soins aux personnes âgées	121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Gynécologie	308	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Soins à domicile	543	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Soins hospitaliers	545	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Maladies infectieuses	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine internationale	589	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Consultations légales/médocolégales	555	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Nutrition	541	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Obstétrique	307	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine du travail/industrielle	139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Soulagement de la douleur	521	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Soins palliatifs	427	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Pédiatrie	141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine préventive	697	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Psychiatrie	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Psychothérapie/counselling	598	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Recherche	510	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%

Domaine d'activité professionnelle		Partie de ma pratique	Domaine d'intérêt spécial	Si domaine d'intérêt spécial, indiquez le pourcentage du temps
Médecine du sport	615	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Chirurgie	304	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Assistance chirurgicale	306	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Enseignement	695	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Médecine des voyageurs/tropicale	591	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Santé des femmes	565	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre _____	821	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre _____	822	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre _____	823	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre _____	824	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre _____	825	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%

**8. Parmi les actes suivants, lesquels accomplissez-vous dans le cadre de votre pratique? Veuillez cocher TOUTES les cases pertinentes.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiométrie  | <input type="checkbox"/> Exérèse de lésions cutanées superficielles (Ex. : nævi, kératoses, kystes)     |
| <input type="checkbox"/> Réfractométrie   |   |
| <input type="checkbox"/> Interprétation d'électrocardiogramme                                 | <input type="checkbox"/> Cryothérapie de lésions cutanées superficielles (Ex. : verrues, nævi, lentigo) |
| <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire                               |   |
| <input type="checkbox"/> Test de Papanicolaou   | <input type="checkbox"/> Biopsie cutanée  |
| <input type="checkbox"/> Insertion d'un stérilet  | <input type="checkbox"/> Autre biopsie _____  |
| <input type="checkbox"/> Aspiration endométriale  |   |
| <input type="checkbox"/> Ponction lombaire  | <input type="checkbox"/> Sutures  |
| <input type="checkbox"/> Pose de plâtres/attelles   | <input type="checkbox"/> Chirurgie des orteils  |
| <input type="checkbox"/> Injection de liquide dans les articulations et aspiration de liquide | <input type="checkbox"/> Autre petite chirurgie _____   |
| <input type="checkbox"/> Incision et drainage d'abcès   | <input type="checkbox"/> Autre acte _____   |
| <input type="checkbox"/> Anuscopie  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre endoscopie _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Aspiration à l'aiguille (pour diagnostic/biopsie)                    |   |

**9. Veuillez décrire votre participation aux soins à la mère et au nouveau-né.**

- Les soins à la mère et au nouveau-né **ne font pas** partie de ma pratique  
(Veuillez PASSER À LA QUESTION 10.)
- Les soins à la mère et au nouveau-né **font** partie de ma pratique, et je donne : *Veuillez cocher TOUS les éléments pertinents.*
- Soins prénatals
- Soins intrapartum. Nombre annuel d'accouchements : \_\_\_\_\_
- Je ne **donne pas** de soins intrapartum, mais je réfère habituellement mes patientes à faible risque à :
- un autre médecin de famille/omnipraticien       un obstétricien/gynécologue       une sage-femme
- Soins postnatals (soins à la mère à l'hôpital ou au cabinet)
- Soins néonatals (soins au nouveau-né à l'hôpital ou au cabinet)

**18. En songeant aux DEUX DERNIÈRES ANNÉES, veuillez cocher tous les énoncés qui s'appliquent aux changements que vous avez déjà faits. En songeant aux DEUX PROCHAINES ANNÉES, veuillez cocher tous les changements que vous comptez faire.**

		Changements effectués au cours des 2 DERNIÈRES années	Changements prévus au cours des 2 PROCHAINES années
Déménager votre pratique dans la même province/territoire	<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique dans une autre province/territoire du Canada	<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique au Canada en provenance d'un autre pays	<b>C</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quitter le Canada pour exercer dans un autre pays	<b>D</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique d'un milieu urbain/de banlieue à un milieu rural/éloigné	<b>E</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménager votre pratique d'un milieu rural/éloigné à un milieu urbain/de banlieue	<b>F</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous spécialiser dans un domaine de pratique médicale _____	<b>G</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire votre champ de pratique _____	<b>H</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

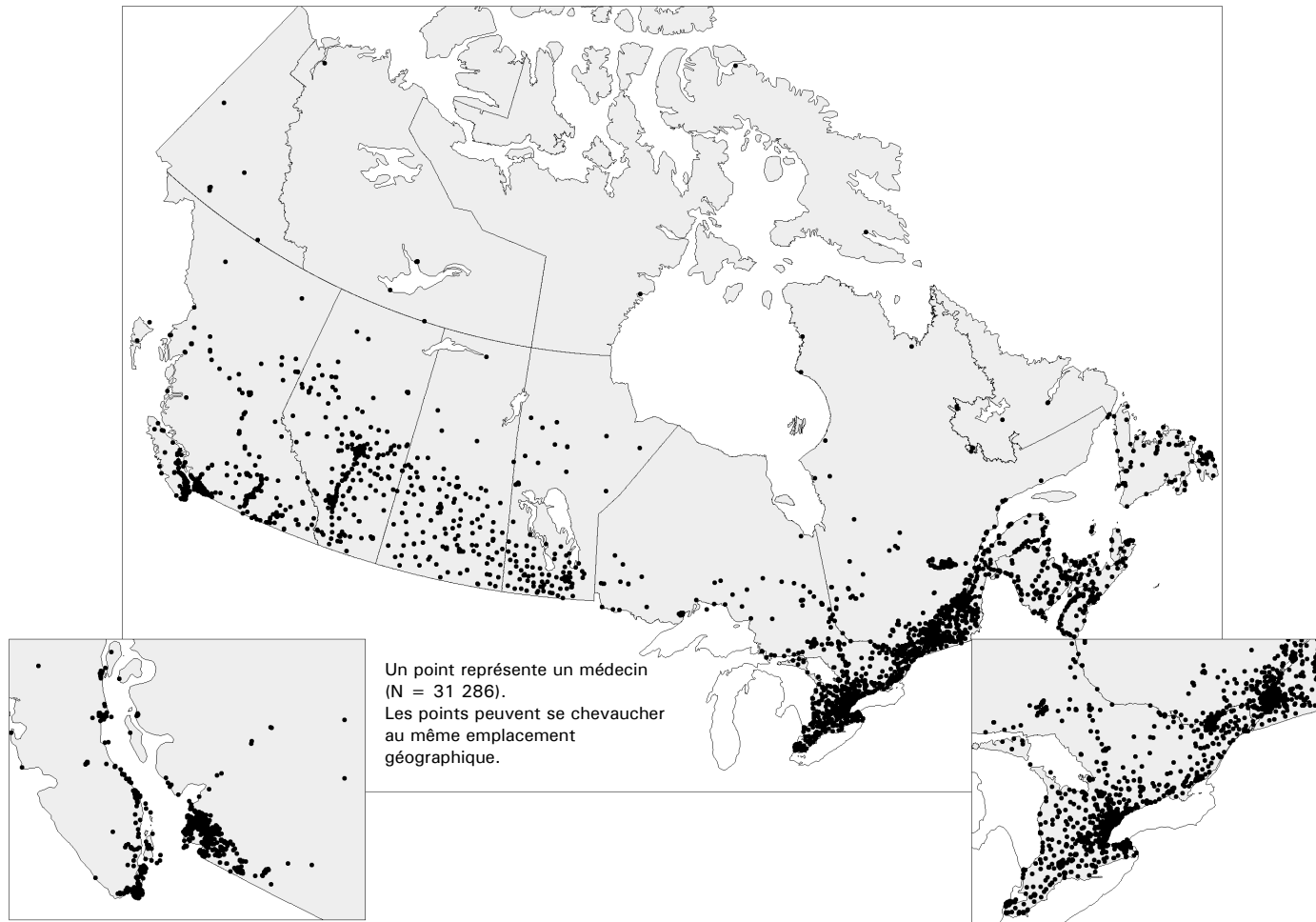
		Changements effectués au cours des 2 DERNIÈRES années	Changements prévus au cours des 2 PROCHAINES années
Élargir votre champ de pratique _____	I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire les responsabilités liées à l'enseignement, à la recherche et (ou) à l'administration	J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter les responsabilités liées à l'enseignement, à la recherche et (ou) à l'administration	K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre temporairement congé de votre pratique	L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde)	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter vos heures de travail hebdomadaires (à l'exclusion de la garde)	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire les heures de garde	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter les heures de garde	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer d'une pratique en solo à une pratique de groupe	Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer à un modèle de pratique multidisciplinaire	R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire partie d'un réseau de pratique	S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changer de mode de rémunération	T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous recycler dans le domaine médical	U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre votre retraite	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandonner la pratique active pour des raisons autres que celles ci-dessus _____	W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) changement(s) _____	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUCUN CHANGEMENT (si aucun changement effectué ou planifié, <i>PASSEZ À LA QUESTION 20</i> )	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **Annexe F**

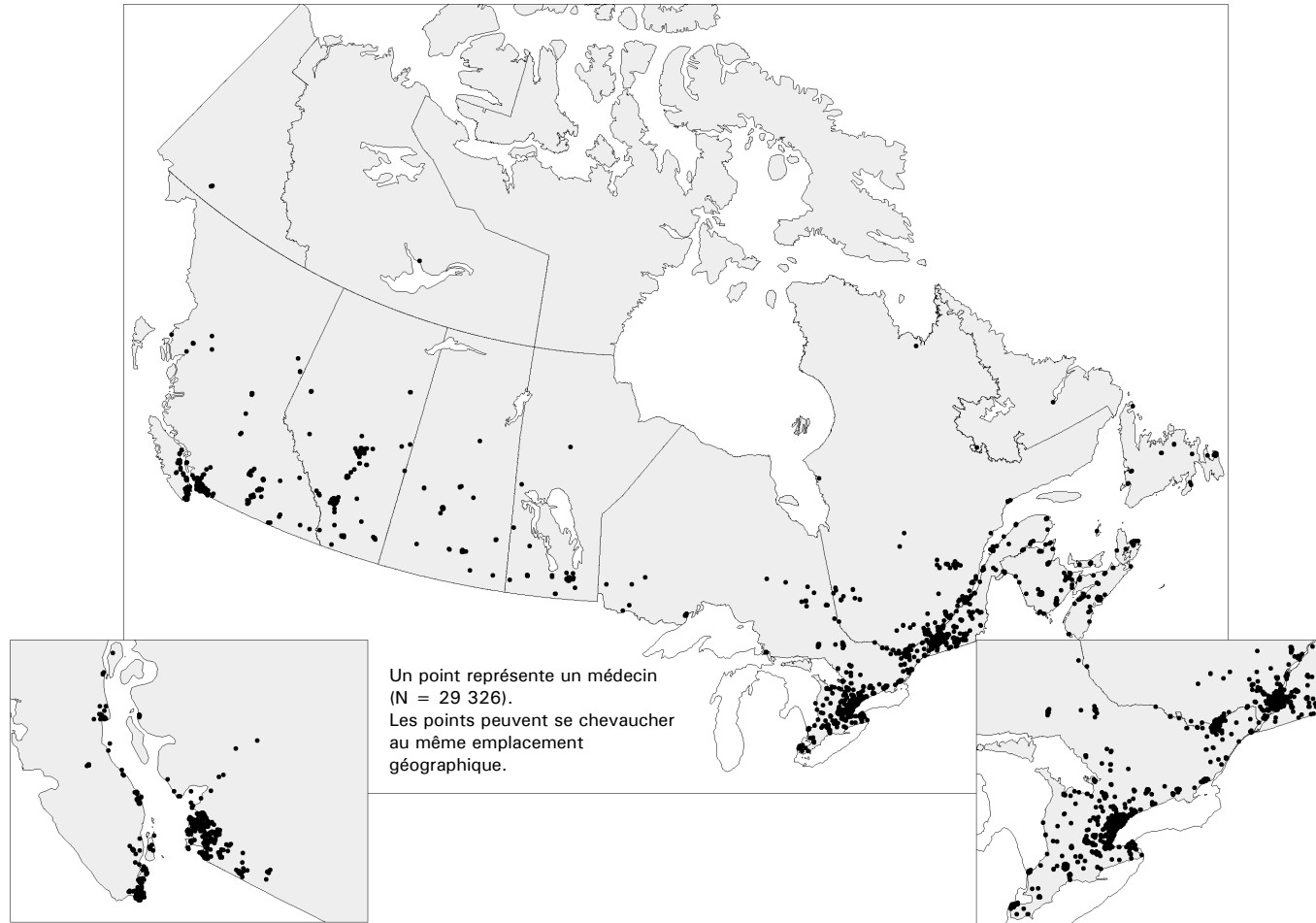
### **Répartition géographique des médecins selon la spécialité**



**Figure F.1. Répartition des médecins de famille au Canada, 2004****Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés (voir section 2.2 pour plus de détails).

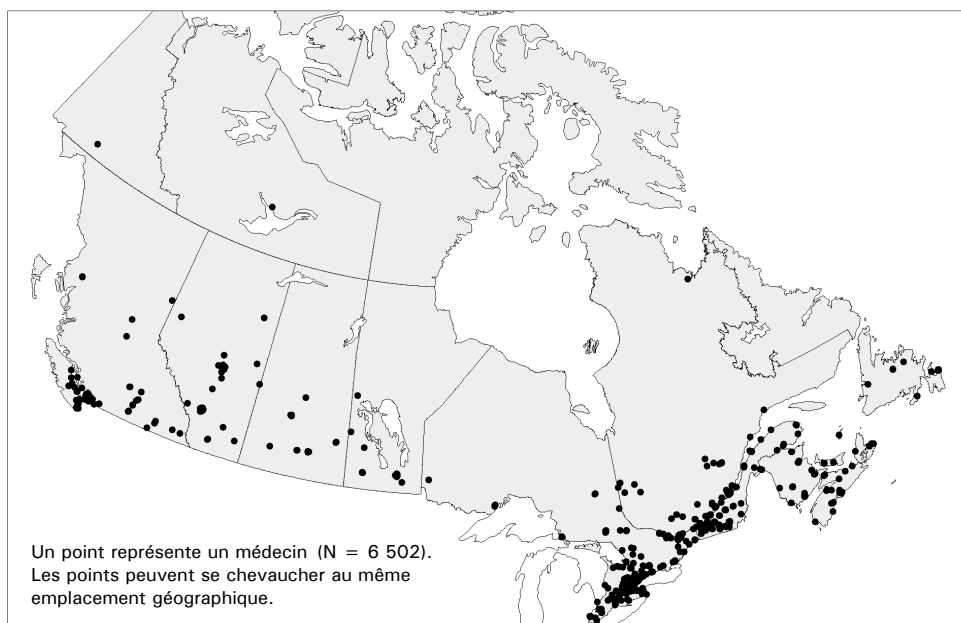
Source : BDMS, ICIS.

**Figure F.2. Répartition des médecins spécialistes au Canada, 2004****Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.3. Répartition des internistes au Canada, 2004

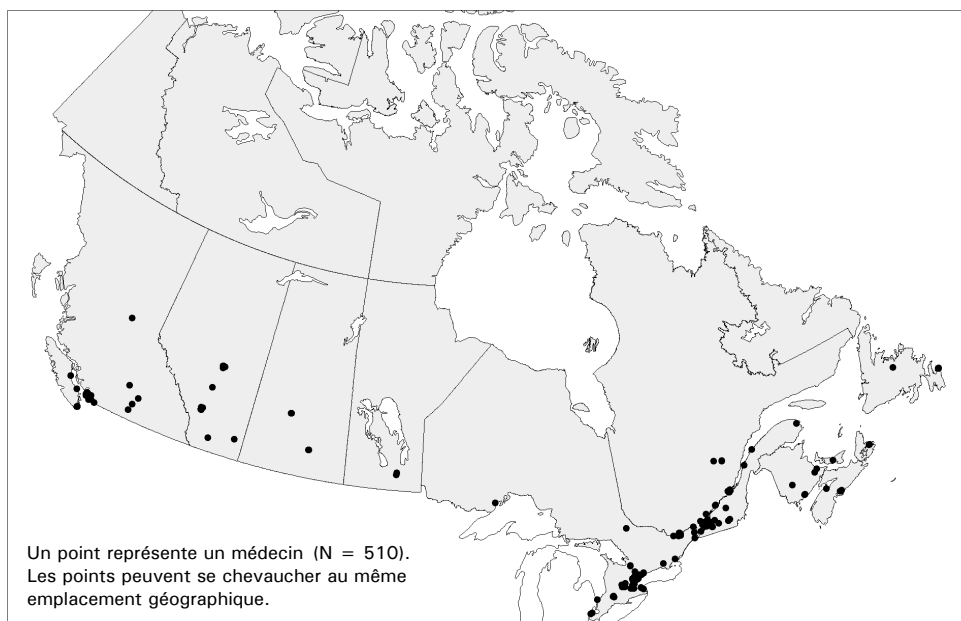


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.4. Répartition des dermatologues au Canada, 2004

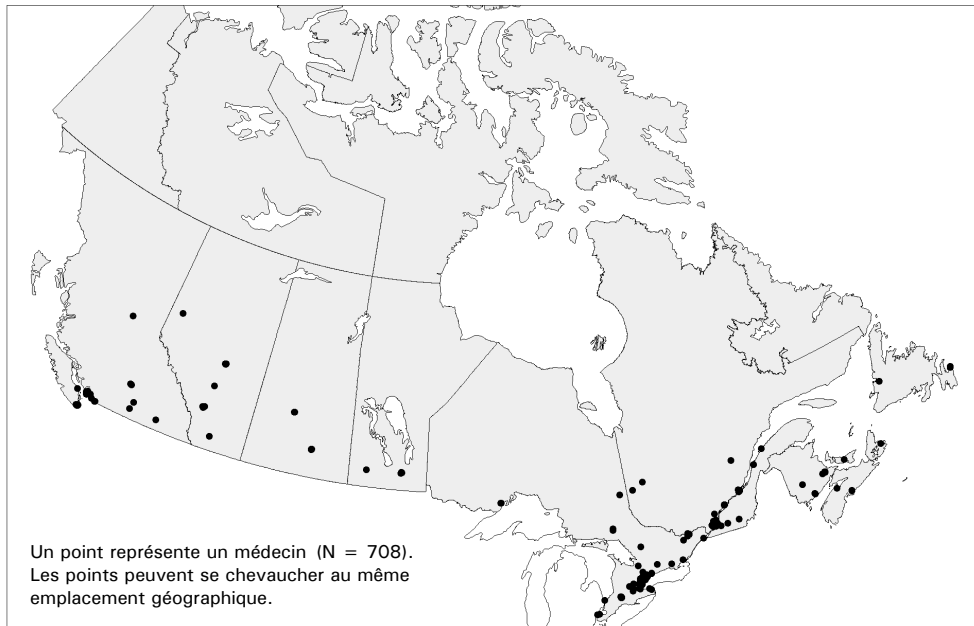


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.5. Répartition des neurologues au Canada, 2004

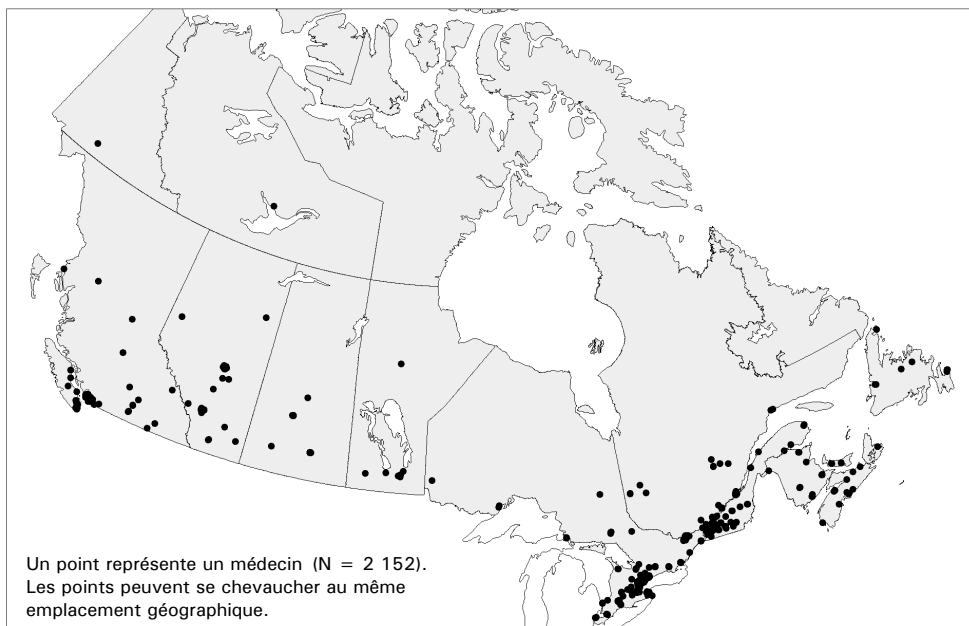


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.6. Répartition des pédiatres au Canada, 2004

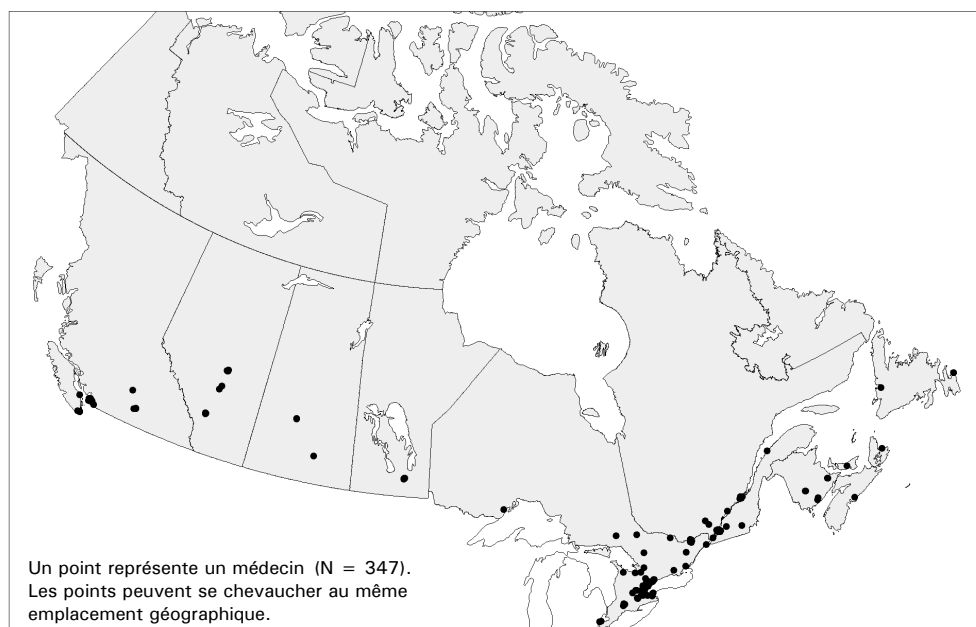


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.7. Répartition des physiatres et des médecins en réadaptation au Canada, 2004

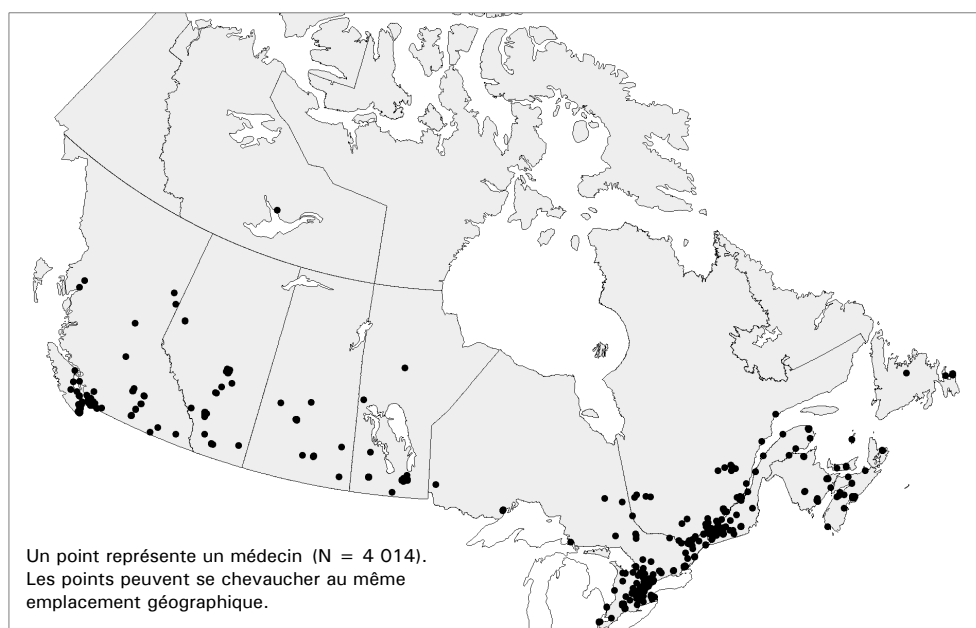


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.8. Répartition des psychiatres au Canada, 2004

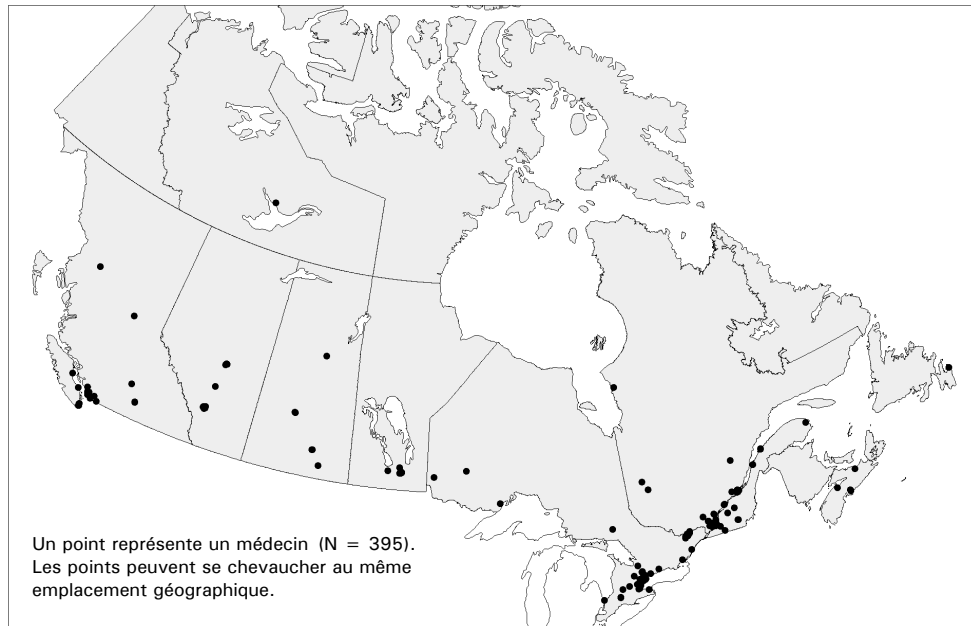


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.9. Répartition des médecins en médecine communautaire au Canada, 2004

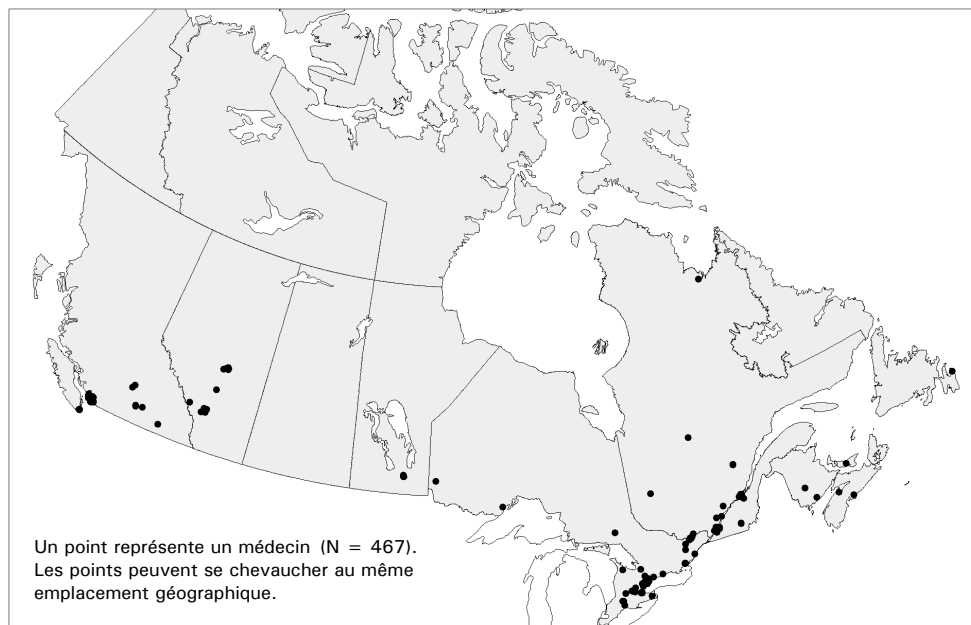


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.10. Répartition des urgentologues au Canada, 2004



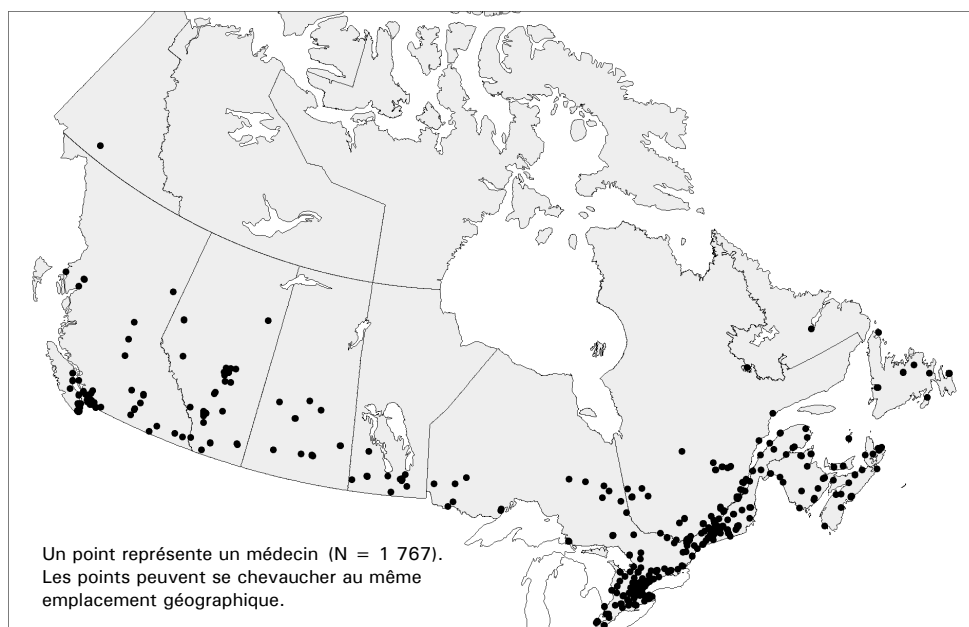
**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.



Figure F.11. Répartition des chirurgiens généraux au Canada, 2004

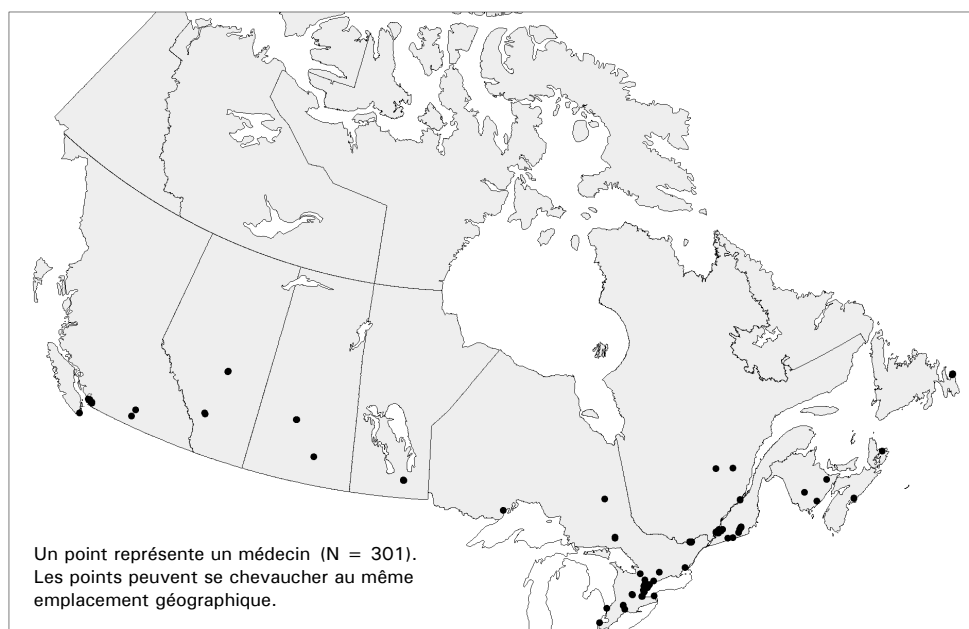


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.12. Répartition des médecins spécialistes en chirurgie cardiothoracique au Canada, 2004

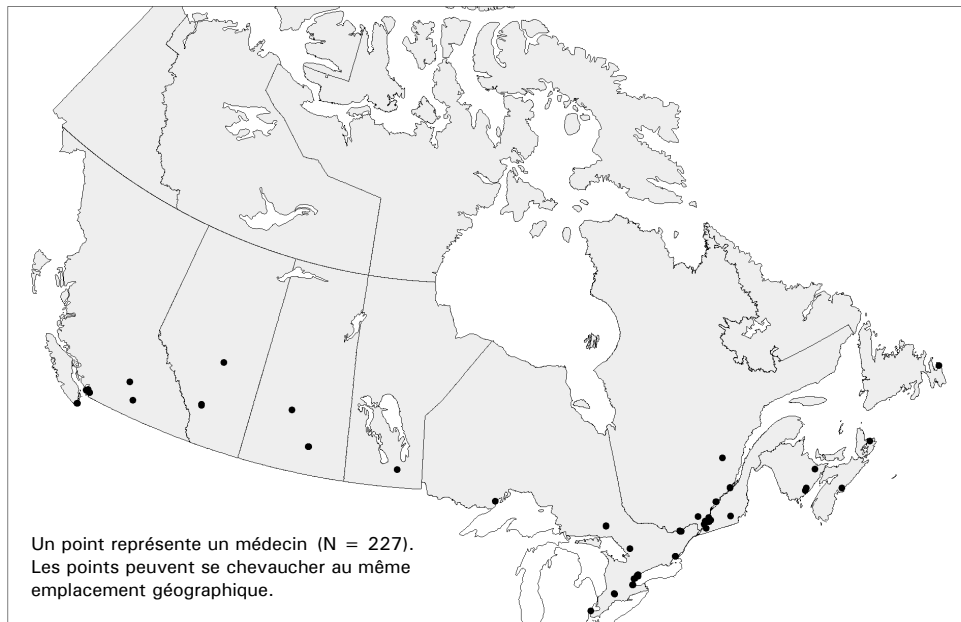


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.13. Répartition des neurochirurgiens au Canada, 2004

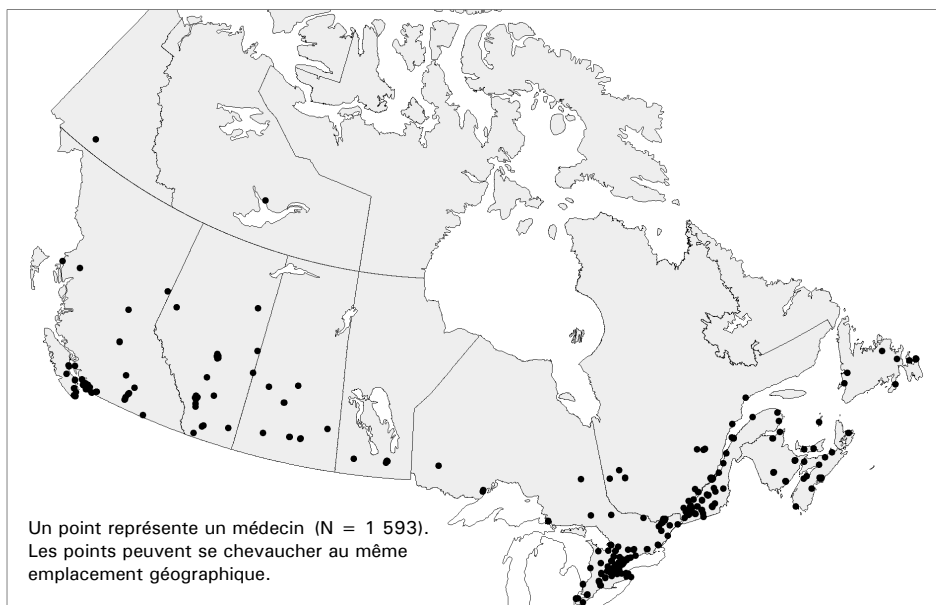


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.14. Répartition des obstétriciens et gynécologues au Canada, 2004

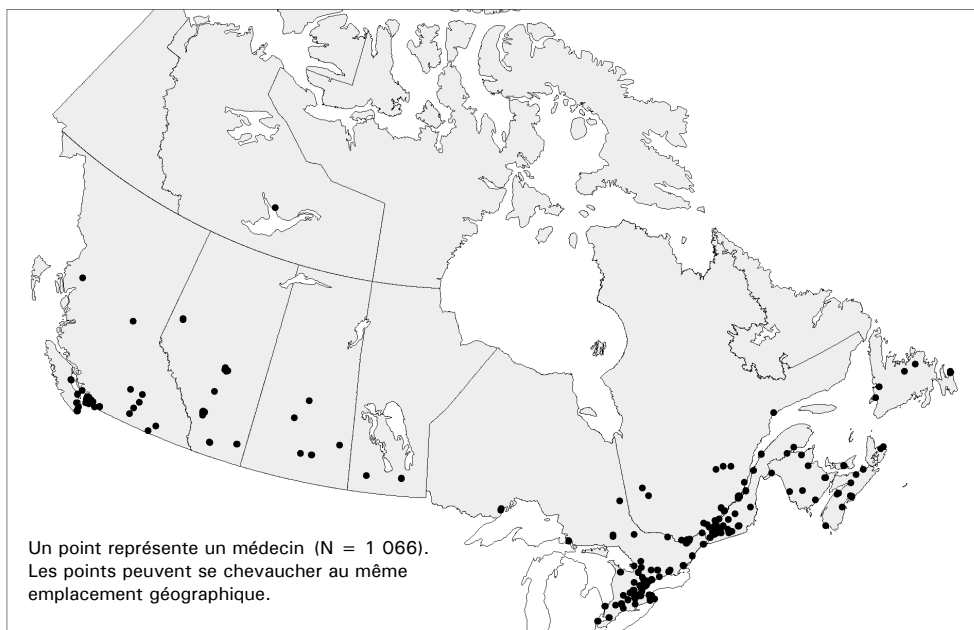


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.15. Répartition des ophtalmologues au Canada, 2004

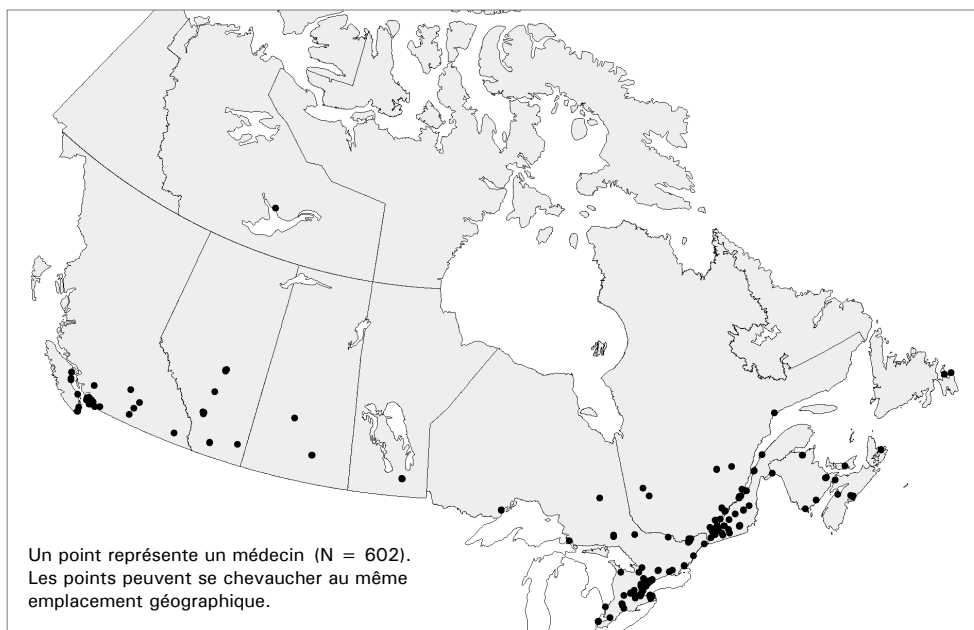


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.16. Répartition des oto-rhino-laryngologistes au Canada, 2004

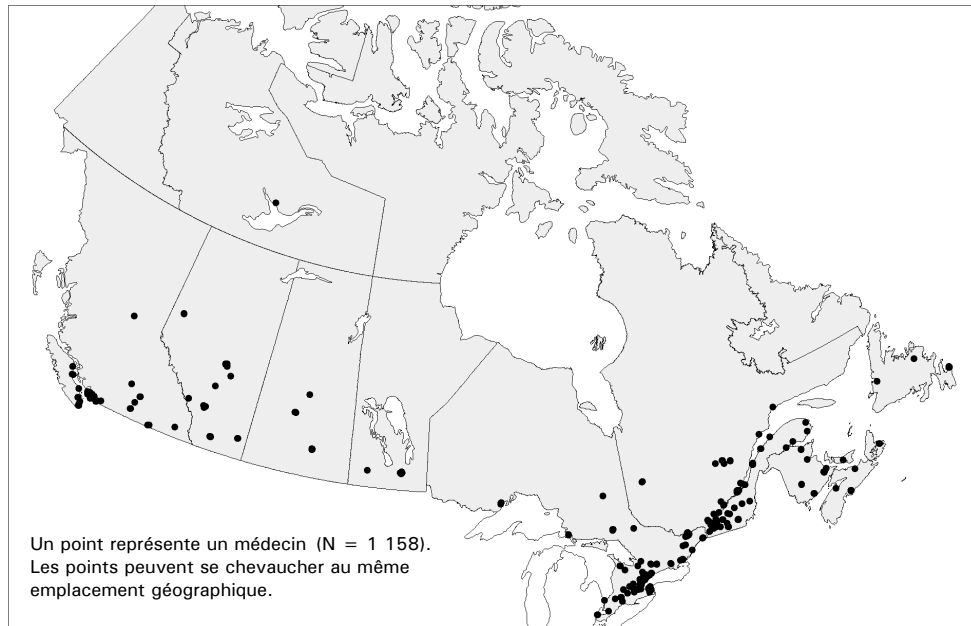


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.17. Répartition des chirurgiens orthopédistes au Canada, 2004

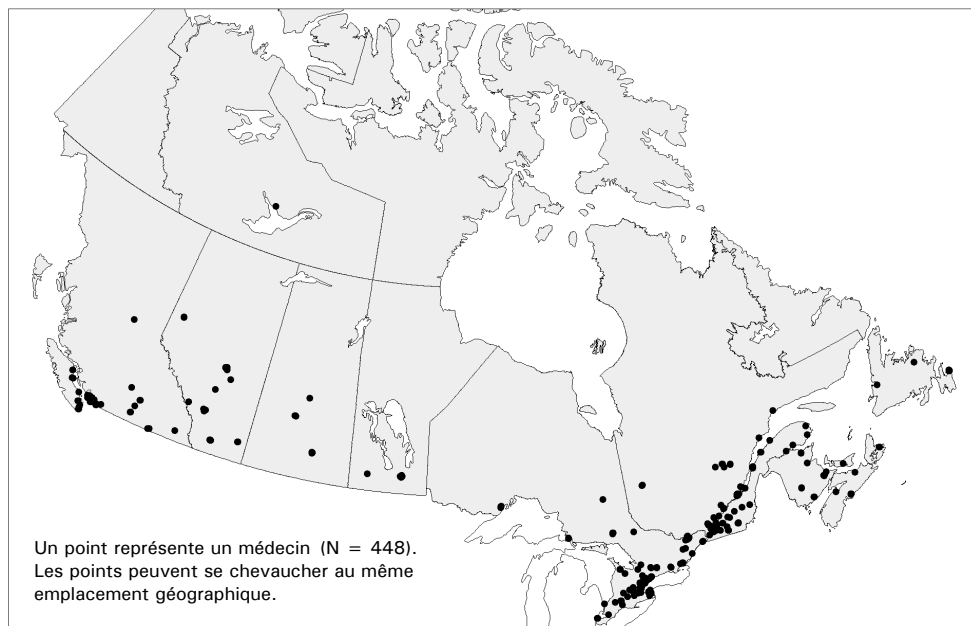


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.18. Répartition des chirurgiens plasticiens au Canada, 2004

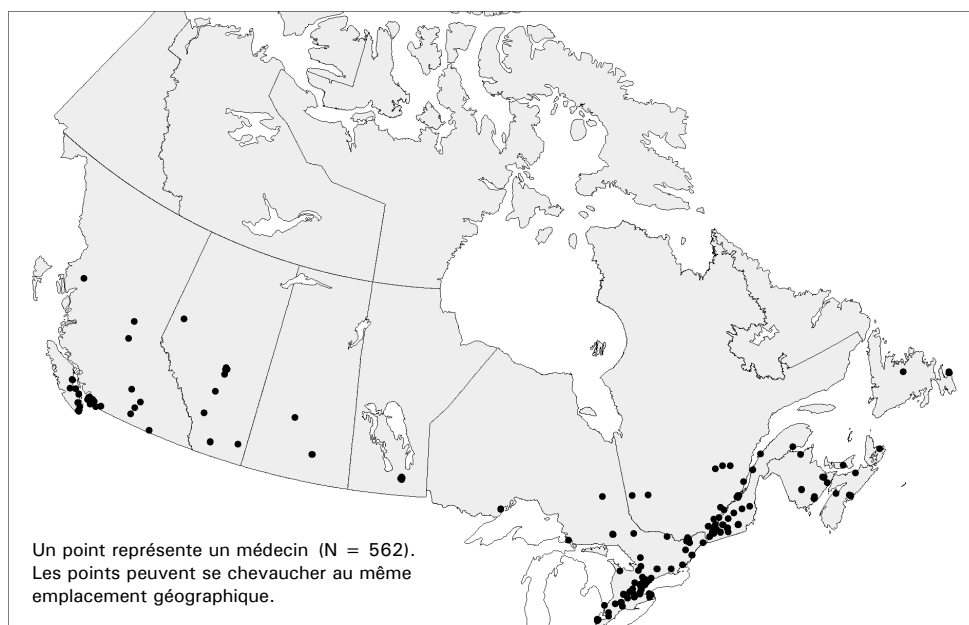


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.19. Répartition des urologues au Canada, 2004

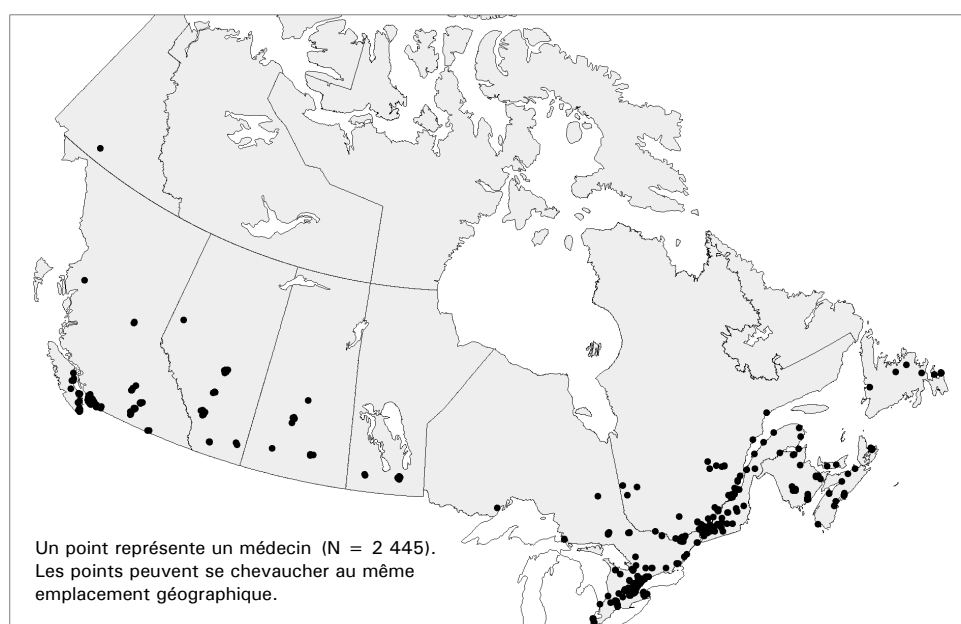


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.20. Répartition des anesthésistes au Canada, 2004

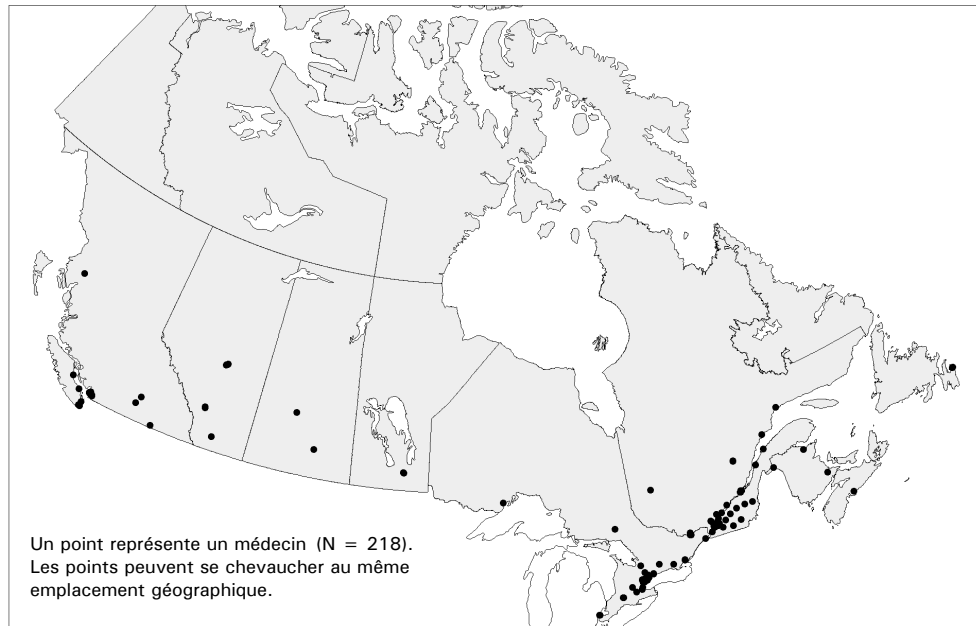


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.21. Répartition des médecins spécialistes en médecine nucléaire au Canada, 2004

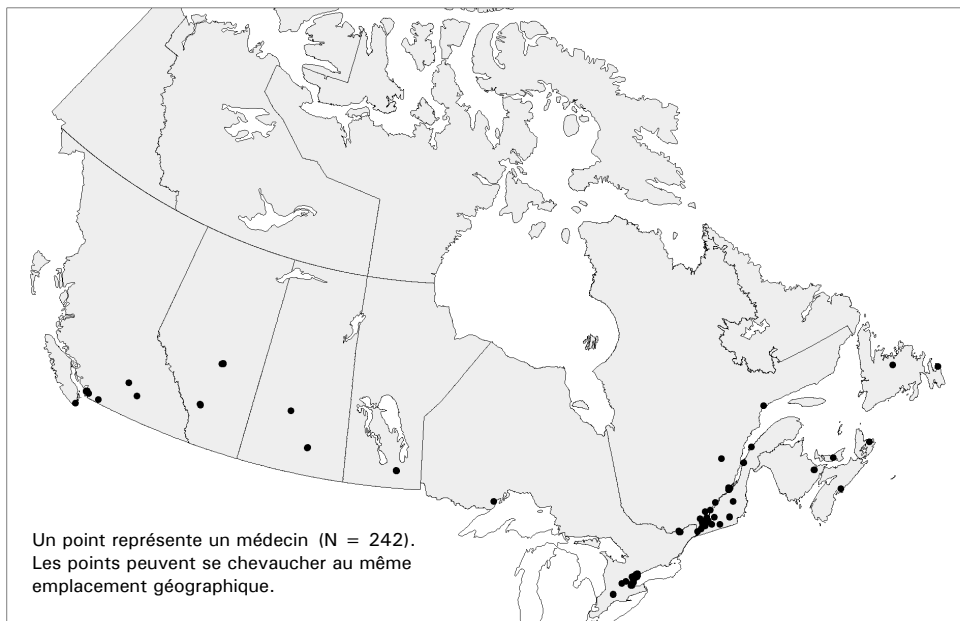


Remarque :

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.22. Répartition des médecins microbiologistes au Canada, 2004

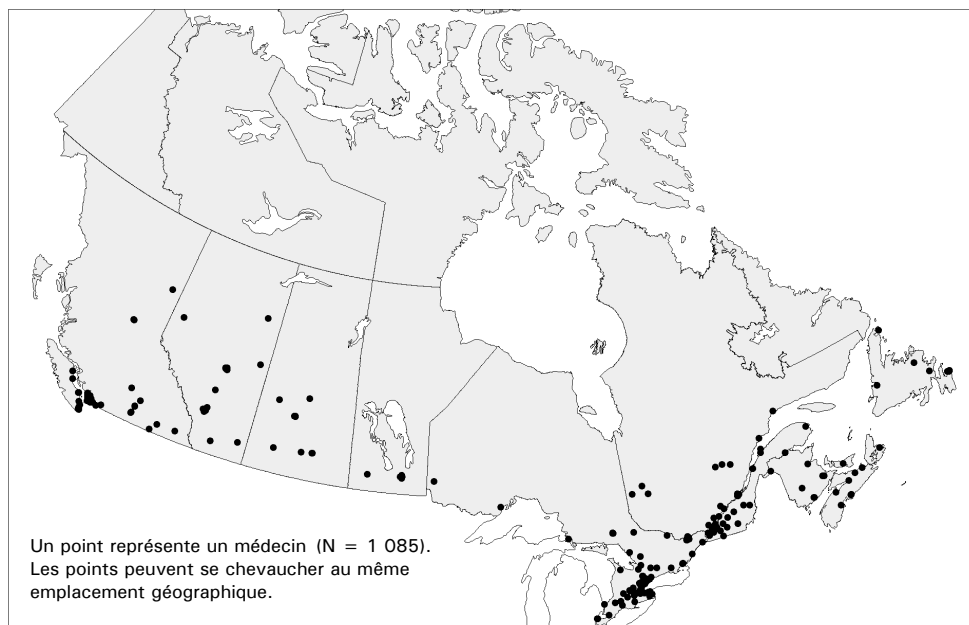


Remarque :

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.23. Répartition des pathologistes au Canada, 2004

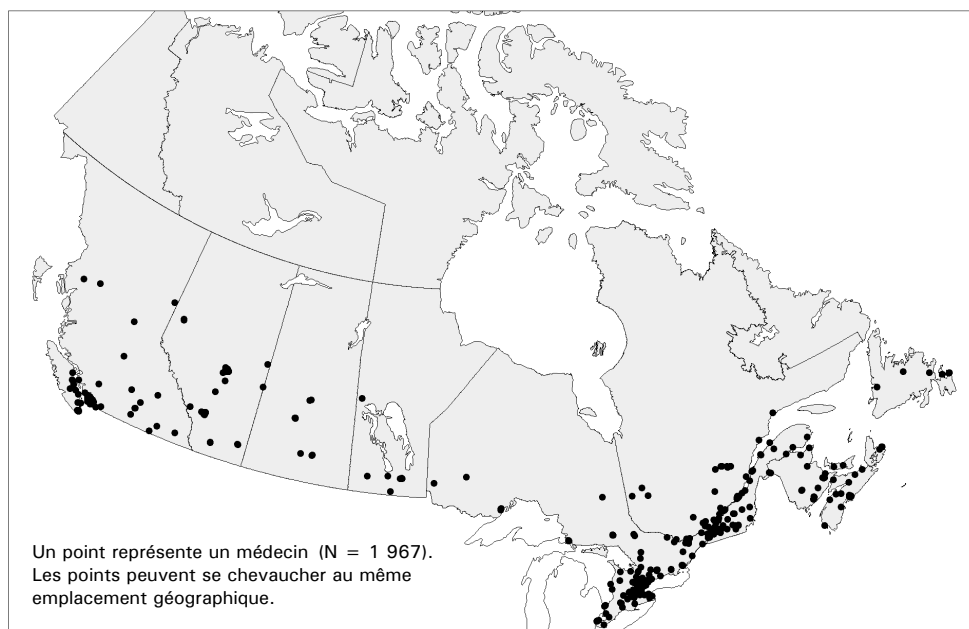


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.24. Répartition des médecins spécialistes en radiologie diagnostique au Canada, 2004

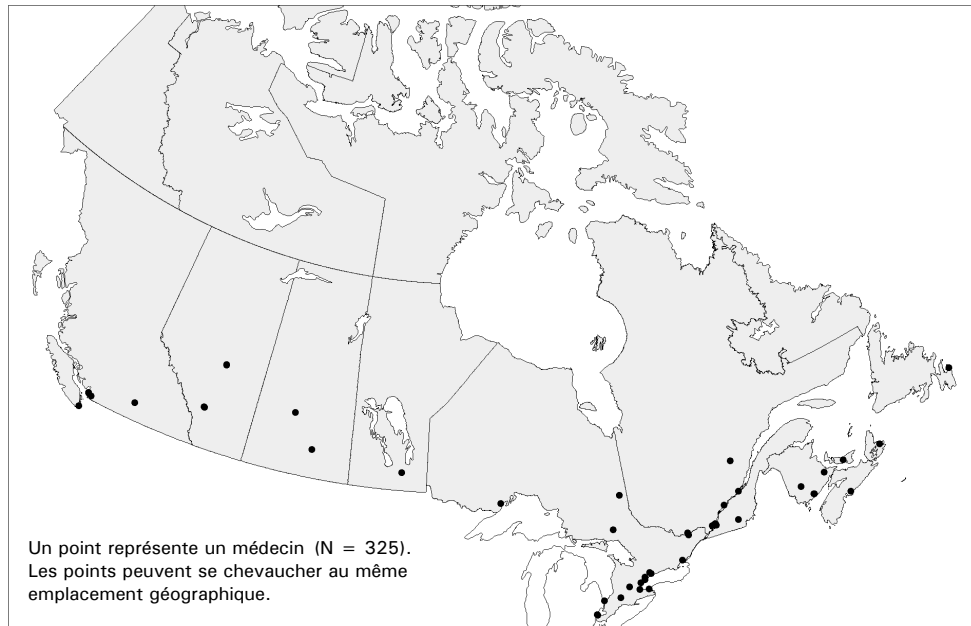


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.25. Répartition des radio-oncologues au Canada, 2004

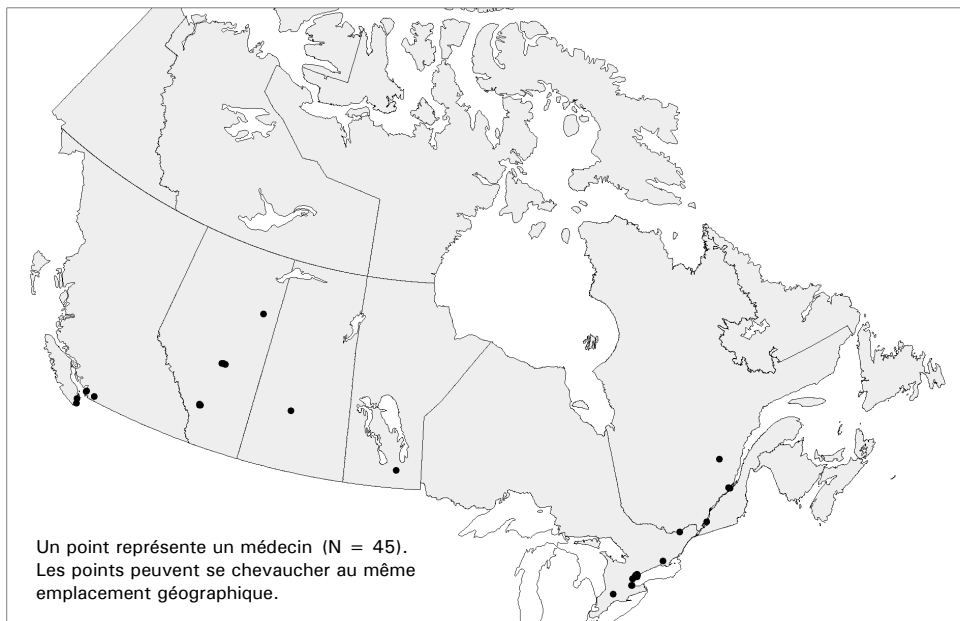


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.26. Répartition des médecins spécialistes en médecine du travail au Canada, 2004



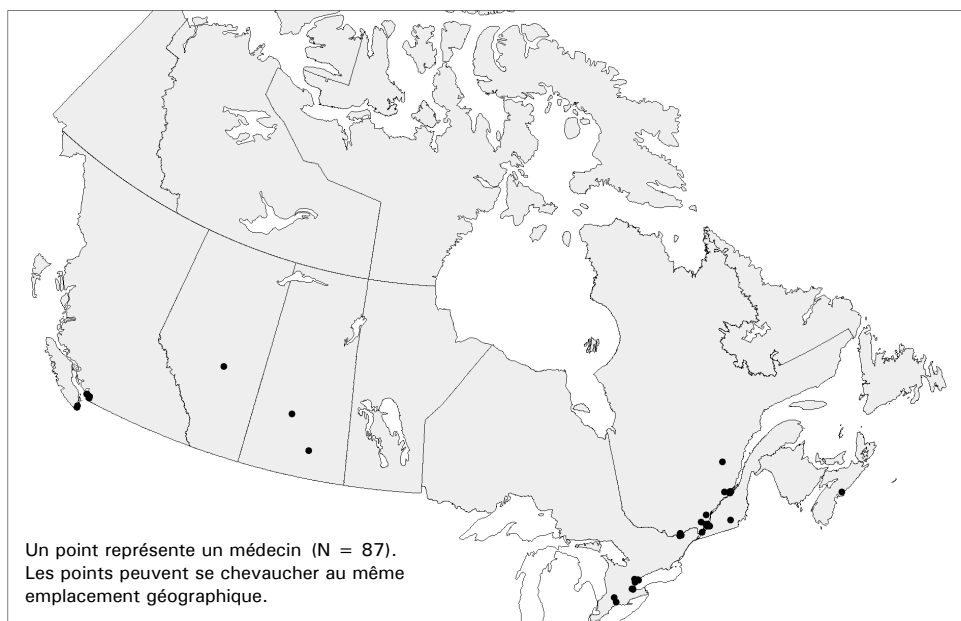
**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.



Figure F.27. Répartition des biochimistes médicaux au Canada, 2004

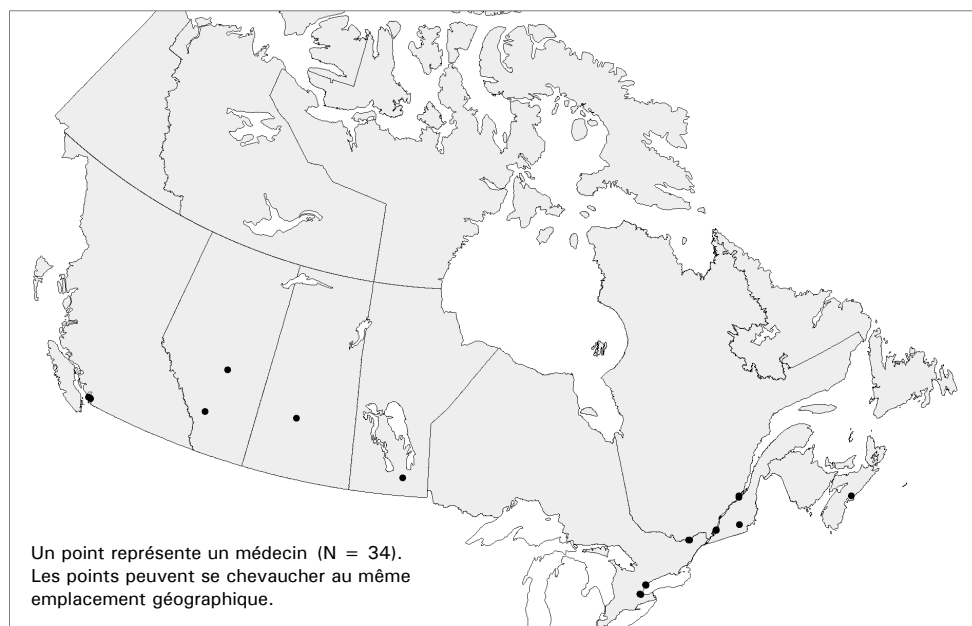


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.28. Répartition des scientifiques médicaux au Canada, 2004

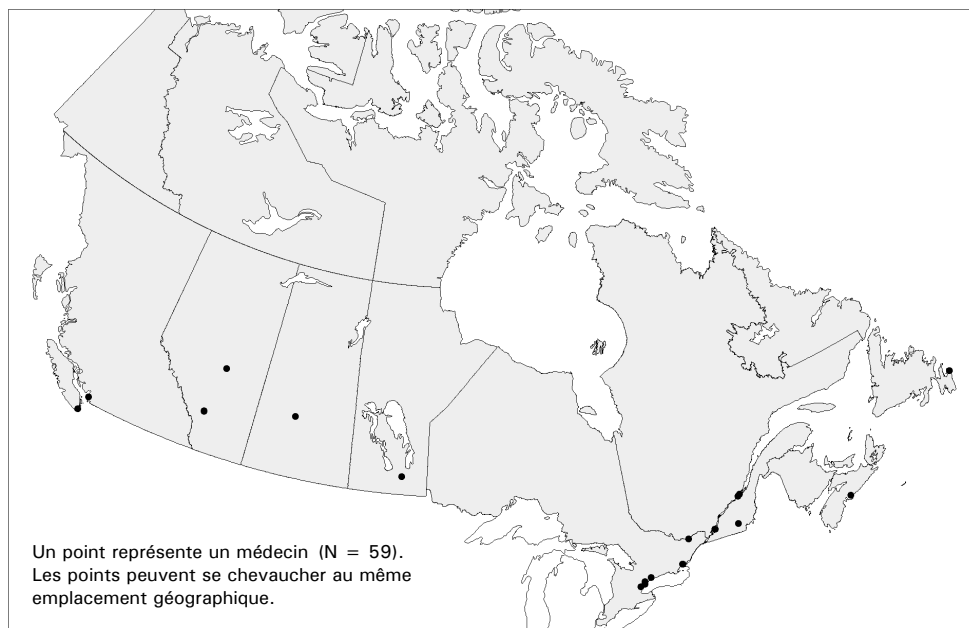


**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Figure F.29. Répartition des généticiens au Canada, 2004



**Remarque :**

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

## **Annexe G**

### **Tableaux de données**



Tableau G.1. Nombre d'hommes médecins de famille, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn <sup>a</sup>	T.N.-O. <sup>a</sup>	Nun. <sup>a</sup>	Canada
<b>Catégorie urbaine</b>														
1 000 000+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2 153	2 978	s.o.	s.o.	s.o.	1 393	s.o.	s.o.	s.o.	6 524
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	150	230	s.o.	s.o.	s.o.	100	s.o.	s.o.	s.o.	480
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	169	363	s.o.	s.o.	s.o.	141	s.o.	s.o.	s.o.	673
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	233	417	s.o.	s.o.	s.o.	222	s.o.	s.o.	s.o.	872
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	364	393	s.o.	s.o.	s.o.	192	s.o.	s.o.	s.o.	949
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	400	440	s.o.	s.o.	s.o.	210	s.o.	s.o.	s.o.	1 050
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	365	444	s.o.	s.o.	s.o.	242	s.o.	s.o.	s.o.	1 051
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	218	299	s.o.	s.o.	s.o.	150	s.o.	s.o.	s.o.	667
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	254	392	s.o.	s.o.	s.o.	136	s.o.	s.o.	s.o.	782
500 000-999 999	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	562	865	426	s.o.	1 326	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3 179
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	31	72	37	s.o.	208	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	348
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	25	112	54	s.o.	148	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	339
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	88	116	72	s.o.	187	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	463
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	103	126	74	s.o.	220	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	523
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	117	133	59	s.o.	194	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	503
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	112	126	46	s.o.	153	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	437
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	48	102	33	s.o.	105	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	288
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	38	78	51	s.o.	111	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	278
100 000-499 999	136	s.o.	395	184	457	1 583	s.o.	353	s.o.	539	s.o.	s.o.	s.o.	3 647
<35	14	s.o.	34	19	35	121	s.o.	25	s.o.	18	s.o.	s.o.	s.o.	266
35-39	15	s.o.	61	21	38	174	s.o.	50	s.o.	49	s.o.	s.o.	s.o.	408
40-44	17	s.o.	63	31	63	258	s.o.	52	s.o.	78	s.o.	s.o.	s.o.	562
45-49	21	s.o.	60	36	84	235	s.o.	49	s.o.	109	s.o.	s.o.	s.o.	594
50-54	24	s.o.	42	25	97	228	s.o.	44	s.o.	105	s.o.	s.o.	s.o.	565
55-59	19	s.o.	59	26	65	244	s.o.	48	s.o.	85	s.o.	s.o.	s.o.	546
60-64	14	s.o.	37	16	46	148	s.o.	36	s.o.	55	s.o.	s.o.	s.o.	352
65+	12	s.o.	39	10	29	175	s.o.	49	s.o.	40	s.o.	s.o.	s.o.	354
50 000-99 999	s.o.	48	s.o.	49	183	354	s.o.	s.o.	181	324	s.o.	s.o.	s.o.	1 139
<35	s.o.	5	s.o.	5	14	14	s.o.	s.o.	12	27	s.o.	s.o.	s.o.	77
35-39	s.o.	5	s.o.	7	14	36	s.o.	s.o.	25	43	s.o.	s.o.	s.o.	130
40-44	s.o.	6	s.o.	6	29	49	s.o.	s.o.	27	55	s.o.	s.o.	s.o.	172
45-49	s.o.	13	s.o.	8	35	56	s.o.	s.o.	37	47	s.o.	s.o.	s.o.	196
50-54	s.o.	4	s.o.	10	37	49	s.o.	s.o.	29	52	s.o.	s.o.	s.o.	181
55-59	s.o.	6	s.o.	5	25	74	s.o.	s.o.	27	49	s.o.	s.o.	s.o.	186
60-64	s.o.	5	s.o.	4	18	39	s.o.	s.o.	13	31	s.o.	s.o.	s.o.	110
65+	s.o.	4	s.o.	4	11	37	s.o.	s.o.	11	20	s.o.	s.o.	s.o.	87
25 000-49 999	44	s.o.	70	s.o.	360	214	39	77	83	184	s.o.	s.o.	s.o.	1 071
<35	4	s.o.	4	s.o.	36	15	5	7	5	13	s.o.	s.o.	s.o.	89
35-39	4	s.o.	4	s.o.	42	31	2	13	17	20	s.o.	s.o.	s.o.	133
40-44	9	s.o.	16	s.o.	65	24	6	11	10	27	s.o.	s.o.	s.o.	168
45-49	10	s.o.	12	s.o.	62	35	16	11	23	39	s.o.	s.o.	s.o.	208
50-54	6	s.o.	9	s.o.	62	36	2	13	9	36	s.o.	s.o.	s.o.	173
55-59	5	s.o.	11	s.o.	64	36	5	8	7	35	s.o.	s.o.	s.o.	171
60-64	4	s.o.	9	s.o.	17	20	2	9	5	6	s.o.	s.o.	s.o.	72
65+	2	s.o.	5	s.o.	12	17	1	5	7	8	s.o.	s.o.	s.o.	57
10 000-24 999	49	21	s.o.	78	125	145	31	70	50	184	22	10	s.o.	785
<35	1	1	s.o.	8	12	9	4	11	3	19	0	3	s.o.	71
35-39	5	3	s.o.	11	8	20	3	5	4	23	4	1	s.o.	87
40-44	9	0	s.o.	15	19	24	3	15	10	25	2	2	s.o.	124
45-49	10	5	s.o.	15	29	19	10	6	8	33	5	0	s.o.	140
50-54	8	4	s.o.	7	28	25	5	7	12	31	5	1	s.o.	133
55-59	10	4	s.o.	7	14	24	2	8	6	28	3	1	s.o.	107
60-64	2	1	s.o.	6	8	14	2	7	2	14	1	1	s.o.	58
65+	4	3	s.o.	9	7	10	2	11	5	11	2	1	s.o.	65

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau G.1. Nombre d'hommes médecins de famille, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn <sup>a</sup>	T.N.-O. <sup>a</sup>	Nun. <sup>a</sup>	Canada
<b>Catégorie rurale</b>														
ZIM forte	2	8	13	8	130	232	20	6	48	26	s.o.	s.o.	s.o.	493
<35	0	0	1	1	6	13	2	0	5	0	s.o.	s.o.	s.o.	28
35-39	0	1	0	1	7	12	2	0	7	2	s.o.	s.o.	s.o.	32
40-44	0	0	3	0	14	35	3	1	6	6	s.o.	s.o.	s.o.	68
45-49	1	3	3	0	23	33	5	1	11	3	s.o.	s.o.	s.o.	83
50-54	0	1	4	2	39	45	4	1	5	5	s.o.	s.o.	s.o.	106
55-59	1	1	1	1	20	46	1	2	7	5	s.o.	s.o.	s.o.	85
60-64	0	1	1	2	11	25	1	0	5	3	s.o.	s.o.	s.o.	49
65+	0	1	0	1	10	23	2	1	2	2	s.o.	s.o.	s.o.	42
ZIM modérée	51	11	55	58	414	252	74	30	105	115	s.o.	s.o.	s.o.	1 165
<35	7	2	1	7	24	19	9	2	8	8	s.o.	s.o.	s.o.	87
35-39	3	3	7	6	34	22	8	3	15	7	s.o.	s.o.	s.o.	108
40-44	6	1	6	7	47	33	7	6	12	16	s.o.	s.o.	s.o.	141
45-49	9	1	12	10	71	46	23	3	18	19	s.o.	s.o.	s.o.	212
50-54	5	2	10	7	105	34	12	6	16	16	s.o.	s.o.	s.o.	213
55-59	11	0	12	8	67	49	7	2	13	24	s.o.	s.o.	s.o.	193
60-64	7	0	3	6	27	25	2	4	10	14	s.o.	s.o.	s.o.	98
65+	3	2	4	7	39	24	6	4	13	11	s.o.	s.o.	s.o.	113
ZIM faible	122	8	133	95	228	233	124	127	282	218	s.o.	s.o.	s.o.	1 570
<35	17	1	9	5	18	28	12	15	37	23	s.o.	s.o.	s.o.	165
35-39	20	2	13	7	30	20	10	24	38	34	s.o.	s.o.	s.o.	198
40-44	22	0	20	13	39	39	18	22	31	33	s.o.	s.o.	s.o.	237
45-49	23	2	27	16	36	42	39	11	58	35	s.o.	s.o.	s.o.	289
50-54	14	1	20	11	40	34	14	9	41	40	s.o.	s.o.	s.o.	224
55-59	11	0	25	19	29	31	11	20	45	27	s.o.	s.o.	s.o.	218
60-64	10	0	12	16	21	24	11	11	14	16	s.o.	s.o.	s.o.	135
65+	5	2	7	8	15	15	9	15	18	10	s.o.	s.o.	s.o.	104
Aucune ZIM	4	s.o.	1	5	36	3	16	22	4	20	s.o.	s.o.	s.o.	111
<35	0	s.o.	0	0	8	0	4	1	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	14
35-39	1	s.o.	0	1	5	1	0	5	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	14
40-44	1	s.o.	0	2	4	1	2	0	2	8	s.o.	s.o.	s.o.	20
45-49	1	s.o.	1	0	4	1	7	3	1	2	s.o.	s.o.	s.o.	20
50-54	1	s.o.	0	0	6	0	1	4	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	14
55-59	0	s.o.	0	0	5	0	1	3	1	3	s.o.	s.o.	s.o.	13
60-64	0	s.o.	0	2	3	0	0	1	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	7
65+	0	s.o.	0	0	1	0	1	5	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	9
Territoires	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	7	8	3	18
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	3	0	4
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	2	0	3
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2	0	1	3
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	0	0	1
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	2	1	3
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	0	1	2
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	1	0	2
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

**Tableau G.1. Nombre d'hommes médecins de famille, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn <sup>a</sup>	T.N.-O. <sup>a</sup>	Nun. <sup>a</sup>	Canada
<b>Total catégorie rurale</b>	179	27	202	166	808	720	234	185	439	379	7	8	3	3 357
< 35	24	3	11	13	56	60	27	18	50	32	1	3	0	298
35-39	24	6	20	15	76	55	20	32	60	44	1	2	0	355
40-44	29	1	29	22	104	108	30	29	51	63	2	0	1	469
45-49	34	6	43	26	134	122	74	18	88	59	1	0	0	605
50-54	20	4	34	20	190	113	31	20	62	63	0	2	1	560
55-59	23	1	38	28	121	126	20	27	66	59	1	0	1	511
60-64	17	1	16	26	62	74	14	16	29	34	1	1	0	291
65 +	8	5	11	16	65	62	18	25	33	25	0	0	0	268
<b>Total catégorie urbaine</b>	229	69	465	311	3 840	6 139	496	500	1 640	2 624	22	10	s.o.	16 345
< 35	19	6	38	32	278	461	46	43	228	177	0	3	s.o.	1 331
35-39	24	8	65	39	296	736	59	68	194	276	4	1	s.o.	1 770
40-44	35	6	79	52	497	888	81	78	234	407	2	2	s.o.	2 361
45-49	41	18	72	59	677	864	100	66	288	420	5	0	s.o.	2 610
50-54	38	8	51	42	741	911	66	64	244	434	5	1	s.o.	2 605
55-59	34	10	70	38	645	948	53	64	193	439	3	1	s.o.	2 498
60-64	20	6	46	26	355	622	37	52	125	256	1	1	s.o.	1 547
65 +	18	7	44	23	351	709	54	65	134	215	2	1	s.o.	1 623
<b>Total</b>	408	96	667	477	4 648	6 859	730	685	2 079	3 003	29	18	3	19 702
< 35	43	9	49	45	334	521	73	61	278	209	1	6	0	1 629
35-39	48	14	85	54	372	791	79	100	254	320	5	3	0	2 125
40-44	64	7	108	74	601	996	111	107	285	470	4	2	1	2 830
45-49	75	24	115	85	811	986	174	84	376	479	6	0	0	3 215
50-54	58	12	85	62	931	1 024	97	84	306	497	5	3	1	3 165
55-59	57	11	108	66	766	1 074	73	91	259	498	4	1	1	3 009
60-64	37	7	62	52	417	696	51	68	154	290	2	2	0	1 838
65 +	26	12	55	39	416	771	72	90	167	240	2	1	0	1 891

**Remarques :**

\* Voir la section 2.5 pour plus de détails.

s.o. : sans objet

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Tableau G.2. Nombre de femmes médecins de famille, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Catégorie urbaine</b>														
1 000 000+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1 679	1 649	s.o.	s.o.	s.o.	853	s.o.	s.o.	s.o.	4 181
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	347	256	s.o.	s.o.	s.o.	118	s.o.	s.o.	s.o.	721
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	241	251	s.o.	s.o.	s.o.	134	s.o.	s.o.	s.o.	626
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	362	265	s.o.	s.o.	s.o.	185	s.o.	s.o.	s.o.	812
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	297	319	s.o.	s.o.	s.o.	178	s.o.	s.o.	s.o.	794
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	233	241	s.o.	s.o.	s.o.	113	s.o.	s.o.	s.o.	587
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	118	145	s.o.	s.o.	s.o.	81	s.o.	s.o.	s.o.	344
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	39	107	s.o.	s.o.	s.o.	32	s.o.	s.o.	s.o.	178
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	42	65	s.o.	s.o.	s.o.	12	s.o.	s.o.	s.o.	119
500 000-999 999	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	466	745	220	s.o.	876	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2 307
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	63	109	22	s.o.	189	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	383
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	61	116	52	s.o.	158	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	387
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	127	144	24	s.o.	140	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	435
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	96	160	42	s.o.	160	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	458
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	82	116	46	s.o.	119	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	363
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	23	57	15	s.o.	69	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	164
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	6	28	12	s.o.	25	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	71
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	8	15	7	s.o.	16	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	46
100 000-499 999	91	s.o.	249	113	355	819	s.o.	170	s.o.	249	s.o.	s.o.	s.o.	2 046
<35	18	s.o.	33	30	82	144	s.o.	29	s.o.	33	s.o.	s.o.	s.o.	369
35-39	11	s.o.	40	18	64	140	s.o.	27	s.o.	38	s.o.	s.o.	s.o.	338
40-44	15	s.o.	56	26	89	165	s.o.	26	s.o.	54	s.o.	s.o.	s.o.	431
45-49	26	s.o.	54	16	64	161	s.o.	32	s.o.	46	s.o.	s.o.	s.o.	399
50-54	12	s.o.	32	11	37	113	s.o.	31	s.o.	45	s.o.	s.o.	s.o.	281
55-59	7	s.o.	26	6	15	50	s.o.	14	s.o.	14	s.o.	s.o.	s.o.	132
60-64	2	s.o.	4	4	3	24	s.o.	7	s.o.	16	s.o.	s.o.	s.o.	60
65+	0	s.o.	4	2	1	22	s.o.	4	s.o.	3	s.o.	s.o.	s.o.	36
50 000-99 999	s.o.	24	s.o.	38	125	117	s.o.	s.o.	54	111	s.o.	s.o.	s.o.	469
<35	s.o.	3	s.o.	5	30	14	s.o.	s.o.	8	18	s.o.	s.o.	s.o.	78
35-39	s.o.	7	s.o.	6	23	26	s.o.	s.o.	10	10	s.o.	s.o.	s.o.	82
40-44	s.o.	1	s.o.	10	32	24	s.o.	s.o.	11	26	s.o.	s.o.	s.o.	104
45-49	s.o.	5	s.o.	7	20	22	s.o.	s.o.	11	23	s.o.	s.o.	s.o.	88
50-54	s.o.	3	s.o.	7	18	15	s.o.	s.o.	8	16	s.o.	s.o.	s.o.	67
55-59	s.o.	3	s.o.	3	1	7	s.o.	s.o.	4	9	s.o.	s.o.	s.o.	27
60-64	s.o.	1	s.o.	0	0	7	s.o.	s.o.	1	7	s.o.	s.o.	s.o.	16
65+	s.o.	1	s.o.	0	1	2	s.o.	s.o.	1	2	s.o.	s.o.	s.o.	7
25 000-49 999	9	s.o.	42	s.o.	254	87	19	20	29	75	s.o.	s.o.	s.o.	535
<35	3	s.o.	5	s.o.	63	21	2	5	4	6	s.o.	s.o.	s.o.	109
35-39	0	s.o.	10	s.o.	57	11	1	0	2	15	s.o.	s.o.	s.o.	96
40-44	1	s.o.	9	s.o.	48	22	1	5	11	23	s.o.	s.o.	s.o.	120
45-49	3	s.o.	8	s.o.	43	13	11	4	6	13	s.o.	s.o.	s.o.	101
50-54	1	s.o.	7	s.o.	31	9	2	2	2	10	s.o.	s.o.	s.o.	64
55-59	1	s.o.	2	s.o.	11	6	2	1	1	6	s.o.	s.o.	s.o.	30
60-64	0	s.o.	1	s.o.	1	1	0	2	3	1	s.o.	s.o.	s.o.	9
65+	0	s.o.	0	s.o.	0	4	0	1	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	6
10 000-24 999	22	5	s.o.	37	87	57	8	18	13	48	20	15	s.o.	330
<35	8	2	s.o.	15	24	11	1	5	1	5	1	5	s.o.	78
35-39	5	1	s.o.	7	18	10	0	1	4	14	0	4	s.o.	64
40-44	3	0	s.o.	4	16	11	1	5	3	12	5	2	s.o.	62
45-49	1	0	s.o.	4	17	10	6	1	2	7	7	1	s.o.	56
50-54	4	2	s.o.	4	7	7	0	2	1	6	3	2	s.o.	38
55-59	1	0	s.o.	0	3	3	0	2	0	3	3	1	s.o.	16
60-64	0	0	s.o.	2	1	3	0	0	1	1	1	0	s.o.	9
65+	0	0	s.o.	1	1	2	0	2	1	0	0	0	s.o.	7

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)



Tableau G.2. Nombre de femmes médecins de famille, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Catégorie rurale</b>														
ZIM forte	0	4	6	4	63	108	10	5	10	17	s.o.	s.o.	s.o.	227
< 35	0	0	0	2	9	20	6	3	2	3	s.o.	s.o.	s.o.	45
35-39	0	1	2	0	14	16	2	0	2	2	s.o.	s.o.	s.o.	39
40-44	0	1	1	2	11	30	0	0	3	6	s.o.	s.o.	s.o.	54
45-49	0	1	1	0	17	13	2	0	0	3	s.o.	s.o.	s.o.	37
50-54	0	0	2	0	8	16	0	1	1	1	s.o.	s.o.	s.o.	29
55-59	0	0	0	0	2	9	0	0	2	1	s.o.	s.o.	s.o.	14
60-64	0	1	0	0	2	3	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	7
65 +	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	2
ZIM modérée	16	2	27	37	284	98	29	6	20	49	s.o.	s.o.	s.o.	568
< 35	4	1	2	9	53	16	5	1	6	12	s.o.	s.o.	s.o.	109
35-39	3	0	7	6	68	26	5	0	5	11	s.o.	s.o.	s.o.	131
40-44	3	0	3	10	58	20	5	2	2	9	s.o.	s.o.	s.o.	112
45-49	3	1	6	8	60	14	11	0	7	9	s.o.	s.o.	s.o.	119
50-54	2	0	6	3	35	10	0	2	0	7	s.o.	s.o.	s.o.	65
55-59	1	0	2	0	9	6	2	1	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	22
60-64	0	0	1	1	0	3	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
65 +	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
ZIM faible	37	0	70	37	159	116	42	37	93	115	s.o.	s.o.	s.o.	706
< 35	7	0	10	6	52	33	10	14	26	22	s.o.	s.o.	s.o.	180
35-39	4	0	11	10	35	23	7	8	17	28	s.o.	s.o.	s.o.	143
40-44	6	0	13	9	31	29	2	5	14	25	s.o.	s.o.	s.o.	134
45-49	12	0	17	6	20	13	19	2	17	18	s.o.	s.o.	s.o.	124
50-54	4	0	7	3	14	8	3	4	13	9	s.o.	s.o.	s.o.	65
55-59	2	0	6	2	3	8	0	2	3	11	s.o.	s.o.	s.o.	37
60-64	2	0	2	1	4	0	1	2	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	13
65 +	0	0	4	0	0	2	0	0	3	1	s.o.	s.o.	s.o.	10
Aucune ZIM	0	s.o.	0	3	27	1	2	7	2	5	s.o.	s.o.	s.o.	47
< 35	0	s.o.	0	0	5	0	0	1	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	7
35-39	0	s.o.	0	0	12	1	0	3	1	1	s.o.	s.o.	s.o.	18
40-44	0	s.o.	0	1	6	0	1	0	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	10
45-49	0	s.o.	0	0	3	0	1	2	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	7
50-54	0	s.o.	0	2	0	0	0	1	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
55-59	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	1	0	s.o.	s.o.	s.o.	1
60-64	0	s.o.	0	0	1	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	1
65 +	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	0
Territoires	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3	2	4	9
< 35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1	0	1	2
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	1	1
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2	1	1	4
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	1	0	1
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
65 +	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	1	1

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

**Tableau G.2. Nombre de femmes médecins de famille, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Total catégorie rurale</b>	53	6	103	81	533	323	83	55	125	186	3	2	4	1 557
< 35	11	1	12	17	119	69	21	19	34	38	1	0	1	343
35-39	7	1	20	16	129	66	14	11	25	42	0	0	1	332
40-44	9	1	17	22	106	79	8	7	19	42	2	1	1	314
45-49	15	2	24	14	100	40	33	4	24	31	0	0	0	287
50-54	6	0	15	8	57	34	3	8	14	17	0	0	0	162
55-59	3	0	8	2	14	23	2	3	6	13	0	1	0	75
60-64	2	1	3	2	7	6	1	2	0	2	0	0	0	26
65+	0	0	4	0	1	6	1	1	3	1	0	0	1	18
<b>Total catégorie urbaine</b>	122	29	291	188	2 966	3 474	247	208	972	1 336	20	15	s.o.	9 868
< 35	29	5	38	50	609	555	25	39	202	180	1	5	s.o.	1 738
35-39	16	8	50	31	464	554	53	28	174	211	0	4	s.o.	1 593
40-44	19	1	65	40	674	631	26	36	165	300	5	2	s.o.	1 964
45-49	30	5	62	27	537	685	59	37	179	267	7	1	s.o.	1 896
50-54	17	5	39	22	408	501	48	35	130	190	3	2	s.o.	1 400
55-59	9	3	28	9	171	268	17	17	74	113	3	1	s.o.	713
60-64	2	1	5	6	50	170	12	9	30	57	1	0	s.o.	343
65+	0	1	4	3	53	110	7	7	18	18	0	0	s.o.	221
<b>Total</b>	175	35	394	269	3 499	3 797	330	263	1 097	1 522	23	17	4	11 425
< 35	40	6	50	67	728	624	46	58	236	218	2	5	1	2 081
35-39	23	9	70	47	593	620	67	39	199	253	0	4	1	1 925
40-44	28	2	82	62	780	710	34	43	184	342	7	3	1	2 278
45-49	45	7	86	41	637	725	92	41	203	298	7	1	0	2 183
50-54	23	5	54	30	465	535	51	43	144	207	3	2	0	1 562
55-59	12	3	36	11	185	291	19	20	80	126	3	2	0	788
60-64	4	2	8	8	57	176	13	11	30	59	1	0	0	369
65+	0	1	8	3	54	116	8	8	21	19	0	0	1	239

**Remarques :**

\* Voir la section 2.5 pour plus de détails.

s.o. : sans objet

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Tableau G.3. Nombre d'hommes médecins spécialistes, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Catégorie urbaine</b>														
1 000 000+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3 247	3 926	s.o.	s.o.	s.o.	1 785	s.o.	s.o.	s.o.	8 958
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	212	343	s.o.	s.o.	s.o.	97	s.o.	s.o.	s.o.	652
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	270	433	s.o.	s.o.	s.o.	180	s.o.	s.o.	s.o.	883
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	362	442	s.o.	s.o.	s.o.	202	s.o.	s.o.	s.o.	1 006
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	461	593	s.o.	s.o.	s.o.	270	s.o.	s.o.	s.o.	1 324
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	399	572	s.o.	s.o.	s.o.	296	s.o.	s.o.	s.o.	1 267
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	434	495	s.o.	s.o.	s.o.	282	s.o.	s.o.	s.o.	1 211
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	426	390	s.o.	s.o.	s.o.	221	s.o.	s.o.	s.o.	1 037
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	683	658	s.o.	s.o.	s.o.	237	s.o.	s.o.	s.o.	1 578
500 000-999 999	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	930	1 581	663	s.o.	1 812	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	4 986
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	59	116	63	s.o.	212	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	450
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	65	169	65	s.o.	240	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	539
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	109	187	83	s.o.	223	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	602
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	151	247	118	s.o.	315	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	831
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	115	256	93	s.o.	303	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	767
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	136	226	97	s.o.	218	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	677
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	146	185	62	s.o.	142	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	535
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	149	195	82	s.o.	159	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	585
100 000-499 999	205	s.o.	538	238	561	2 093	s.o.	391	s.o.	528	s.o.	s.o.	s.o.	4 554
<35	15	s.o.	33	26	45	137	s.o.	31	s.o.	12	s.o.	s.o.	s.o.	299
35-39	24	s.o.	59	40	69	238	s.o.	46	s.o.	52	s.o.	s.o.	s.o.	528
40-44	31	s.o.	77	31	75	261	s.o.	53	s.o.	58	s.o.	s.o.	s.o.	586
45-49	34	s.o.	93	32	89	339	s.o.	63	s.o.	97	s.o.	s.o.	s.o.	747
50-54	26	s.o.	87	30	68	354	s.o.	60	s.o.	84	s.o.	s.o.	s.o.	709
55-59	27	s.o.	68	19	90	265	s.o.	49	s.o.	86	s.o.	s.o.	s.o.	604
60-64	17	s.o.	67	35	52	210	s.o.	36	s.o.	65	s.o.	s.o.	s.o.	482
65+	31	s.o.	54	25	73	289	s.o.	53	s.o.	74	s.o.	s.o.	s.o.	599
50 000-99 999	s.o.	52	s.o.	67	148	353	s.o.	s.o.	161	271	s.o.	s.o.	s.o.	1 052
<35	s.o.	1	s.o.	3	12	15	s.o.	s.o.	7	8	s.o.	s.o.	s.o.	46
35-39	s.o.	5	s.o.	4	31	32	s.o.	s.o.	17	36	s.o.	s.o.	s.o.	125
40-44	s.o.	5	s.o.	12	19	47	s.o.	s.o.	23	39	s.o.	s.o.	s.o.	145
45-49	s.o.	14	s.o.	8	13	48	s.o.	s.o.	31	52	s.o.	s.o.	s.o.	166
50-54	s.o.	7	s.o.	10	10	54	s.o.	s.o.	25	50	s.o.	s.o.	s.o.	156
55-59	s.o.	7	s.o.	11	19	48	s.o.	s.o.	33	38	s.o.	s.o.	s.o.	156
60-64	s.o.	8	s.o.	10	22	39	s.o.	s.o.	14	25	s.o.	s.o.	s.o.	118
65+	s.o.	5	s.o.	9	22	70	s.o.	s.o.	11	23	s.o.	s.o.	s.o.	140
25 000-49 999	15	s.o.	78	s.o.	413	196	41	27	39	132	s.o.	s.o.	s.o.	941
<35	0	s.o.	7	s.o.	43	14	3	2	3	6	s.o.	s.o.	s.o.	78
35-39	2	s.o.	6	s.o.	54	18	3	5	4	13	s.o.	s.o.	s.o.	105
40-44	4	s.o.	11	s.o.	58	25	3	6	6	16	s.o.	s.o.	s.o.	129
45-49	3	s.o.	15	s.o.	54	29	10	3	7	21	s.o.	s.o.	s.o.	142
50-54	1	s.o.	16	s.o.	51	37	6	3	9	24	s.o.	s.o.	s.o.	147
55-59	2	s.o.	9	s.o.	68	26	8	1	4	17	s.o.	s.o.	s.o.	135
60-64	3	s.o.	6	s.o.	46	29	4	3	2	16	s.o.	s.o.	s.o.	109
65+	0	s.o.	8	s.o.	39	18	4	4	4	19	s.o.	s.o.	s.o.	96
10 000-24 999	26	12	s.o.	51	87	50	4	19	11	46	5	11	s.o.	322
<35	2	0	s.o.	3	11	2	0	0	0	0	0	0	s.o.	18
35-39	3	1	s.o.	10	16	5	0	0	1	3	0	1	s.o.	40
40-44	4	2	s.o.	9	14	1	1	6	2	7	0	5	s.o.	51
45-49	5	3	s.o.	11	12	8	1	3	1	4	0	0	s.o.	48
50-54	3	2	s.o.	2	8	9	1	2	1	12	1	4	s.o.	45
55-59	2	1	s.o.	3	9	8	1	1	2	4	3	0	s.o.	34
60-64	3	0	s.o.	8	7	9	0	4	1	5	1	1	s.o.	39
65+	4	3	s.o.	5	10	8	0	3	3	11	0	0	s.o.	47

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

**Tableau G.3. Nombre d'hommes médecins spécialistes, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn <sup>a</sup>	T.N.-O. <sup>a</sup>	Nun. <sup>a</sup>	Canada
<b>Catégorie rurale</b>														
ZIM forte	0	0	0	2	31	29	1	0	7	4	s.o.	s.o.	s.o.	74
<35	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	1
35-39	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	2
40-44	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
45-49	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	4
50-54	0	0	0	0	2	3	0	0	3	0	s.o.	s.o.	s.o.	8
55-59	0	0	0	1	3	5	0	0	2	0	s.o.	s.o.	s.o.	11
60-64	0	0	0	0	7	4	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	12
65+	0	0	0	1	18	9	0	0	1	2	s.o.	s.o.	s.o.	31
ZIM modérée	0	0	10	6	64	35	13	0	2	15	s.o.	s.o.	s.o.	145
<35	0	0	0	0	4	1	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	6
35-39	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
40-44	0	0	0	0	5	3	5	0	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	15
45-49	0	0	2	1	3	4	2	0	1	3	s.o.	s.o.	s.o.	16
50-54	0	0	3	0	4	4	3	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	15
55-59	0	0	2	3	13	3	0	0	1	2	s.o.	s.o.	s.o.	24
60-64	0	0	0	2	9	6	1	0	0	3	s.o.	s.o.	s.o.	21
65+	0	0	3	0	23	13	1	0	0	3	s.o.	s.o.	s.o.	43
ZIM faible	19	0	60	23	73	58	13	3	20	42	s.o.	s.o.	s.o.	311
<35	1	0	4	2	8	2	1	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	19
35-39	1	0	6	3	8	6	2	1	2	4	s.o.	s.o.	s.o.	33
40-44	3	0	5	3	11	6	1	0	4	4	s.o.	s.o.	s.o.	37
45-49	3	0	9	5	9	6	0	0	2	12	s.o.	s.o.	s.o.	46
50-54	3	0	14	3	3	10	2	2	4	9	s.o.	s.o.	s.o.	50
55-59	3	0	6	0	5	9	3	0	1	6	s.o.	s.o.	s.o.	33
60-64	1	0	6	4	9	5	1	0	4	2	s.o.	s.o.	s.o.	32
65+	4	0	10	3	20	14	3	0	3	4	s.o.	s.o.	s.o.	61
Aucune ZIM	0	s.o.	1	0	23	0	1	1	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	26
<35	0	s.o.	0	0	4	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	4
35-39	0	s.o.	0	0	5	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
40-44	0	s.o.	0	0	2	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	2
45-49	0	s.o.	0	0	3	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
50-54	0	s.o.	0	0	3	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
55-59	0	s.o.	0	0	3	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
60-64	0	s.o.	1	0	1	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	2
65+	0	s.o.	0	0	2	0	1	1	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	4
Territoires	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
<35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

**Tableau G.3. Nombre d'hommes médecins spécialistes, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Total catégorie rurale</b>	19	0	71	31	191	122	28	4	29	61	0	0	0	556
<35	1	0	4	2	16	4	1	0	0	2	0	0	0	30
35-39	1	0	6	3	16	8	4	1	2	4	0	0	0	45
40-44	3	0	5	3	19	12	6	0	5	6	0	0	0	59
45-49	3	0	11	6	15	13	2	0	3	16	0	0	0	69
50-54	3	0	17	3	12	17	5	2	7	10	0	0	0	76
55-59	3	0	8	4	24	17	3	0	4	8	0	0	0	71
60-64	1	0	7	6	26	15	2	0	4	6	0	0	0	67
65+	4	0	13	4	63	36	5	1	4	9	0	0	0	139
<b>Total catégorie urbaine</b>	246	64	616	356	5 386	8 199	708	437	2 023	2 762	5	11	s.o.	20 813
<35	17	1	40	32	382	627	66	33	222	123	0	0	s.o.	1 543
35-39	29	6	65	54	505	895	68	51	262	284	0	1	s.o.	2 220
40-44	39	7	88	52	637	963	87	65	254	322	0	5	s.o.	2 519
45-49	42	17	108	51	780	1 264	129	69	354	444	0	0	s.o.	3 258
50-54	30	9	103	42	651	1 282	100	65	338	466	1	4	s.o.	3 091
55-59	31	8	77	33	756	1 068	106	51	257	427	3	0	s.o.	2 817
60-64	23	8	73	53	699	862	66	43	159	332	1	1	s.o.	2 320
65+	35	8	62	39	976	1 238	86	60	177	364	0	0	s.o.	3 045
<b>Total</b>	265	64	687	387	5 577	8 321	736	441	2 052	2 823	5	11	0	21 369
<35	18	1	44	34	398	631	67	33	222	125	0	0	0	1 573
35-39	30	6	71	57	521	903	72	52	264	288	0	1	0	2 265
40-44	42	7	93	55	656	975	93	65	259	328	0	5	0	2 578
45-49	45	17	119	57	795	1 277	131	69	357	460	0	0	0	3 327
50-54	33	9	120	45	663	1 299	105	67	345	476	1	4	0	3 167
55-59	34	8	85	37	780	1 085	109	51	261	435	3	0	0	2 888
60-64	24	8	80	59	725	877	68	43	163	338	1	1	0	2 387
65+	39	8	75	43	1 039	1 274	91	61	181	373	0	0	0	3 184

**Remarques :**

\* Voir la section 2.5 pour plus de détails.

s.o. : sans objet

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

Tableau G.4. Nombre de femmes médecins spécialistes, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Catégorie urbaine</b>														
1 000 000+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1 471	1 614	s.o.	s.o.	s.o.	658	s.o.	s.o.	s.o.	3 743
< 35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	278	227	s.o.	s.o.	s.o.	97	s.o.	s.o.	s.o.	602
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	238	275	s.o.	s.o.	s.o.	89	s.o.	s.o.	s.o.	602
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	263	253	s.o.	s.o.	s.o.	109	s.o.	s.o.	s.o.	625
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	243	291	s.o.	s.o.	s.o.	129	s.o.	s.o.	s.o.	663
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	178	247	s.o.	s.o.	s.o.	103	s.o.	s.o.	s.o.	528
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	123	143	s.o.	s.o.	s.o.	66	s.o.	s.o.	s.o.	332
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	72	85	s.o.	s.o.	s.o.	39	s.o.	s.o.	s.o.	196
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	76	93	s.o.	s.o.	s.o.	26	s.o.	s.o.	s.o.	195
500 000-999 999	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	329	735	249	s.o.	643	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1 956
< 35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	62	94	24	s.o.	136	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	316
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	69	128	47	s.o.	112	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	356
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	70	135	46	s.o.	101	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	352
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	56	122	52	s.o.	130	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	360
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	39	120	39	s.o.	95	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	293
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	23	60	22	s.o.	43	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	148
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	7	45	13	s.o.	14	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	79
65+	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	3	31	6	s.o.	12	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	52
100 000-499 999	89	s.o.	192	81	244	561	s.o.	131	s.o.	121	s.o.	s.o.	s.o.	1 419
< 35	13	s.o.	21	17	53	75	s.o.	21	s.o.	10	s.o.	s.o.	s.o.	210
35-39	24	s.o.	38	17	70	101	s.o.	19	s.o.	17	s.o.	s.o.	s.o.	286
40-44	12	s.o.	43	17	53	89	s.o.	30	s.o.	20	s.o.	s.o.	s.o.	264
45-49	20	s.o.	29	10	31	121	s.o.	30	s.o.	31	s.o.	s.o.	s.o.	272
50-54	16	s.o.	33	8	17	79	s.o.	11	s.o.	24	s.o.	s.o.	s.o.	188
55-59	2	s.o.	14	6	9	50	s.o.	9	s.o.	11	s.o.	s.o.	s.o.	101
60-64	1	s.o.	9	5	6	35	s.o.	10	s.o.	6	s.o.	s.o.	s.o.	72
65+	1	s.o.	5	1	5	11	s.o.	1	s.o.	2	s.o.	s.o.	s.o.	26
50 000-99 999	s.o.	12	s.o.	19	76	77	s.o.	s.o.	30	43	s.o.	s.o.	s.o.	257
< 35	s.o.	2	s.o.	2	21	6	s.o.	s.o.	5	6	s.o.	s.o.	s.o.	42
35-39	s.o.	1	s.o.	4	21	15	s.o.	s.o.	2	8	s.o.	s.o.	s.o.	51
40-44	s.o.	2	s.o.	7	14	5	s.o.	s.o.	8	6	s.o.	s.o.	s.o.	42
45-49	s.o.	4	s.o.	1	11	20	s.o.	s.o.	7	10	s.o.	s.o.	s.o.	53
50-54	s.o.	2	s.o.	1	4	10	s.o.	s.o.	5	6	s.o.	s.o.	s.o.	28
55-59	s.o.	1	s.o.	2	2	9	s.o.	s.o.	2	4	s.o.	s.o.	s.o.	20
60-64	s.o.	0	s.o.	1	3	9	s.o.	s.o.	1	2	s.o.	s.o.	s.o.	16
65+	s.o.	0	s.o.	1	0	3	s.o.	s.o.	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	5
25 000-49 999	3	s.o.	19	s.o.	191	50	6	6	9	33	s.o.	s.o.	s.o.	317
< 35	1	s.o.	4	s.o.	51	6	1	2	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	67
35-39	0	s.o.	3	s.o.	55	7	0	1	2	7	s.o.	s.o.	s.o.	75
40-44	0	s.o.	3	s.o.	50	8	2	1	2	5	s.o.	s.o.	s.o.	71
45-49	0	s.o.	6	s.o.	16	7	1	1	0	3	s.o.	s.o.	s.o.	34
50-54	1	s.o.	1	s.o.	12	10	1	0	1	7	s.o.	s.o.	s.o.	33
55-59	0	s.o.	0	s.o.	6	4	1	0	1	3	s.o.	s.o.	s.o.	15
60-64	1	s.o.	1	s.o.	0	5	0	1	3	5	s.o.	s.o.	s.o.	16
65+	0	s.o.	1	s.o.	1	3	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	6
10 000-24 999	5	2	s.o.	13	42	14	2	1	6	11	1	3	s.o.	100
< 35	1	1	s.o.	7	9	3	0	0	1	2	0	0	s.o.	24
35-39	1	0	s.o.	6	15	0	0	0	2	1	0	0	s.o.	25
40-44	1	1	s.o.	0	12	4	2	1	1	1	1	1	s.o.	25
45-49	0	0	s.o.	0	4	4	0	0	1	1	0	1	s.o.	11
50-54	1	0	s.o.	0	2	0	0	0	0	3	0	1	s.o.	7
55-59	0	0	s.o.	0	0	1	0	0	0	3	0	0	s.o.	4
60-64	1	0	s.o.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	s.o.	2
65+	0	0	s.o.	0	0	1	0	0	1	0	0	0	s.o.	2

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau G.4. Nombre de femmes médecins spécialistes, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn <sup>a</sup>	T.N.-O. <sup>a</sup>	Nun. <sup>a</sup>	Canada
<b>Catégorie rurale</b>														
ZIM forte	0	0	0	1	4	15	0	0	3	2	s.o.	s.o.	s.o.	25
< 35	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	1
35-39	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	s.o.	s.o.	s.o.	3
40-44	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	1
45-49	0	0	0	0	1	6	0	0	2	0	s.o.	s.o.	s.o.	9
50-54	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	2
55-59	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
60-64	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
65 +	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
ZIM modérée	0	0	5	2	20	10	1	0	2	6	s.o.	s.o.	s.o.	46
< 35	0	0	0	1	3	0	0	0	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	6
35-39	0	0	1	1	6	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	9
40-44	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	s.o.	s.o.	s.o.	6
45-49	0	0	0	0	3	4	0	0	1	0	s.o.	s.o.	s.o.	8
50-54	0	0	1	0	3	2	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	7
55-59	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
60-64	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	4
65 +	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	3
ZIM faible	4	0	15	3	15	9	4	0	6	11	s.o.	s.o.	s.o.	67
< 35	1	0	3	1	2	1	0	0	1	0	s.o.	s.o.	s.o.	9
35-39	0	0	0	1	3	1	1	0	0	2	s.o.	s.o.	s.o.	8
40-44	1	0	0	0	4	2	1	0	2	4	s.o.	s.o.	s.o.	14
45-49	1	0	3	0	4	2	1	0	1	4	s.o.	s.o.	s.o.	16
50-54	1	0	3	0	1	2	1	0	2	0	s.o.	s.o.	s.o.	10
55-59	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	4
60-64	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
65 +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	s.o.	s.o.	s.o.	1
Aucune ZIM	0	s.o.	0	0	9	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	10
< 35	0	s.o.	0	0	5	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	5
35-39	0	s.o.	0	0	3	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	3
40-44	0	s.o.	0	0	1	1	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	2
45-49	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	0
50-54	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	0
55-59	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	0
60-64	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	0
65 +	0	s.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	0
Territoires	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
< 35	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
35-39	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
40-44	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
45-49	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
50-54	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
55-59	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
60-64	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0
65 +	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0	0	0	0

Veuillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

**Tableau G.4. Nombre de femmes médecins spécialistes, selon la catégorie urbaine ou rurale, la province ou le territoire et le groupe d'âge, Canada, 2004 (suite)**

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*	Canada
<b>Total catégorie rurale</b>	4	0	20	6	48	35	5	0	11	19	0	0	0	148
< 35	1	0	3	2	10	2	0	0	1	2	0	0	0	21
35-39	0	0	1	2	12	3	1	0	1	3	0	0	0	23
40-44	1	0	1	0	8	4	2	0	3	4	0	0	0	23
45-49	1	0	3	0	8	12	1	0	4	4	0	0	0	33
50-54	1	0	4	0	4	5	1	0	2	2	0	0	0	19
55-59	0	0	4	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	10
60-64	0	0	4	2	1	4	0	0	0	1	0	0	0	12
65 +	0	0	0	0	1	3	0	0	0	3	0	0	0	7
<b>Total catégorie urbaine</b>	97	14	211	113	2 353	3 051	257	138	688	866	1	3	s.o.	7 792
< 35	15	3	25	26	474	411	25	23	142	117	0	0	s.o.	1 261
35-39	25	1	41	27	468	526	47	20	118	122	0	0	s.o.	1 395
40-44	13	3	46	24	462	494	50	32	112	141	1	1	s.o.	1 379
45-49	20	4	35	11	361	565	53	31	138	174	0	1	s.o.	1 393
50-54	18	2	34	9	252	466	40	11	101	143	0	1	s.o.	1 077
55-59	2	1	14	8	163	267	23	9	46	87	0	0	s.o.	620
60-64	3	0	10	6	88	180	13	11	18	52	0	0	s.o.	381
65 +	1	0	6	2	85	142	6	1	13	30	0	0	s.o.	286
<b>Total</b>	101	14	231	119	2 401	3 086	262	138	699	885	1	3	0	7 940
< 35	16	3	28	28	484	413	25	23	143	119	0	0	0	1 282
35-39	25	1	42	29	480	529	48	20	119	125	0	0	0	1 418
40-44	14	3	47	24	470	498	52	32	115	145	1	1	0	1 402
45-49	21	4	38	11	369	577	54	31	142	178	0	1	0	1 426
50-54	19	2	38	9	256	471	41	11	103	145	0	1	0	1 096
55-59	2	1	18	8	167	269	23	9	46	87	0	0	0	630
60-64	3	0	14	8	89	184	13	11	18	53	0	0	0	393
65 +	1	0	6	2	86	145	6	1	13	33	0	0	0	293

**Remarques :**

\* Voir la section 2.5 pour plus de détails.

s.o. : sans objet

Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.



**Tableau G.5. Nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes, selon l'indicateur de pays d'obtention du doctorat et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**

Indicateur du pays d'obtention du doctorat	Médecine familiale	Spécialistes	Total	Indicateur du pays d'obtention du doctorat	Médecine familiale	Spécialistes	Total
<b>Catégorie urbaine</b>				<b>Catégorie rurale</b>			
<b>1 000 000+</b>				<b>ZIM forte</b>			
Canada	8 256	9 892	18 148	Canada	606	86	692
É.-U.	72	188	260	É.-U.	4	1	5
À l'étranger	2 373	2 625	4 998	À l'étranger	103	12	115
Non mentionné	20	1	21	Non mentionné	7	0	7
Total	10 721	12 706	23 427	Total	720	99	819
<b>500 000-999 999</b>				<b>ZIM modérée</b>			
Canada	4 365	5 750	10 115	Canada	1 373	159	1 532
É.-U.	21	37	58	É.-U.	8	1	9
À l'étranger	1 060	1 156	2 216	À l'étranger	326	31	357
Non mentionné	63	1	64	Non mentionné	36	0	36
Total	5 509	6 944	12 453	Total	1 743	191	1 934
<b>100 000-499 999</b>				<b>ZIM faible</b>			
Canada	4 418	4 524	8 942	Canada	1 420	269	1 689
É.-U.	25	32	57	É.-U.	13	6	19
À l'étranger	1 260	1 420	2 680	À l'étranger	775	105	880
Non mentionné	17	0	17	Non mentionné	103	0	103
Total	5 720	5 976	11 696	Total	2 311	380	2 691
<b>50 000-99 999</b>				<b>Aucune ZIM</b>			
Canada	1 272	1 008	2 280	Canada	100	33	133
É.-U.	8	6	14	É.-U.	1	1	2
À l'étranger	320	296	616	À l'étranger	48	2	50
Non mentionné	15	0	15	Non mentionné	11	0	11
Total	1 615	1 310	2 925	Total	160	36	196
<b>25 000-49 999</b>				<b>Territoires</b>			
Canada	1 213	1 037	2 250	Canada	13	0	13
É.-U.	3	4	7	É.-U.	0	0	0
À l'étranger	368	217	585	À l'étranger	13	0	13
Non mentionné	36	2	38	Non mentionné	2	0	2
Total	1 620	1 260	2 880	Total	28	0	28
<b>10 000-24 999</b>							
Canada	716	301	1 017				
É.-U.	5	1	6				
À l'étranger	383	122	505				
Non mentionné	35	0	35				
Total	1 139	424	1 563				
<b>Total catégorie urbaine</b>				<b>Total catégorie rurale</b>			
Canada	20 240	22 512	42 752	Canada	3 512	547	4 059
É.-U.	134	268	402	É.-U.	26	9	35
À l'étranger	5 764	5 836	11 600	À l'étranger	1 265	150	1 415
Non mentionné	186	4	190	Non mentionné	159	0	159
Total	26 324	28 620	54 944	Total	4 962	706	5 668
<b>Total</b>							
Canada	23 752	23 059	46 811				
É.-U.	160	277	437				
À l'étranger	7 029	5 986	13 015				
Non mentionné	345	4	349				
Total	31 286	29 326	60 612				

**Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Source : BDMS, ICIS.

**Tableau G.6. Coefficient Gini et caractéristiques descriptives du ratio entre les médecins et la population selon la spécialité, calculés au niveau de la division de recensement et de la province ou du territoire, Canada, 2004**

Spécialité	Calculs basés sur les divisions de recensement					Calculs basés sur les provinces/territoires				
	Coefficient Gini	Médecins par 10 000 habitants				Coefficient Gini	Médecins par 10 000 habitants			
		Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane		Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane
1.0 Médecine familiale	0,1514	0	24	9	9	0,0604	2	18	10	10
2.0 Spécialités médicales										
2.1 Spécialités cliniques										
Médecine interne	0,4423	0	6	1	0	0,0891	0	2	1	1
Médecine génétique	0,7027	0	1	0	0	0,2187	0	0	0	0
Dermatologie	0,4759	0	1	0	0	0,1628	0	0	0	0
Neurologie	0,5203	0	1	0	0	0,1240	0	0	0	0
Pédiatrie	0,4156	0	2	0	0	0,0682	0	1	1	1
Physiatrie et réadaptation	0,5058	0	1	0	0	0,0727	0	0	0	0
Psychiatrie	0,4570	0	5	0	0	0,0890	0	1	1	1
Médecine communautaire	0,6238	0	1	0	0	0,2632	0	0	0	0
Médecine d'urgence	0,5801	0	1	0	0	0,1522	0	0	0	0
Médecine du travail	0,7431	0	0	0	0	0,3278	0	0	0	0
Anesthésie	0,3859	0	3	0	0	0,0427	0	1	1	1
Médecine nucléaire	0,5505	0	1	0	0	0,1874	0	0	0	0
Radiologie diagnostique	0,3386	0	2	0	0	0,0578	0	1	0	1
Radio-oncologie	0,5974	0	1	0	0	0,1282	0	0	0	0
2.2 Spécialités de laboratoire										
Biochimie médicale	0,7543	0	0	0	0	0,4427	0	0	0	0
Microbiologie médicale	0,6824	0	1	0	0	0,4048	0	0	0	0
Pathologie	0,3820	0	1	0	0	0,1037	0	0	0	0
3.0 Spécialités chirurgicales										
Chirurgie générale	0,2849	0	2	0	0	0,0804	0	1	0	1
Chirurgie cardiaque et thoracique	0,5549	0	0	0	0	0,0722	0	0	0	0
Neurochirurgie	0,5626	0	0	0	0	0,0902	0	0	0	0
Obstétrique et gynécologie	0,3569	0	2	0	0	0,0540	0	1	0	0
Ophtalmologie	0,3872	0	1	0	0	0,0911	0	1	0	0
Oto-rhino-laryngologie	0,4253	0	1	0	0	0,1330	0	0	0	0
Chirurgie orthopédique	0,3695	0	3	0	0	0,0619	0	0	0	0
Chirurgie plastique	0,4599	0	1	0	0	0,0462	0	0	0	0
Urologie	0,3865	0	1	0	0	0,0732	0	0	0	0
4.0 Scientifiques médicaux	0,7174	0	0	0	0	0,1105	0	0	0	0
<b>Total — Tous les spécialistes</b>	<b>0,3843</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0,0607</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Total — Tous les médecins</b>	<b>0,2466</b>	<b>0</b>	<b>41</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>0,0486</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>18</b>

**Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Sources : Estimations démographiques de 2004, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

**Tableau G.7. Distance moyenne (en kilomètres) entre la population en général et le médecin ou l'hôpital le plus proche, selon la spécialité et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**

Spécialité	Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement					
	1 000 000 +	500 000-999 999	100 000-499 999	50 000-99 999	25 000-49 999	10 000-24 999
<b>1.0 Médecine familiale</b>	0,7	1,1	1,6	2,4	2,6	2,7
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
<b>2.1 Spécialités cliniques</b>						
Médecine interne	2,2	3,5	4,5	4,8	6,5	29,2
Médecine génétique	13,2	13,9	114,8	180,8	194,1	305,4
Dermatologie	3,5	6,0	12,4	33,2	93,0	185,1
Neurologie	4,4	7,0	8,1	36,5	70,7	175,4
Pédiatrie	2,5	4,1	5,4	6,6	14,5	55,3
Physiatrie et réadaptation	5,6	6,9	15,2	72,7	104,4	238,6
Psychiatrie	2,1	3,7	5,2	5,9	27,0	58,4
Médecine communautaire	5,7	6,5	24,1	68,5	85,0	132,6
Médecine d'urgence	5,7	6,4	65,6	86,0	140,1	259,2
Médecine du travail	12,4	9,6	200,4	182,0	215,7	335,8
Anesthésie	2,8	4,5	6,2	6,3	27,9	87,2
Médecine nucléaire	5,8	8,1	22,6	82,5	87,2	167,3
Radiologie diagnostique	2,7	4,9	5,5	5,7	14,2	80,5
Radio-oncologie	9,6	10,0	13,9	104,4	128,6	261,0
<b>2.2 Spécialités de laboratoire</b>						
Biochimie médicale	10,2	138,2	117,0	185,1	174,8	341,8
Microbiologie médicale	6,5	8,6	44,4	116,5	130,4	247,7
Pathologie	4,0	5,8	6,7	6,2	17,6	119,7
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	2,8	4,5	5,3	5,1	8,0	39,6
Chirurgie cardiaque et thoracique	6,9	9,2	13,3	109,3	124,7	259,9
Neurochirurgie	9,5	9,4	24,1	106,0	135,1	264,3
Obstétrique et gynécologie	3,2	5,1	5,7	6,6	5,9	54,2
Ophtalmologie	3,3	5,5	5,9	5,4	34,5	91,0
Oto-rhino-laryngologie	3,6	6,9	6,6	32,8	67,7	166,3
Chirurgie orthopédique	3,6	5,7	6,3	6,7	34,2	129,3
Chirurgie plastique	4,4	7,2	8,8	26,3	92,3	182,9
Urologie	4,2	7,4	6,4	7,6	48,1	123,0
<b>4.0 Scientifiques médicaux</b>	15,5	9,7	148,5	182,5	197,2	327,3
<b>Total — Tous les spécialistes</b>	1,1	2,0	2,9	3,4	3,6	6,8
<b>Total — Tous les médecins</b>	0,7	1,1	1,5	2,2	2,5	2,7
<b>Hôpitaux généraux sans soins de longue durée</b>	13,2	54,6	43,9	79,5	89,7	87,6
<b>Hôpitaux généraux avec soins de longue durée</b>	5,7	7,2	12,4	11,7	14,8	49,0

Veillez vous référer aux notes complémentaires à la fin du tableau.

(suite du tableau à la page suivante)

**Tableau G.7. Distance moyenne (en kilomètres) entre la population en général et le médecin ou l'hôpital le plus proche, selon la spécialité et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004 (suite)**

Spécialité	Régions rurales et petites villes du Canada					Canada
	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible	Aucune ZIM	Territoires	
<b>1.0 Médecine familiale</b>	7,0	9,0	10,5	33,7	201,6	3,5
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
<b>2.1 Spécialités cliniques</b>						
Médecine interne	19,4	35,7	82,1	129,7	705,0	15,2
Médecine génétique	109,1	147,5	271,7	330,5	1 617,2	94,4
Dermatologie	40,6	73,4	165,9	228,1	1 482,5	38,9
Neurologie	37,5	71,1	150,3	215,4	1 434,4	35,9
Pédiatrie	24,4	48,3	103,3	149,2	845,5	19,8
Physiatrie et réadaptation	51,2	83,4	185,5	250,4	1 578,1	47,2
Psychiatrie	20,2	41,2	91,9	144,0	957,3	18,8
Médecine communautaire	50,3	81,2	159,0	206,0	923,5	41,2
Médecine d'urgence	62,0	103,9	212,9	309,2	1 291,7	63,0
Médecine du travail	125,8	234,8	360,2	386,8	1 379,2	124,0
Anesthésie	24,0	45,4	109,7	175,3	1 142,4	22,5
Médecine nucléaire	48,9	83,3	174,8	235,7	1 403,8	45,3
Radiologie diagnostique	21,5	40,5	91,6	150,8	1 271,6	19,9
Radio-oncologie	68,8	102,0	198,0	265,0	1 584,2	55,4
<b>2.2 Spécialités de laboratoire</b>						
Biochimie médicale	125,4	199,9	327,6	389,9	1 587,2	122,7
Microbiologie médicale	70,4	97,6	203,3	260,1	1 545,7	59,9
Pathologie	26,9	49,4	114,7	164,4	1 247,8	24,5
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	18,9	34,1	69,5	123,3	1 004,7	15,6
Chirurgie cardiaque et thoracique	63,8	101,7	195,2	263,0	1 577,6	53,8
Neurochirurgie	70,6	103,0	201,4	270,1	1 583,5	58,0
Obstétrique et gynécologie	22,7	43,8	100,5	157,9	884,1	19,4
Ophtalmologie	25,2	49,0	113,5	178,0	995,6	23,5
Oto-rhino-laryngologie	39,3	65,6	159,5	227,3	1 016,6	34,4
Chirurgie orthopédique	27,3	52,6	124,7	186,0	1 013,1	26,0
Chirurgie plastique	43,3	77,8	159,5	232,6	1 483,7	38,3
Urologie	29,3	57,9	136,7	206,3	1 395,2	29,2
<b>4.0 Scientifiques médicaux</b>	<b>118,7</b>	<b>183,3</b>	<b>295,5</b>	<b>366,8</b>	<b>1 617,8</b>	<b>106,5</b>
<b>Total — Tous les spécialistes</b>	<b>13,1</b>	<b>25,4</b>	<b>51,6</b>	<b>90,4</b>	<b>674,8</b>	<b>9,9</b>
<b>Total — Tous les médecins</b>	<b>6,8</b>	<b>8,9</b>	<b>10,4</b>	<b>33,6</b>	<b>201,6</b>	<b>3,4</b>
<b>Hôpitaux généraux sans soins de longue durée</b>	<b>53,9</b>	<b>76,6</b>	<b>80,6</b>	<b>100,5</b>	<b>591,7</b>	<b>47,3</b>
<b>Hôpitaux généraux avec soins de longue durée</b>	<b>21,2</b>	<b>30,4</b>	<b>48,9</b>	<b>84,9</b>	<b>508,4</b>	<b>16,3</b>

**Remarque :**

La médecine familiale inclut les médecins qui ont obtenu la Certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins du Québec (voir section 2.2 pour plus de détails).

Sources : Recensement de 2001, Statistique Canada; BDMS, ICIS.

**Tableau G.8. Équivalent à temps plein moyen des médecins rémunérés à l'acte, selon le groupe d'âge et la province, Canada, 2002**

	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Non mentionné	Total
T.-N.-L.	0,3782	0,5583	0,6799	0,8198	0,8240	1,0006	0,8944	0,6180	s.o.	0,7056
Î.-P.-É.	0,6045	0,6988	0,8882	0,9319	0,9277	1,0013	1,0019	0,7320	0,0825	0,8278
N.-É.	0,3789	0,6091	0,6951	0,7665	0,8377	0,8363	0,7353	0,5568	0,6862	0,6916
N.-B.	0,5712	0,7051	0,7500	0,8648	0,8804	0,9044	0,8903	0,5349	0,5755	0,7579
Qc	0,6695	0,8210	0,8513	0,8676	0,8467	0,8665	0,8358	0,6634	0,7167	0,8133
Ont.	0,6675	0,8406	0,9293	0,9785	1,0219	1,0470	0,9622	0,7131	0,0890	0,8956
Man.	0,5962	0,6704	0,7945	0,9105	0,8595	1,0044	0,9274	0,6752	0,0800	0,8017
Sask.	0,6461	0,7830	0,8301	0,9205	0,8714	0,9620	0,9220	0,7466	s.o.	0,8303
Alb.	0,6630	0,7651	0,8468	0,8915	0,9255	0,9227	0,8663	0,6357	0,6900	0,8241
C.-B.	0,5490	0,7183	0,7761	0,8046	0,8422	0,8284	0,7745	0,5342	0,6113	0,7479
Canada	0,6342	0,7879	0,8551	0,9016	0,9226	0,9444	0,8865	0,6668	0,2742	0,8307

**Remarque :**

s.o. : sans objet

**Source :** BDNM, ICIS.

**Tableau G.9. Nombre de médecins rémunérés à l'acte, selon la spécialité et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2002**

Spécialité	Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement					
	1 000 000 +	500 000-999 999	100 000-499 999	50 000-99 999	25 000-49 999	10 000-24 999
<b>1.0 Médecine familiale</b>	9 876	4 969	5 433	1 502	1 519	967
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
Médecine interne	2 770	1 466	1 145	205	212	88
Dermatologie	277	110	85	14	13	5
Neurologie	301	156	133	17	12	8
Pédiatrie	991	570	386	85	94	26
Physiatrie et réadaptation	136	92	67	12	3	1
Psychiatrie	1 961	917	635	140	125	43
Anesthésie	908	616	582	122	117	36
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	601	309	375	123	139	97
Chirurgie cardiaque et thoracique	110	70	74	7	2	1
Neurochirurgie	95	51	57	3	0	0
Obstétrique et gynécologie	635	350	330	105	112	41
Ophtalmologie	440	223	253	78	67	30
Oto-rhino-laryngologie	234	110	143	34	31	19
Chirurgie orthopédique	403	248	276	92	76	31
Chirurgie plastique	190	89	99	23	10	3
Urologie	198	99	148	48	42	12
<b>Total — Tous les médecins</b>	<b>20 126</b>	<b>10 445</b>	<b>10 221</b>	<b>2 610</b>	<b>2 574</b>	<b>1 408</b>

Spécialité	Régions rurales et petites villes du Canada				Inconnu	Canada
	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible	Aucune ZIM		
<b>1.0 Médecine familiale</b>	670	1 590	1 827	130	737	29 220
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
Médecine interne	11	29	82	7	42	6 057
Dermatologie	1	3	2	0	1	511
Neurologie	1	0	2	0	3	633
Pédiatrie	3	6	17	3	12	2 193
Physiatrie et réadaptation	0	3	2	0	1	317
Psychiatrie	19	42	44	6	23	3 955
Anesthésie	23	16	24	2	21	2 467
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	20	45	105	4	21	1 839
Chirurgie cardiaque et thoracique	0	1	0	0	1	266
Neurochirurgie	0	0	0	0	1	207
Obstétrique et gynécologie	8	10	28	1	9	1 629
Ophtalmologie	4	5	21	2	2	1 125
Oto-rhino-laryngologie	1	6	7	1	4	590
Chirurgie orthopédique	3	7	12	4	12	1 164
Chirurgie plastique	1	2	2	0	4	423
Urologie	0	1	4	0	0	552
<b>Total — Tous les médecins</b>	<b>765</b>	<b>1 766</b>	<b>2 179</b>	<b>160</b>	<b>894</b>	<b>53 148</b>

Source : BDNM, ICIS.

Tableau G.10. Équivalent à temps plein moyen des médecins rémunérés à l'acte, selon la spécialité et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2002

Spécialité	Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement					
	1 000 000 +	500 000-999 999	100 000-499 999	50 000-99 999	25 000-49 999	10 000-24 999
<b>1.0 Médecine familiale</b>	0,8606	0,7460	0,7908	0,8665	0,8814	0,8535
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
Médecine interne	0,8637	0,7581	0,9143	1,1028	0,9818	0,7900
Dermatologie	0,8464	0,9735	0,8650	0,9807	0,8646	0,3962
Neurologie	0,8197	0,7051	1,0680	1,0882	0,9300	1,0350
Pédiatrie	0,8558	0,7217	0,7634	1,0205	0,7901	0,7173
Physiatrie et réadaptation	0,9288	0,9322	0,7294	1,1042	0,9700	1,0000
Psychiatrie	0,8781	0,9377	0,8739	0,8851	0,9390	0,8414
Anesthésie	0,9035	0,8198	0,8944	0,9425	0,8494	0,6326
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	0,8266	0,8020	0,8490	0,9613	0,8359	0,7439
Chirurgie cardiaque et thoracique	0,8611	0,8862	0,7988	0,8814	1,0000	1,0000
Neurochirurgie	0,8023	0,7961	0,7232	0,9033		
Obstétrique et gynécologie	0,8960	0,8389	0,8266	0,8122	0,7593	0,6454
Ophtalmologie	0,8873	0,9456	0,9104	0,9468	1,0606	0,5687
Oto-rhino-laryngologie	0,8613	0,9122	0,8425	0,8224	0,8158	0,7385
Chirurgie orthopédique	0,8026	0,7876	0,8430	0,8884	0,8409	0,7704
Chirurgie plastique	0,8264	0,9401	0,9850	0,8804	0,8700	1,0000
Urologie	0,9392	0,8286	0,8912	0,8335	0,8855	0,7050
<b>Total – Tous les médecins</b>	<b>0,8638</b>	<b>0,7864</b>	<b>0,8299</b>	<b>0,9023</b>	<b>0,8830</b>	<b>0,8166</b>

Spécialité	Régions rurales et petites villes du Canada				Inconnu	Canada
	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible	Aucune ZIM		
<b>1.0 Médecine familiale</b>	0,8488	0,7504	0,7231	0,6919	0,8184	0,8126
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
Médecine interne	0,5228	0,8156	0,8266	0,9386	0,3050	0,8537
Dermatologie	0,6900	0,4170	0,5800	0,0000	1,6000	0,8742
Neurologie	1,9000	0,0000	0,4650	0,0000	0,3833	0,8542
Pédiatrie	0,5367	0,7150	0,6402	0,3767	0,4042	0,8010
Physiatrie et réadaptation	0,0000	1,0467	1,2100	0,0000	1,0000	0,8980
Psychiatrie	0,6484	0,9205	0,6655	1,0567	0,3944	0,8875
Anesthésie	0,9087	0,5956	0,4053	0,5050	0,2929	0,8635
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	0,5215	0,7078	0,6514	0,3128	0,4548	0,8108
Chirurgie cardiaque et thoracique	0,0000	0,4300	0,0000	0,0000	0,6000	0,8499
Neurochirurgie	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,5600	0,7793
Obstétrique et gynécologie	0,4164	0,4050	0,4084	0,8600	0,3434	0,8317
Ophtalmologie	0,3400	1,0120	0,8729	0,4950	0,2300	0,9065
Oto-rhino-laryngologie	1,0000	0,5850	0,8143	0,9500	0,6200	0,8530
Chirurgie orthopédique	0,3733	0,8671	0,7759	0,3400	0,3701	0,8103
Chirurgie plastique	0,1600	0,7250	1,0350	0,0000	0,7200	0,8906
Urologie	0,0000	1,1600	1,0150	0,0000	0,0000	0,8891
<b>Total – Tous les médecins</b>	<b>0,8226</b>	<b>0,7516</b>	<b>0,7172</b>	<b>0,6900</b>	<b>0,7426</b>	<b>0,8307</b>

Source : BDNM, ICIS.

Tableau G.11. Nombre ajusté selon l'équivalent à temps plein de médecins rémunérés à l'acte, selon la spécialité et la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2002

Spécialité	Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement					
	1 000 000 +	500 000-999 999	100 000-499 999	50 000-99 999	25 000-49 999	10 000-24 999
<b>1.0 Médecine familiale</b>	8 499,3	3 706,9	4 296,4	1 301,5	1 338,8	825,3
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
Médecine interne	2 392,4	1 111,4	1 046,9	226,1	208,1	69,5
Dermatologie	234,5	107,1	73,5	13,7	11,2	2,0
Neurologie	246,7	110,0	142,0	18,5	11,2	8,3
Pédiatrie	848,1	411,4	294,7	86,7	74,3	18,6
Physiatrie et réadaptation	126,3	85,8	48,9	13,3	2,9	1,0
Psychiatrie	1 722,0	859,9	554,9	123,9	117,4	36,2
Anesthésie	820,4	505,0	520,5	115,0	99,4	22,8
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	496,8	247,8	318,4	118,2	116,2	72,2
Chirurgie cardiaque et thoracique	94,7	62,0	59,1	6,2	2,0	1,0
Neurochirurgie	76,2	40,6	41,2	2,7	0,0	0,0
Obstétrique et gynécologie	569,0	293,6	272,8	85,3	85,0	26,5
Ophtalmologie	390,4	210,9	230,3	73,9	71,1	17,1
Oto-rhino-laryngologie	201,5	100,3	120,5	28,0	25,3	14,0
Chirurgie orthopédique	323,4	195,3	232,7	81,7	63,9	23,9
Chirurgie plastique	157,0	83,7	97,5	20,2	8,7	3,0
Urologie	186,0	82,0	131,9	40,0	37,2	8,5
<b>Total — Tous les médecins</b>	<b>17 384,8</b>	<b>8 213,9</b>	<b>8 482,4</b>	<b>2 355,0</b>	<b>2 272,8</b>	<b>1 149,8</b>

Spécialité	Régions rurales et petites villes du Canada				Inconnu	Canada
	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible	Aucune ZIM		
<b>1.0 Médecine familiale</b>	568,7	1 193,1	1 321,1	89,9	603,2	23 744,2
<b>2.0 Spécialités médicales</b>						
Médecine interne	5,8	23,7	67,8	6,6	12,8	5 170,9
Dermatologie	0,7	1,3	1,2	0,0	1,6	446,7
Neurologie	1,9	0,0	0,9	0,0	1,1	540,7
Pédiatrie	1,6	4,3	10,9	1,1	4,9	1 756,6
Physiatrie et réadaptation	0,0	3,1	2,4	0,0	1,0	284,7
Psychiatrie	12,3	38,7	29,3	6,3	9,1	3 510,1
Anesthésie	20,9	9,5	9,7	1,0	6,2	2 130,3
<b>3.0 Spécialités chirurgicales</b>						
Chirurgie générale	10,4	31,9	68,4	1,3	9,6	1 491,1
Chirurgie cardiaque et thoracique	0,0	0,4	0,0	0,0	0,6	226,1
Neurochirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	161,3
Obstétrique et gynécologie	3,3	4,1	11,4	0,9	3,1	1 354,8
Ophtalmologie	1,4	5,1	18,3	1,0	0,5	1 019,8
Oto-rhino-laryngologie	1,0	3,5	5,7	0,9	2,5	503,3
Chirurgie orthopédique	1,1	6,1	9,3	1,4	4,4	943,2
Chirurgie plastique	0,2	1,5	2,1	0,0	2,9	376,7
Urologie	0,0	1,2	4,1	0,0	0,0	490,8
<b>Total — Tous les médecins</b>	<b>629,3</b>	<b>1 327,3</b>	<b>1 562,8</b>	<b>110,4</b>	<b>663,9</b>	<b>44 150,0</b>

Source : BDNM, ICIS.



Tableau G.12. Pourcentage des médecins de famille intégrant certaines activités et actes dans leur pratique, selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004

Caractéristique de pratique sélectionnée	Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement			Régions rurales et petites villes du Canada			Canada
	1 000 000 +	100 000-999 999	10 000-99 999	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible/Aucune ZIM/Territoires	
<b>Domaine d'activité professionnelle</b>							
Soins de première ligne	81,3 %	78,6 %	79,5 %	91,5 %	90,8 %	88,9 %	81,6 %
Médecine de l'adolescent	33,1 %	39,0 %	39,3 %	41,7 %	40,5 %	43,7 %	37,8 %
Santé des femmes	35,0 %	36,7 %	34,9 %	33,6 %	38,9 %	42,6 %	36,5 %
Médecine préventive	30,9 %	34,7 %	30,9 %	35,9 %	36,6 %	39,8 %	33,6 %
Psychothérapie/counselling	42,9 %	44,0 %	38,7 %	44,0 %	46,5 %	42,3 %	42,9 %
Soins aux cancéreux/oncologie	19,5 %	27,0 %	33,2 %	32,7 %	40,5 %	41,8 %	27,9 %
Cardiologie	28,6 %	31,2 %	33,7 %	39,0 %	43,8 %	44,9 %	33,0 %
Prise en charge des maladies chroniques	47,2 %	49,9 %	53,4 %	55,6 %	63,8 %	65,4 %	52,0 %
Gériatrie/soins aux personnes âgées	45,6 %	50,0 %	52,4 %	63,7 %	68,7 %	64,8 %	51,9 %
Soins palliatifs	27,7 %	38,7 %	43,7 %	48,4 %	56,5 %	53,4 %	38,8 %
Soins à domicile	19,7 %	22,9 %	26,4 %	39,5 %	40,6 %	30,1 %	24,6 %
Médecine d'urgence	15,3 %	19,8 %	36,8 %	41,3 %	53,5 %	73,9 %	28,4 %
Soins hospitaliers	12,1 %	14,7 %	31,7 %	27,8 %	32,5 %	40,4 %	20,1 %
Assistance chirurgicale	10,5 %	12,3 %	27,4 %	22,9 %	18,7 %	24,0 %	15,6 %
<b>Participation aux soins à la mère et au nouveau-né</b>							
Soins prénatals	41,9 %	53,0 %	50,7 %	60,8 %	67,6 %	69,2 %	51,9 %
Soins intrapartum	8,5 %	10,1 %	23,2 %	17,8 %	17,0 %	32,9 %	14,2 %
Soins postnatals	38,6 %	46,3 %	48,1 %	56,5 %	60,6 %	64,9 %	47,1 %
Soins néonatals	50,7 %	54,5 %	57,1 %	60,8 %	63,6 %	66,7 %	55,6 %
<b>Actes sélectionnés</b>							
Injection de liquide dans les articulations et aspiration de liquide	50,1 %	59,9 %	71,3 %	78,0 %	83,1 %	86,2 %	63,0 %
Pose de plâtres/attelles	27,9 %	35,7 %	55,0 %	58,9 %	67,7 %	83,4 %	43,3 %
Aspiration endométriale	11,6 %	14,5 %	14,3 %	18,2 %	26,1 %	38,3 %	16,7 %
Ponction lombaire	11,5 %	14,0 %	29,3 %	18,2 %	28,0 %	49,6 %	19,8 %
Exérèse de lésions cutanées superficielles	55,5 %	66,5 %	71,5 %	86,0 %	84,8 %	88,1 %	67,6 %
Biopsie cutanée	32,6 %	48,1 %	57,4 %	65,0 %	65,0 %	78,2 %	49,1 %
Chirurgie des orteils	34,4 %	42,3 %	53,8 %	61,7 %	69,2 %	73,0 %	46,7 %

Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

**Tableau G.13. Pourcentage des médecins de famille qui ont changé ou qui prévoient changer leur pratique, selon la catégorie urbaine ou rurale, Canada, 2004**

Changement dans la pratique sélectionné	Régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement			Régions rurales et petites villes du Canada			Canada
	1 000 000 +	100 000-999 999	10 000-99 999	ZIM forte	ZIM modérée	ZIM faible/Aucune ZIM/Territoires	
<b>Changements dans la pratique effectués au cours des deux dernières années</b>							
A élargi le champ de pratique	5,0 %	4,9 %	5,6 %	4,3 %	4,4 %	7,0 %	5,2 %
A réduit le champ de pratique	14,2 %	16,1 %	17,7 %	17,1 %	12,1 %	10,4 %	15,0 %
S'est spécialisé dans un domaine de pratique médicale	4,6 %	5,6 %	5,0 %	4,3 %	2,9 %	2,7 %	4,7 %
<b>Changements prévus dans la pratique au cours des deux prochaines années</b>							
Prévoit élargir le champ de pratique	5,2 %	5,7 %	4,6 %	3,8 %	6,0 %	6,6 %	5,4 %
Prévoit réduire le champ de pratique	15,3 %	14,5 %	17,0 %	10,4 %	15,2 %	15,8 %	15,1 %
Prévoit se spécialiser dans un domaine de pratique médicale	4,3 %	4,8 %	3,8 %	5,2 %	3,8 %	7,3 %	4,7 %

Source : SNM de 2004, Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.