

DÉPUIS PLUSIEURS ANNÉES, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) interroge ses membres sur plusieurs aspects touchant leur pratique professionnelle à l'aide de sondages, de groupes de discussion et d'études des profils de pratique. Après avoir pris connaissance du projet Janus et des résultats du sondage national effectué en 1997 auprès des médecins de famille, la Fédération a offert sa collaboration au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour mener le second sondage de 2001. La FMOQ voulait ainsi continuer à recueillir des données auprès de ses membres tout en s'assurant d'avoir accès à des données comparables pour les médecins des autres provinces canadiennes. En août 2000, les deux parties convenaient par entente des détails de leur collaboration dans le cadre du projet Janus.

Le projet Janus

Le CMFC a mis sur pied le projet Janus afin de mieux comprendre les multiples aspects de la pratique professionnelle des omnipraticiens-médecins de famille et de les aider à répondre aux besoins de la population de demain. Le projet comprend deux volets, la création d'une base de données exhaustive sur les omnipraticiens et la mise en place de programmes d'éducation et de recherche sur la médecine familiale.

En 1997, le CMFC effectuait son premier *Sondage national auprès des médecins de famille* (SNMF). Réalisé

M^{me} Isabelle Savard, B.Sc., M.A.P., est conseillère cadre à la Direction de la planification et de la régionalisation de la FMOQ. Le D^r Jean Rodrigue, M.Sc., en est le directeur.

La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada

résultats préliminaires d'un sondage pancanadien

**par Isabelle Savard
et Jean Rodrigue**

auprès d'un échantillon randomisé et stratifié composé de 5198 omnipraticiens répartis dans l'ensemble du Canada, le SNMF 1997 a été rempli par 3004 médecins. Les informations recueillies ont permis de créer la première Base de données nationales sur les médecins de famille. Les résultats du SNMF 1997 se trouvent sur le site Web du CMFC : www.cfpc.ca/Janus/janushome.htm.

Pour suivre l'évolution de la pratique professionnelle des médecins de famille, le CMFC a choisi de procéder à des sondages périodiques. En 2000, le CMFC décidait de procéder à un sondage auprès de tous les omnipraticiens canadiens afin de connaître la réalité de la pratique professionnelle et les perceptions du plus grand nombre de médecins de famille de toutes les régions du Canada.

Afin de réaliser le Sondage national auprès des médecins de famille 2001, le CMFC s'est associé à plusieurs partenaires, notamment la FMOQ, l'Association médicale canadienne, l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Méthodologie du sondage

Le sondage a été fait à l'aide d'un

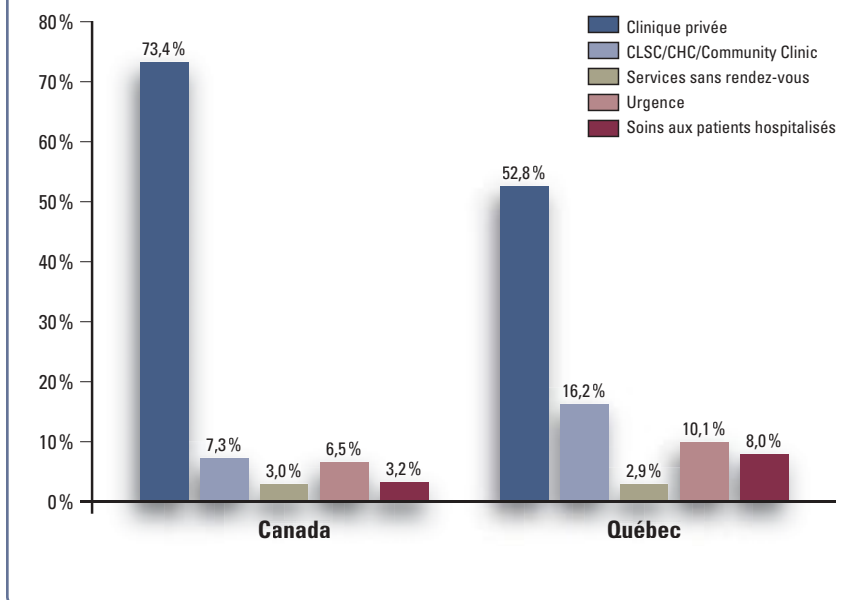
questionnaire écrit envoyé par la poste à tous les médecins omnipraticiens du Canada. La liste d'envoi avait été établie par IMS Health Canada et comprenait tous les médecins généralistes canadiens qui détiennent un permis d'exercer. Au total, 28 340 omnipraticiens de toutes les provinces et territoires du Canada ont été sollicités de répondre au SNMF 2001.

En février 2001, les questionnaires ont été envoyés aux 28 340 omnipraticiens, en français ou en anglais, selon la préférence indiquée pour chaque médecin dans la liste fournie par IMS Health Canada. Tous les médecins ont reçu une note de rappel deux semaines après l'envoi initial. Deux rappels postaux ont été faits auprès des médecins qui n'avaient pas répondu. En mai et en juin, deux autres rappels ont suivi, cette fois par télécopieur, ce qui a permis d'atteindre 58 % des médecins qui n'avaient pas répondu dont on connaissait le numéro de télécopieur.

Un groupe de travail du Comité de coordination du Projet Janus a élaboré le questionnaire du SNMF 2001, en faisant particulièrement attention à ce que les données recueillies soient comparables à celles du SNMF 1997. Des questions additionnelles permettent d'explorer d'autres dimensions de la pratique professionnelle

Figure 1

Le lieu principal de pratique



des médecins de famille. Une étude pilote, menée durant l'été 2000, a permis de valider le questionnaire et d'y apporter les modifications appropriées.

Le questionnaire du SNMF 2001 comprenait 16 pages. Le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord de l'Université Laurentienne assume la responsabilité de l'envoi du questionnaire, de la collecte et de la gestion des données.

Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon

Des 28 340 médecins de famille inscrits sur la liste d'envoi initiale, 360 n'ont pu être retrouvés. L'élimination de ces cas a réduit la liste initiale à 27 980 répondants possibles. De ce nombre, 14 319 ont répondu au sondage, ce qui représente 51,2 % de l'ensemble des omnipraticiens canadiens. Pour le Québec, le taux de réponse est de 47,8 %. La marge d'er-

reur des résultats du sondage, à l'échelle nationale, est de $\pm 0,64$ %, 19 fois sur 20.

Un certain nombre des répondants n'étaient pas admissibles à l'étude parce qu'ils étaient à la retraite, poursuivaient des études en résidence ou occupaient des postes de gestion ou de recherche à temps plein. Leurs noms ont donc été retirés de la base de données.

Au total, 38,2 % des répondants admissibles étaient des femmes, alors qu'elles représentent 34,0 % des médecins de famille au Canada. L'année médiane d'obtention du diplôme des répondants admissibles est 1981, alors qu'elle est de 1980 pour la population des médecins de famille canadiens.

En 1997, lors du premier sondage national effectué auprès des médecins de famille, un échantillon randomisé et stratifié composé de 5198 médecins de famille de l'ensemble du Canada

avaient reçu le questionnaire. Au total, 3004 omnipraticiens avaient répondu à ce sondage. Il convient donc d'être prudent dans les comparaisons avec les résultats de 1997, dont la marge d'erreur est forcément beaucoup plus élevée.

Les résultats du sondage

Les milieux de pratique

Les médecins de famille offrent des soins de santé aussi bien en première ligne dans les cabinets privés et les CLSC qu'en deuxième ligne, dans les unités hospitalières et les urgences des centres hospitaliers. Au Canada, 78,4 % des médecins de famille ont des activités dans une clinique privée, 12,5 % dans les cliniques communautaires ou les CLSC, 25,1 % dans les services d'urgence, alors que 35,3 % d'entre eux offrent des soins aux patients hospitalisés. Au Québec, les médecins de famille participent proportionnellement moins aux activités des cabinets privés (66,8 %), mais davantage à celles des CLSC (24,8 %), alors que leurs activités de deuxième ligne sont comparables à la moyenne canadienne. On remarque également qu'une plus forte proportion de médecins de famille québécois ont des activités dans des cliniques sans rendez-vous, soit 36,3 % au Québec comparativement à 18,5 % au Canada.

L'identification du lieu de pratique principal nous permet d'apporter un nouvel éclairage à ces données (figure 1). Bien que les médecins de famille exercent principalement dans les cabinets privés, bon nombre d'entre eux travaillent dans une variété de milieux. On remarque que moins de médecins de famille québécois font du cabinet privé leur lieu de pratique principal, mais qu'ils sont propor-

tionnellement plus nombreux à faire des CLSC leur lieu de pratique principal. Ils sont également proportionnellement plus nombreux au Québec à faire des centres hospitaliers leur lieu de pratique principal. Quant aux activités dans les cliniques sans rendez-vous, peu de médecins de famille en font leur lieu de pratique principal (seulement 2,9 % des médecins de famille québécois et 3,0 % de l'ensemble des médecins de famille canadiens).

Les médecins de famille sont de moins en moins nombreux à pratiquer en solo. Dans le SNMF de 1997, 31,3 % des médecins de famille canadiens avaient dit pratiquer en solo, et cette proportion a baissé à 25,3 % en 2001. La pratique de groupe est encore plus importante au Québec en 2001, où seulement 15,8 % des médecins de famille pratiquent en solo.

La période de travail

Nous avons demandé aux médecins de famille le nombre d'heures qu'ils consacrent à leurs activités professionnelles au cours d'une semaine moyenne de travail. Les résultats nous indiquent que la semaine de travail moyenne est de 42 heures pour les médecins de famille canadiens, et de 43 heures pour les médecins de famille québécois. Or, dans l'évaluation des heures travaillées, on oublie trop souvent le temps passé en dehors des activités cliniques, telles les heures passées au téléphone à la suite des activités cliniques, les heures passées en réunion pour s'occuper de questions entourant l'organisation des services ou encore, celles consacrées à la gestion du cabinet privé. Nous avons donc demandé aux médecins de famille de détailler leurs heures de travail selon différentes activités (tableau I). Ainsi, on apprend que les médecins de famille

Tableau I

Répartition du travail

	Nombre moyen d'heures travaillées par semaine	
	Canada	Québec
Soins directs aux patients au cabinet/à la clinique	28,47	23,54
Soins indirects aux patients (appels téléphoniques, etc.)	4,98	3,58
Visites à domicile	1,28	1,92
Travail à la salle d'urgence comme médecin de garde	4,94	4,75
Travail à la salle d'urgence pour traiter les patients	0,47	0,19
Soins intrahospitaliers	4,13	5,86
Soins intrahospitaliers dans d'autres établissements	1,23	1,67
Gestion de la pratique	1,49	1,11
Formation médicale continue	2,71	2,33
Enseignement	0,97	1,00
Activités liées à un travail de recherche	0,38	0,38
Activités administratives	1,15	1,29
Autres activités professionnelles	0,92	1,23
Total global	53,12	48,67

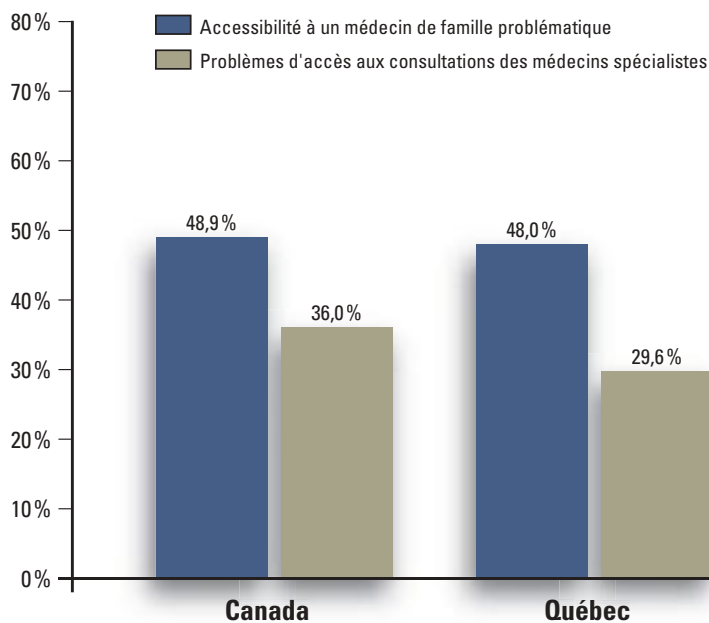
canadiens consacrent en moyenne 28,5 heures aux soins directs aux patients au cabinet, alors qu'au Québec, ils y consacrent 23,54 heures. Les services indirects aux patients tels les appels téléphoniques leur demandent également près de cinq heures de travail de plus par semaine (quatre pour le Québec). Les activités de gestion de leur pratique, de formation médicale continue et les tâches administratives viennent y ajouter encore cinq heures de travail. Au total, la semaine de travail normale d'un médecin de famille serait donc davantage de 53,1 heures au Canada et de 48,7 heures au Québec, sans les activités de garde. La comparaison avec les données du SNMF 1997

indique une augmentation du nombre moyen d'heures travaillées par les médecins de famille, aussi bien à l'échelle du Canada qu'à celle du Québec. En 1997, la moyenne canadienne était de 50,7 heures, alors que celle du Québec était de 44,5 heures.

Les médecins de famille ont été interrogés sur le nombre moyen de patients qu'ils voient dans une semaine normale de travail, peu importe leur lieu de pratique. Ce nombre varie de façon importante. Les médecins canadiens voient en moyenne 124 patients par semaine, alors qu'au Québec, ce nombre moyen est de 92 patients. Il s'agit d'une donnée brute qui ne tient pas compte de l'organisation des

Figure 2

Des secteurs plus problématiques



services ni du contexte dans lequel la consultation a lieu. Plusieurs facteurs contribuent à cette différence, notamment l'engagement plus important des médecins de famille québécois en deuxième ligne, où l'on voit généralement moins de patients pour une même période de temps. Malgré tout, cette donnée croisée avec celle du nombre d'heures travaillées aux soins directs des patients indique que les médecins de famille québécois voient en moyenne 3,9 patients à l'heure, alors que les médecins de famille canadiens voient en moyenne 4,4 patients à l'heure. La différence n'est donc pas aussi importante que nous pourrions le croire.

La garde

La plupart des médecins de famille (73,3 % au Canada et 61,5 % au Qué-

bec) offrent des services de garde, que ce soit pour les clientèles inscrites au maintien à domicile ou pour les patients hospitalisés dans les centres de soins de longue durée (CHSLD) ou de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Le taux moyen de participation aux services de garde est moins important au Québec que dans l'ensemble du Canada, ce qui peut être en grande partie attribué aux différences dans l'organisation des services d'urgence. Au Québec, peu de médecins sont de garde à l'urgence, puisqu'il y a généralement au moins un médecin sur place. L'Ontario fonctionne également de cette façon sur le plan des services d'urgence, et les taux de participation à la garde y sont semblables. Ces heures de garde doivent être calculées en sus du nombre moyen d'heures travaillées. Cela représente en moyenne

20 heures par semaine au Canada, et 17,5 heures au Québec. L'addition des deux indique que les médecins de famille travaillent en moyenne 73 heures par semaine au Canada, et 66 heures au Québec.

L'accès aux soins

Depuis quelques années, les problèmes d'accessibilité aux services médicaux semblent de plus en plus aigus. Or, les réponses au sondage indiquent que 67,7 % des médecins de famille canadiens pensent qu'il existe des problèmes d'accessibilité aux services médicaux généraux. Cette proportion était de 52,7 % en 1997. Les données québécoises révèlent des taux semblables. Cette augmentation nous amène à penser qu'il y a eu une détérioration de l'accessibilité aux services médicaux généraux dans les dernières années. Certains secteurs ont été plus particulièrement montrés du doigt (figure 2). Au total, 48,9 % des médecins de famille canadiens estiment que le problème le plus important est l'accessibilité à un médecin de famille. Les problèmes d'accès aux consultations des médecins spécialistes sont également importants selon 36 % des médecins de famille canadiens et 30 % des médecins de famille québécois.

Un médecin de famille ne peut dispenser des soins qu'à un nombre limité de patients sous peine de diminuer la qualité des services qu'il donne. Face à cette réalité, certains médecins décident de cesser d'accepter de nouveaux patients ou n'en prennent que sous certaines conditions. Le SNMF 2001 a demandé aux médecins de famille s'ils acceptaient ou non de nouveaux patients dans leur pratique. La figure 3 révèle que 30 % des médecins de famille canadiens et 38 % des mé-

decins de famille québécois acceptent des nouveaux patients sans aucune condition. Par contre, 59,2 % des médecins de famille canadiens et 57,9 % des médecins de famille québécois n'acceptent de nouveaux patients que sous certaines conditions. Ainsi, un médecin peut n'accepter un patient que s'il lui est adressé par un confrère, s'il soigne déjà des membres de sa famille, s'il s'agit d'un ami de l'un de ses patients, ou encore, si ce nouveau patient souffre d'un problème médical relevant de son expertise particulière. Par ailleurs, 6,9 % des médecins de famille canadiens et 4,2 % des médecins de famille québécois n'acceptent plus aucun nouveau patient.

Changements dans la pratique

La disponibilité des soins de santé dépend en grande partie du nombre d'heures travaillées par les médecins et de la répartition de ces heures de travail entre les différentes sphères d'activité. Nous avons demandé aux médecins de famille s'ils avaient apporté des changements à leur profil de pratique dans les deux dernières années ou s'ils comptaient en apporter dans les deux prochaines années. Au total, 23,8 % des médecins de famille canadiens ont réduit l'étendue de leur pratique, et 10,5 % prévoient le faire au cours des deux prochaines années. Même si 14,8 % des médecins de famille canadiens ont augmenté leur nombre d'heures de travail dans les deux dernières années, et que 2,3 % prévoient le faire dans les deux prochaines années, cela ne compensera pas pour les 20,3 % qui l'ont déjà réduit et les 19,4 % qui prévoient faire de même. On peut donc présumer qu'il y a eu une diminution de la force de travail à l'échelle canadienne et qu'elle se poursuivra dans les pro-

chaines années.

On observe la même tendance au Québec, mais de façon plus marquée. Ainsi, même si 17,3 % des médecins de famille québécois ont augmenté leur nombre d'heures de travail, 22,7 % d'entre eux l'ont diminué dans les deux dernières années, et 25,1 % prévoient le faire dans les deux prochaines années. Cette diminution de la force de travail ne sera pas compensée par le maigre 2,2 % qui prévoient augmenter leur nombre d'heures de travail.

La mobilité

Parmi les répondants, 3,9 % pensaient quitter le Canada pour un autre pays, et 4,0 % pensaient aller dans une autre province canadienne. Ces taux sont beaucoup moins importants au Québec. Seulement 2,2 % songent à quitter le Canada, et 2,0 % à quitter le Québec pour une autre province. Ces données confirment les résultats d'autres études sur la question. Il est clair que la mobilité des médecins de famille québécois est beaucoup moins prononcée qu'ailleurs au Canada et qu'elle a un effet très faible sur la variation des effectifs^{1,2}.

Discussion

Les données démographiques sur les répondants admissibles au sondage révèlent une surreprésentation des femmes dans l'échantillon. Au total, 38,2 % des répondants admissibles étaient des femmes, alors qu'elles représentent 34,0 % des médecins de famille au Canada. Cette surreprésentation des femmes par rapport à leur poids démographique peut avoir influé sur certaines données, notamment le nombre d'heures travaillées et la participation aux dif-

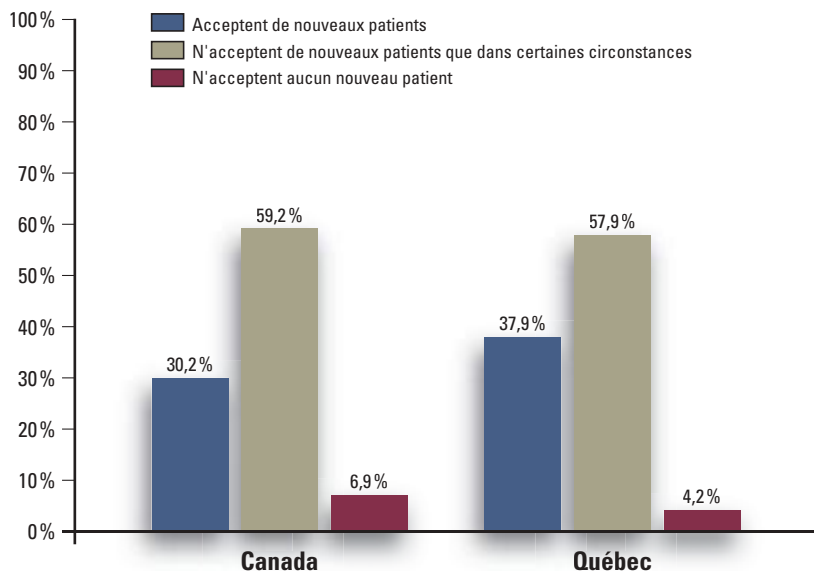
férents secteurs d'activités. Les données finales devront donc faire l'objet d'une pondération. Nous pouvons cependant faire plusieurs constatations sans crainte de nous tromper.

Il y a des problèmes d'accessibilité aux services médicaux généraux aussi bien au Canada qu'au Québec. Le plus souvent, ce sont les problèmes d'accès à un médecin de famille qui sont évoqués ; viennent ensuite les problèmes d'accès aux consultations des spécialistes. La grande majorité des médecins de famille considèrent qu'il y a des problèmes d'accessibilité aux soins médicaux généraux, et l'accès à un médecin de famille est considéré comme le plus grand problème. Les pénuries de médecins de famille observées à l'échelle du Québec² et du Canada n'y sont pas étrangères. La comparaison des résultats du SNMF 1997 et de ceux du SNMF 2001 indique que les médecins de famille ont globalement augmenté leur nombre d'heures de travail dans les dernières années, probablement sous la pression engendrée par les pénuries de médecins. Cependant, il semble qu'on en soit arrivés au point où l'on ne peut demander aux médecins de famille d'en faire davantage. Une proportion importante des médecins interrogés projettent de réduire leurs heures de travail au cours des prochaines années, soit 19,4 % au Canada et 25,1 % au Québec. Les médecins qui envisagent de les augmenter ne sont pas assez nombreux pour compenser cette diminution (2,3 % au Canada et 2,2 % au Québec).

Les médecins de famille québécois sont proportionnellement près de deux fois plus nombreux à faire du CHSGS leur lieu de pratique principal que les médecins de famille canadiens, que ce soit pour des activités à l'urgence ou auprès des patients hospitalisés.

Figure 3

Accessibilité des médecins de famille



S'il est vrai que la proportion des médecins qui ont des activités dans des cliniques sans rendez-vous est beaucoup plus élevée au Québec que dans l'ensemble du Canada, la proportion de ceux qui en font leur lieu de pratique principal est minime (2,9 %) et se compare à la moyenne canadienne (3,0 %). Les activités dans les cliniques sans rendez-vous apparaissent donc davantage comme un service complémentaire offert aux patients des médecins qui offrent déjà une prise en charge et un suivi sur rendez-vous, et non comme un modèle de pratique.

La grande majorité des médecins de famille pratiquent maintenant en groupe. Au Québec, cette tendance est particulièrement importante. Seulement 15,8 % des médecins de famille du Québec pratiquent en solo. L'augmentation des frais de pratique au ca-

binet privé, la crainte de l'isolement de même que l'accent mis sur des modèles de pratique axés sur l'intégration des soins sont autant de facteurs qui favorisent le regroupement des médecins de famille.

Les médecins de famille ont toujours de longues heures de travail. Si nous tenons compte des activités de garde, ils travaillent en moyenne 73 heures par semaine au Canada, et 66 heures au Québec.

Le nombre moyen de patients vus par semaine par les médecins de famille au Québec est inférieur à la moyenne canadienne. Cependant, quand on regarde le nombre de patients vus par des médecins de famille par semaine par rapport au nombre d'heures de travail clinique, on obtient une moyenne de 3,9 patients à l'heure. Pour le maintien de services de qualité à la popu-

lation, cette moyenne semble raisonnable. La moyenne au Canada serait de 4,4 patients à l'heure.

LES DIFFÉRENCES OBSERVÉES entre les résultats relatifs aux médecins québécois et ceux portant sur l'ensemble des médecins de famille canadiens sont importantes. Il ne serait pas étonnant de constater que le Québec fait figure de précurseur quant aux tendances à venir sur le plan de la pratique de la médecine familiale. La féminisation des effectifs médicaux est déjà beaucoup plus importante au Québec que dans les autres provinces. Même s'il ne s'agit pas de la seule variable influant sur les profils de pratique, elle pourrait dès lors expliquer bon nombre de différences.

Au cours des prochains mois, nous aurons accès à l'ensemble des résultats et nous pourrons procéder à des analyses plus fines et à des comparaisons interprovinciales selon les secteurs d'activités, les données démographiques (âge, sexe) ou encore, le degré d'urbanité des lieux où pratiquent les médecins de famille. Ce ne sont là que quelques exemples. Nous en viendrons ainsi à mieux comprendre la pratique professionnelle des médecins de famille et, le cas échéant, à dégager certaines tendances à venir. □

Bibliographie

Sur la migration :

1. Gauthier G. *Analyse de la migration des médecins*. Québec : MSSS, Direction générale des relations professionnelles, 1999 (document reprographié) : 46 pages.
2. Savard I, Rodrigue J. Les premières années de pratique des omnipraticiens : étude des cohortes 1989 à 1997. *Le Médecin du Québec* 1999 ; 34 (2) : 105-14.

Sur les pénuries de médecins de famille :

- Savard I, Rodrigue J. Trop ou trop peu d'omnipraticiens au Québec ? *Le Médecin du Québec* 2001 ; 36 (10) : 107-14.