

à bas les mythes

UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES POUR DÉMYSTIFIER DE FAUSSES CROYANCES COURANTES PAR RAPPORT AUX SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

LA FIN D'UN MYTHE - MAI 2012

MYTHE : LE CANADA A BESOIN DE PLUS DE MÉDECINS

Pour les médias ainsi que pour les groupes de réflexion et de revendication, les problèmes des systèmes de santé du Canada sont attribuables au nombre insuffisant de médecins. Ils nous préviennent, à l'occasion, que la « crise de médecin » ne fait que s'amplifier¹. Pour plus de quatre millions de Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille, ces avertissements deviennent réalité². Aussi, compte tenu des données probantes sur l'importance de l'accès à un médecin de famille³, le public a-t-il le droit d'être préoccupé par la pénurie présumée.

Il est vrai que, s'agissant de l'accès, les systèmes de santé au Canada laissent à désirer, mais les problèmes tiennent plus à la façon dont nous organisons les soins et répartissons les ressources dont nous disposons, qu'au manque de ces dernières. Or, les médecins ne font pas exception. À l'instar de nombreux problèmes liés aux services de santé canadiens, l'accès aux médecins est une question complexe. Une simple augmentation du nombre de médecins ne prend pas en considération la disparité de leur répartition.

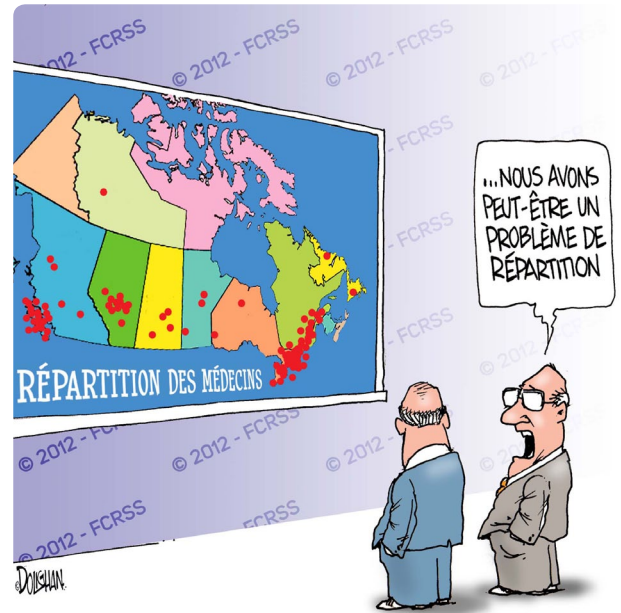
HAUSSE DU NOMBRE DE MÉDECINS, ET PUIS?

Il est possible que les médecins au Canada soient plus dispersés dans certaines régions qu'au Danemark, par exemple, mais il n'en demeure pas moins que leur nombre est à la hausse. En 2010, le Canada comptait un total record de 69 699 médecins actifs et le ratio de médecins par habitant a atteint également un niveau record⁴.

Depuis maintenant cinq ans, la croissance du nombre de médecins a dépassé celle de la population⁴. En outre, plus de médecins sont en voie de le devenir : 2 448 nouveaux médecins sont diplômés de l'école de médecine en 2010, soit une augmentation de 55 % depuis 2000⁴. La fuite de cerveaux redoutée dans le domaine médical n'a donc pas eu lieu : nous avons même gagné, par la migration, plus de médecins que nous en perdons^{4,5}. Il n'y a vraiment pas de quoi paniquer. En outre, est-il suffisant d'avoir plus de médecins que jamais?

LACUNES À COMBLER

La détermination du « bon » nombre de médecins n'est pas une tâche aisée. Elle dépend de nombreux facteurs comme la taille de la population locale et ses besoins en matière de santé, le nombre d'heures de travail des médecins, les disponibilités d'autres praticiens de la santé, la définition des rôles du personnel de santé et le montant disponible, ce dernier facteur ne pouvant pas être pris à la légère. Comme le nombre de médecins augmente, les dépenses pour les médecins augmentent également^{6,7}, des dépenses qui font d'ailleurs partie de celles qui connaissent la croissance la plus fulgurante du système de santé⁷, et notre système est l'un des plus coûteux⁸.



Dans le passé, nous avons l'habitude de calculer le nombre de médecins nécessaires simplement en fonction des habitudes d'utilisation et de la croissance de la population. Or, nous disposons désormais d'approches plus sophistiquées⁹, mais en raison de la multitude de variables, nous ne parvenons pas à nous entendre sur celles qui nous indiquent avec certitude, du moins à l'échelle pancanadienne, que nous avons le bon nombre de médecins.

En l'absence d'un accord sur le nombre, les partisans de l'augmentation du nombre de médecins soulignent que nous devons nous fixer pour cible la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), soit 3,1 médecins pour 1 000 habitants⁸. Avec 2,4 médecins par milliers d'habitants, le Canada est « derrière » la plupart des pays européens et en dessous de la moyenne de l'OCDE. Mais vaut-il le coût de viser cet objectif? Une comparaison récente entre les membres de l'OCDE a démontré que, dans ces pays développés, il n'existe aucun lien entre le nombre de médecins par habitant à l'échelle nationale et les résultats pour la santé¹⁰.

La plupart des pays ayant plus de médecins que le Canada, comme l'Allemagne et le Danemark, ont pourtant des niveaux de mortalité évitable inférieurs ou semblables (des personnes qui meurent de causes que de bons services de santé pourraient traiter ou prévenir). Certains d'autres pays, comme l'Australie et la France, font mieux que le Canada avec plus de médecins, tandis que le Japon fait mieux avec moins¹⁰.

DE BONS MÉDECINS AU BON ENDROIT

S'il n'y a pas de pénurie de médecins au Canada, pourquoi est-il donc si difficile d'en trouver un? Une des raisons est la répartition inéquitable. Alors qu'il y a 120 médecins de famille pour 100 000 personnes à Montréal, 169 à Vancouver, 160 à Toronto, 118 dans la région de Champlain (qui comprend Ottawa)⁴, la région de l'Outaouais québécois (juste en face d'Ottawa, de l'autre côté de la rivière) compte 97 médecins par millier d'habitants et l'Érié St-Clair, dans le sud de l'Ontario, 69.

Les régions rurales et éloignées souffrent le plus de la pénurie : à peine plus de 9 % des médecins exercent dans les régions rurales du Canada, où vit environ 21 % de la population¹¹. Cette situation se complique encore davantage par le fait qu'un médecin rural sur sept dit avoir l'intention de quitter sa communauté de pratique dans deux ans¹². Malgré ces défis, les gouvernements provinciaux tentent de convaincre les médecins de travailler dans les communautés rurales en leur offrant des incitations financières et en mettant en place des programmes d'études médicales qui se concentrent sur la pratique rurale¹³.

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE FONCTIONNE

Il y a plusieurs façons prometteuses d'améliorer l'accès aux soins primaires dont on a tant besoin. Par exemple, le Conseil canadien de la santé a préconisé de confier aux équipes de soins de santé primaires les soins donnés aux personnes atteintes de maladies chroniques – comme l'asthme, les maladies cardiaques et le diabète – et de troubles mentaux, y compris la dépression¹⁴. En plus, le personnel des équipes tire une plus grande satisfaction de son travail¹⁵. Les centres de santé communautaire (CSC) sont un autre exemple de pratique multiprofessionnelle des soins primaires. Les travaux récents de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences de l'Ontario montrent que les CSC produisent également des résultats prometteurs¹⁶. Pendant qu'on s'interroge toujours sur le meilleur modèle, le message sous-jacent est clair : l'amélioration des soins (et l'accès à ces derniers) relève plus d'une question du *comment* les soins sont dispensés que du *combien*.

Par ailleurs, nous ne devrions pas oublier que pour la majorité des problèmes pour lesquels les Canadiens consultent des médecins de famille, le personnel infirmier praticien peut fournir des soins de même qualité, voire meilleure^{17,18}.

CONCLUSION

La montée actuelle des effectifs de médecins ne peut guère faire plus que d'accroître les coûts, si on ne réussit pas à relever le double défi d'assurer une répartition plus égalitaire des médecins et d'optimiser la prestation des soins grâce à des équipes multiprofessionnelles. L'amélioration de l'accès à des soins de santé primaires et de l'efficacité de ces derniers est une question complexe qui nécessite des approches créatives d'organisation et de prestation des soins. Bien que certaines régions du pays aient besoin de plus de médecins, il ne suffit pas d'augmenter leur nombre pour combler ces lacunes. Le problème ne réside pas dans la pénurie de médecins, mais plutôt dans la façon dont on utilise les compétences des médecins et dans le lieu de cette utilisation.

Le concept introduit dans le présent numéro d'À bas les mythes a été développé par la récipiendaire du prix À bas les mythes 2012, Mme Jaclyn DesRoches, étudiante de première année de médecine à l'Université Dalhousie à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

RÉFÉRENCES

- Gulli, C. et K. Lunau (2008). « Adding Fuel to the Doctor Crisis », *MacLeans*, tiré de <http://www.macleans.ca/>
- Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Ottawa, tiré de <http://www.statcan.gc.ca/>
- Starfield, B., L. Shi et J. Macinko (2005). « Contribution of Primary Care to Health System and Health », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, p. 457-502.
- Institut canadien d'information sur la santé (2010). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2010*, Ottawa (Canada) : ICIS.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2008). *Mythe : Exode massif des médecins canadiens vers les États-Unis*, Ottawa (Canada) : FCRSS.
- Evans, R. et K. McGrail (2008). « Richard III, Barer-Stoddart and the Daughter of Time », *Healthcare Policy*, vol. 3, n° 3, p. 18-28.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, Ottawa (Canada) : ICIS.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2011). *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011. Comment le Canada se positionne*, tiré de <http://www.oecd.org/>
- Tomblin-Murphy, G., R. Alder et A. MacKenzie (2008). *Innovative Needs-Based Approach to Family Physician Planning-Canada*, tiré de <http://crmcc.medical.org/>
- Watson, D. et K. McGrail (2009). « More doctors or better care? », *Healthcare Policy*, vol. 5, n° 10, p. 26-31.
- Pong, R. W. et J. R. Pitblado (2005). *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, Institut canadien de l'information sur la santé, Ottawa.
- Chauban, T. S., M. Jong et L. Buske (2010). « Recruitment Trumps Retention: Results of the 2008/09 CMA Rural Practice Survey », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 15, n° 3, p. 101-107.
- Rourke, J. (2008). « Increasing the number of rural physicians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 3, p. 322-325.
- Conseil canadien de la santé (2009). *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*, Toronto.
- Barrett, J., V. Curran, L. Glynn et M. Godwin (2007). « CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Health Care ».
- Glazier, R.H., B. M. Zagorski et J. Rayner, J. (2012). *Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10 ICES Investigative Report*, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto.
- Horrocks, S., E. Anderson et C. Salisbury (2002). « Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7341, p. 819-823.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2010). *Mythe : Consulter une infirmière praticienne plutôt qu'un médecin équivaut à recevoir des soins de deuxième classe*, Ottawa (Canada) : FCRSS.

Les articles *À bas les mythes* sont publiés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé après avoir été revus par des spécialistes du sujet. La FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif financé dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les personnes qui distribuent ce document ne reflètent pas nécessairement celles de la FCRSS. © 2012.