

# L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens

par Isabelle Savard et Jean Rodrigue

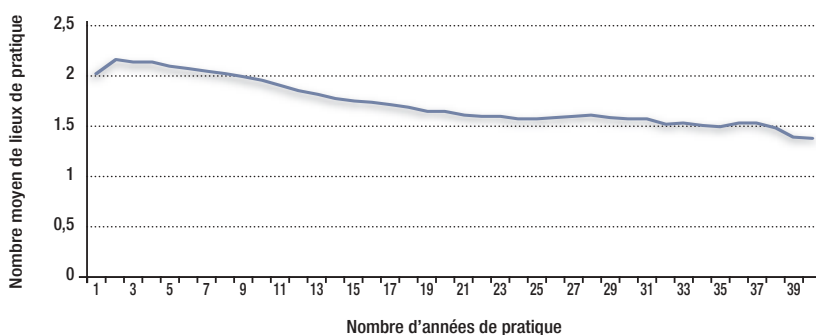
Les pénuries de médecins omnipraticiens touchent toutes les régions du Québec et affectent l'accessibilité aux soins dans tous les secteurs. Dans un tel contexte, il devient essentiel de mieux comprendre les choix professionnels des omnipraticiens, notamment les secteurs d'activité qu'ils privilégient à différents moments de leur carrière. Nous présentons une analyse de ces choix pour l'ensemble des omnipraticiens durant la période de 1992 à 2002. Nous avons retenu deux angles d'observation : l'évolution annuelle des effectifs par secteurs d'activité et les choix prédominants au cours de la carrière des médecins omnipraticiens québécois.

**L**ES MÉDECINS OMNIPRATICIENS exercent dans plusieurs contextes, tant au niveau de la première ligne de services de santé (cabinets médicaux, CLSC, CHSLD et CR\*) que de la deuxième et de la troisième ligne (CHSGS, CHU\*). Au terme de leur formation, les omnipraticiens sont habilités à « [...] offrir un éventail de services aux patients de tout âge. Ils sont experts dans les problèmes courants, dans les urgences usuelles, dans les soins aigus et chroniques, dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé<sup>1</sup> ». À l'hôpital, on recourt à leur expertise dans des situations complexes comme l'évaluation et le suivi de patients ayant plusieurs problèmes de santé (à l'unité d'hospitalisation), l'évaluation de problèmes indifférenciés (à l'urgence) ou l'approche globale de patients aux prises avec des problèmes physiques et psychologiques (à l'unité de gériatrie ou de

*M<sup>me</sup> Isabelle Savard, B.Sc., M.A.P., est conseillère en politique de la santé à la direction de la planification et de la régionalisation de la FMOQ. Le D<sup>r</sup> Jean Rodrigue, M.Sc., est directeur de la planification et de la régionalisation. Les auteurs poursuivent des travaux intitulés « Des omnipraticiens à la grandeur du Québec » sur les effectifs et les profils de pratique des médecins omnipraticiens.*

FIGURE 1

Évolution du nombre moyen de lieux de pratique des omnipraticiens de 1992-1993 à 2000-2001 selon le nombre d'années de pratique



soins palliatifs). Pour la plupart, ils cumulent des activités professionnelles dans plusieurs milieux et à différents niveaux de soins. Ils assurent habituellement en groupe la continuité de leurs services.

## La polyvalence dans les lieux de pratique

Les médecins omnipraticiens œuvrent généralement dans plus d'un milieu de pratique, particulièrement durant les

\* CLSC : centre local de services communautaires ; CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; CR : centre de réadaptation ; CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ; CHU : centre hospitalier universitaire.

## Éléments méthodologiques

### Sources des données

Notre principale source d'information sur la pratique des omnipraticiens est la base de données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) issues des fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). On y retrouve, par secteur d'activité, tout ce qui a été facturé par les omnipraticiens dans le cadre du régime de l'assurance maladie, que ces médecins soient rémunérés à l'acte, à tarif horaire, à honoraires fixes, ou encore, à forfait. Les données disponibles sur les omnipraticiens couvrent la période de 1992-1993 à 2001-2002.

Certaines données sur la pratique des médecins omnipraticiens proviennent du sondage JANUS 2000 effectué par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) auprès de l'ensemble des omnipraticiens canadiens\*.

Les informations démographiques proviennent du *Répertoire des municipalités du Québec 2002* produit par le ministère des Affaires municipales et de la Métropole du Québec.

### Population à l'étude

Pour évaluer la participation des omnipraticiens aux différents secteurs d'activité durant la période de 1992-1993 à 2001-2002, nous avons sélectionné les médecins omnipraticiens qui avaient gagné plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière. L'utilisation de ce critère nous amène à considérer 94 % des omnipraticiens ayant facturé des services à la RAMQ en 2001-2002 et 99 % de la masse monétaire consacrée aux services médicaux offerts par les médecins omnipraticiens au Québec pour la même année.

Nous voulions également pouvoir donner un aperçu de la pratique des médecins omnipraticiens tout au long de leur carrière. Pour ce faire, nous avons sélectionné tous les médecins omnipraticiens ayant facturé 1,00 \$ et plus entre 1992-1993 et 2000-2001 inclusivement. Nous avons observé les activités de ces médecins pour chacune des années de pratique durant cette période (tableau 1). Ainsi, nous retrouvons neuf cohortes de médecins pour chacune des années de pratique considérées, ce qui représente, jusqu'à la vingt-septième année de pratique, entre 1000 et 2500 médecins par année.

### Variables et mesures

Les variables démographiques considérées sont l'âge, le nombre d'années en exercice et la région d'installation d'un médecin. Cette dernière a été déterminée à partir de sa facturation. Pour qu'un médecin soit considéré comme installé dans une région, il devait y avoir facturé plus de 50 % de son revenu total. En 2001-2002, 99 % des médecins omnipraticiens ayant facturé 1,00 \$ et plus à la RAMQ durant l'année répondaient à ce critère.

Le volume d'activités des médecins est évalué en *Équivalent temps plein* (ETP<sub>RM</sub>)<sup>†</sup>. Notre méthode permet de mesurer la force de travail des omnipraticiens dans différentes situations, en utilisant tous les revenus facturés à la RAMQ par chaque individu pour toutes ses activités médicales. Cette méthode utilise des niveaux de percentiles de revenu pour définir quels sont les médecins considérés comme travaillant à temps plein et permet d'ajuster vers le haut ou vers le bas cette équivalence pour les médecins se trouvant aux extrêmes de l'échelle de revenus. Elle repose sur les deux postulats suivants : les revenus des omnipraticiens correspondent au volume de leurs activités ; il y a équivalence dans la valeur monétaire des services entre les différents milieux de pratique.

La détermination du nombre d'ETP<sub>RM</sub> en première et en deuxième ligne a été faite à partir de la proportion de revenu gagné dans chacune des lignes de soins par rapport au revenu total de l'individu. Sur la base du niveau d'intensité des activités, de l'expertise et du plateau technique qu'elles nécessitent, nous avons considéré comme étant de la première ligne les activités réalisées dans les cabinets médicaux, à domicile et dans les CLSC. Les activités effectuées dans les CHSGS ont été considérées comme de la deuxième ligne, bien que certaines d'entre elles puissent être considérées comme des activités de première ligne, notamment dans certaines salles d'urgence. Cette typologie semble néanmoins refléter la majeure partie de la réalité. Nous avons pour habitude de considérer les activités dans les CHSLD comme étant de la première ligne. Cette classification suscite de plus en plus de controverses. En effet, il semble que les clientèles soignées dans les CHSLD sont devenues bien plus lourdes, et que les cas qui auparavant devaient être transférés vers les CHSGS sont maintenant plus souvent traités dans les CHSLD. C'est pourquoi nous avons préféré ne plus nous référer au concept de ligne de soins dans le cas des activités effectuées dans les CHSLD.

La première année de pratique correspond à l'année où un médecin a facturé pour la première fois à la RAMQ. La première année de pratique est celle où le médecin choisit l'endroit où il exercera, de quelle façon, quelle proportion de son temps il consacra à certaines activités et où il construit sa clientèle. Les résultats doivent donc être interprétés prudemment puisqu'il s'agit d'une année d'adaptation.

Pour qu'un médecin soit considéré comme participant à une activité, il devait y avoir gagné plus de 1 000 \$ durant l'année financière considérée.

Nous avons limité les secteurs d'activité observés aux cabinets médicaux, aux CLSC, aux CHSLD, aux salles d'urgence et aux soins donnés aux patients hospitalisés. Ces activités représentent environ 92 % de la masse monétaire totale consacrée aux services offerts par les médecins omnipraticiens.

\* Pour le Québec, le taux de réponse à ce sondage était de 47,8 %. La marge d'erreur des résultats du sondage, au niveau national, est de  $\pm 0,64$  %, 19 fois sur 20. Pour plus de détails sur la méthodologie du sondage, vous pouvez consulter : Savard I, Rodrigue J. La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada : Résultats préliminaires d'un sondage pancanadien. *Le Médecin du Québec* novembre 2001 ; 36 (11) : 103-8.

† ETP<sub>RM</sub> : Pour chaque individu dont le revenu total se situe entre le 40<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> percentile de la répartition de revenu, nous avons attribué un ETP<sub>RM</sub>. Les médecins dont le revenu est inférieur au 40<sup>e</sup> percentile de la répartition de revenus se sont vu attribuer une fraction d'ETP<sub>RM</sub> équivalente au revenu total du médecin divisé par le 40<sup>e</sup> percentile de la répartition. Pour ceux dont le revenu est supérieur au 60<sup>e</sup> percentile, nous avons calculé l'ETP<sub>RM</sub> de la façon suivante :  $1 + \ln(\text{revenu total du médecin} \div 60^{\text{e}} \text{ percentile})$ . Cette méthode de calcul des ETP<sub>RM</sub> a été adaptée à partir de la méthodologie mise au point par Santé Canada<sup>2</sup>.

T A B L E A U I

Cohortes et nombre de médecins considérés

Nombre d'années de pratique	Cohortes considérées	Nombre total de médecins considérés
1	1992-1993 à 2000-2001	1770
2	1991-1992 à 1999-2000	1857
3	1990-1991 à 1998-1999	1864
4	1989-1990 à 1997-1998	1702
5	1988-1989 à 1996-1997	1809
6	1987-1988 à 1995-1996	1885
7	1986-1987 à 1994-1995	1962
8	1985-1986 à 1993-1994	2052
9	1984-1985 à 1992-1993	2115
10	1983-1984 à 1991-1992	2113
11	1982-1983 à 1990-1991	2137
12	1981-1982 à 1989-1990	2203
13	1980-1981 à 1988-1989	2429
14	1979-1980 à 1987-1988	2474
15	1978-1979 à 1986-1987	2520
16	1977-1978 à 1985-1986	2538
17	1976-1977 à 1984-1985	2503
18	1975-1976 à 1983-1984	2471
19	1974-1975 à 1982-1983	2422
20	1973-1974 à 1981-1982	2364
21	1972-1973 à 1980-1981	2288
22	1971-1972 à 1979-1980	2140
23	1970-1971 à 1978-1979	1907
24	1969-1970 à 1977-1978	1686
25	1968-1969 à 1976-1977	1471
26	1967-1968 à 1975-1976	1291
27	1966-1967 à 1974-1975	1090
28	1965-1966 à 1973-1974	940
29	1964-1965 à 1972-1973	760
30	1963-1964 à 1971-1972	636
31	1962-1963 à 1970-1971	552
32	1961-1962 à 1969-1970	489
33	1960-1961 à 1968-1969	461
34	1959-1960 à 1967-1968	432
35	1958-1959 à 1966-1967	423
36	1957-1958 à 1965-1966	392
37	1956-1957 à 1964-1965	350
38	1955-1956 à 1963-1964	325
39	1954-1955 à 1962-1963	295
40	1953-1954 à 1961-1962	254

premières années d'activité professionnelle. La *figure 1* nous indique le nombre moyen de lieux de pratique des médecins omnipraticiens selon le nombre d'années de pratique. Nous n'avons considéré que les activités effectuées dans les cabinets médicaux, les CLSC, les CHSLD, à l'urgence et auprès des patients hospitalisés. Nous observons pour l'ensemble des années de pratique étudiées que les médecins travaillent en moyenne dans plus d'un lieu de pratique. Toutefois, dès la troisième année d'exercice, le nombre moyen de lieux de pratique diminue progressivement.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce comportement. La difficulté de gérer un emploi du temps réparti entre plusieurs secteurs de pratique amène plusieurs médecins à vouloir concentrer leurs activités. Soulignons également la difficulté de maintenir à jour ses connaissances lorsqu'on exerce dans de nombreux domaines. D'autres développent avec le temps des intérêts professionnels qui les amènent à vouloir se consacrer davantage à certaines activités.

**Les omnipraticiens et la première ligne**

**Évolution des effectifs dans les cabinets médicaux de 1992-1993 à 2001-2002**

La grande majorité des médecins omnipraticiens exercent dans un cabinet médical. En 2001-2002, ils étaient 5081 à le faire, ce qui représente 73 % de l'ensemble des omnipraticiens (*tableau II*).

Les effectifs des cabinets médicaux avaient connu peu de changements entre les années 1992-1993 et 1996-1997, et ceux-ci progressaient pratiquement au même rythme que la croissance générale des effectifs. Les pertes

Le fil d'Ariane

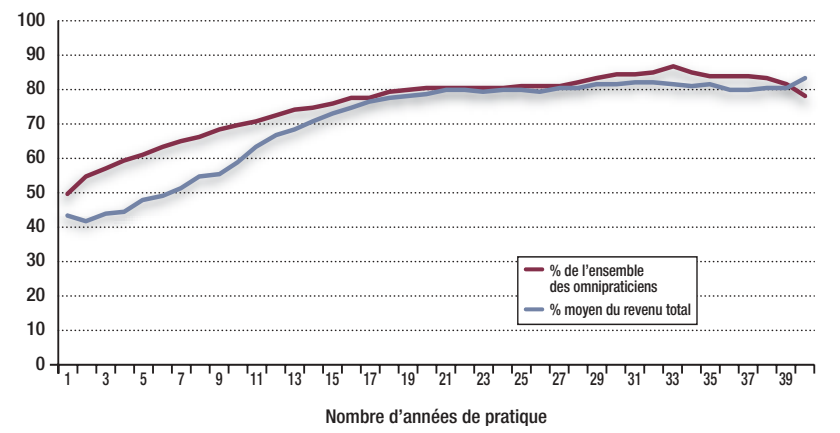
## TABLEAU II

## Évolution des effectifs dans les cabinets médicaux de 1992-1993 à 2001-2002

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n = 6356)	4956	78 %	69 %
1993-1994 (n = 6463)	4973	77 %	68 %
1994-1995 (n = 6552)	5012	76 %	68 %
1995-1996 (n = 6642)	5103	77 %	68 %
1996-1997 (n = 6648)	5140	77 %	68 %
1997-1998 (n = 6575)	5067	77 %	68 %
1998-1999 (n = 6551)	5005	76 %	68 %
1999-2000 (n = 6669)	5073	76 %	68 %
2000-2001 (n = 6820)	5073	74 %	67 %
2001-2002 (n = 6952)	5081	73 %	67 %

## FIGURE 2

## Activités dans un cabinet médical



enregistrées entre les années 1996-1997 et 1998-1999 pouvaient être attribuées aux programmes de départ à la retraite. Entre 1999-2000 et 2001-2002, cette proportion a diminué de 3 %, et le nombre absolu de médecins y pratiquant n'a presque pas augmenté. Les données sur les autres secteurs de pratique nous indiquent que les cabinets médicaux sont les seuls à ne pas avoir connu de croissance durant les dernières années.

### Le cabinet médical dans la carrière des omnipraticiens

À peine 50 % des médecins omnipraticiens ont des ac-

tivités dans un cabinet médical à leur première année de pratique (figure 2). Cette participation augmente avec le nombre d'années de pratique, de même que la proportion moyenne de revenu gagné dans cette activité. Le taux de participation augmente jusqu'à la dix-neuvième année de pratique pour se stabiliser à environ 80 %. La proportion moyenne de revenu gagné dans un cabinet médical augmente aussi de façon graduelle jusqu'à la dix-septième année de pratique, puis se stabilise à une hauteur de 80 % également.

### L'évolution des effectifs dans les CLSC

Les médecins omnipraticiens sont de plus en plus nombreux à avoir des activités dans les CLSC. En 1992-1993, 18 % des omnipraticiens y exerçaient, alors qu'en 2001-2002, ce taux atteignait 26 % (tableau III). La proportion moyenne de revenu gagné dans cette activité a diminué d'année en année, demeurant quand même à 53 % en 2001-2002. Il s'agit donc d'un lieu d'exercice qui semble en expansion. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'attrait des CLSC, notamment les modalités de rémunération, les possibilités de travail à temps partiel, la possibilité de pratiquer avec des équipes multidisciplinaires et la reconnaissance automatique des médecins de CLSC comme adhérents à l'entente sur les activités médicales particulières (AMP).

### Le CLSC dans la carrière des omnipraticiens

Nous observons une participation plus faible chez les omnipraticiens ayant un nombre d'années de pratique plus élevé (figure 3). À la lumière des données du tableau III, nous pouvons affirmer qu'il s'agit là d'un effet de génération. En effet, les médecins omnipraticiens n'ont commencé leur entrée dans les CLSC qu'au début des années 1970. Il est donc normal qu'il y ait moins de médecins ayant des activités dans les CLSC chez les médecins plus âgés. Nous remarquons que la moyenne du revenu gagné

au CLSC varie entre 50 et 60 % selon les années de pratique, sans que nous puissions dégager de tendance.

### Les omnipraticiens, d'abord des médecins de famille !

Les médecins omnipraticiens qui travaillent dans les cabinets médicaux et les CLSC offrent des services essentiels à la population. Le sondage JANUS 2000 (voir l'*encadré*) s'est intéressé aux services offerts par les omnipraticiens québécois<sup>3</sup>. Nous avons procédé au recoupement selon le lieu de pratique principal. Nous observons que les médecins pratiquant principalement dans les cabinets médicaux et les CLSC offrent des services de prise en charge des maladies chroniques (94 %), des visites à domicile (72 %) et des services de psychothérapie (plus de 92 %). Ils s'impliquent également beaucoup dans les autres soins de santé mentale (78 % au cabinet et 85 % au CLSC) et en médecine préventive (71 % au cabinet et 83 % au CLSC) (*tableau IV*). À la lumière de ces données, nous observons qu'il y a finalement peu de différences dans la nature des activités des médecins omnipraticiens travaillant dans un cabinet médical et un CLSC, si ce n'est la participation plus importante des médecins exerçant principalement dans un CLSC aux activités liées à la santé mentale et à la prévention, de même qu'aux soins impliquant l'association à des équipes multidisciplinaires.

### Les activités dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

#### L'évolution des effectifs dans les CHSLD

Depuis 1992-1993, les effectifs des CHSLD semblaient en perte de vitesse (*tableau V*). De 1992-1993 à 1996-1997, la proportion d'omnipraticiens ayant des activités dans un CHSLD a diminué d'année en année. Durant la période des départs massifs à la retraite, le nombre de médecins a diminué, alors que la proportion des participants à ce sec-

teur d'activité est restée constante. Cette situation faisait également écho à la diminution du nombre de lits dans les CHSLD durant ces années. Depuis 1998-1999, les CHSLD ont vu augmenter le nombre d'omnipraticiens y pratiquant au même rythme que l'évolution des effectifs au Québec. Les dernières données laissent donc présager une stabilisation de la participation des omnipraticiens dans les CHSLD et une croissance des effectifs correspondant à la croissance du nombre total d'omnipraticiens. L'exclusion des activités effectuées dans les CHSLD de l'application du décret et

T A B L E A U III

### Évolution des effectifs dans les CLSC de 1992-1993 à 2001-2002

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n = 6356)	1147	18 %	55 %
1993-1994 (n = 6463)	1215	19 %	57 %
1994-1995 (n = 6552)	1253	19 %	56 %
1995-1996 (n = 6642)	1375	21 %	58 %
1996-1997 (n = 6648)	1497	23 %	56 %
1997-1998 (n = 6575)	1578	24 %	54 %
1998-1999 (n = 6551)	1646	25 %	53 %
1999-2000 (n = 6669)	1695	25 %	53 %
2000-2001 (n = 6820)	1772	26 %	52 %
2001-2002 (n = 6952)	1777	26 %	53 %

F I G U R E 3

### Activités dans un CLSC

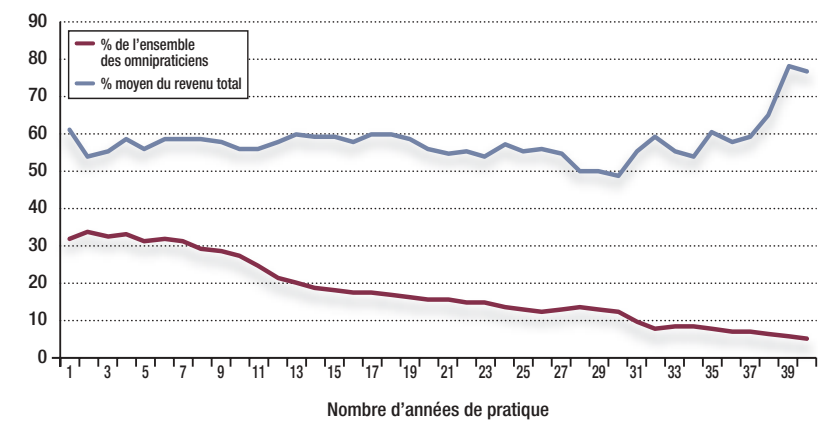


TABLEAU IV

## Services offerts par les médecins omnipraticiens selon le lieu principal de pratique

	Principalement cabinet médical	Principalement CLSC	Ensemble des médecins
Prise en charge des maladies chroniques	93,6 %	94,0 %	87,1 %
Visites à domicile	72,4 %	72,1 %	62,1 %
Médecine du travail	26,0 %	15,7 %	23,2 %
Soins palliatifs	63,6 %	66,0 %	61,4 %
Médecine préventive	71,1 %	82,5 %	67,8 %
Psychothérapie/ <i>counselling</i>	94,1 %	92,1 %	87,4 %
Autres soins de santé mentale	78,1 %	84,6 %	74,7 %
Médecine du sport	35,2 %	27,2 %	32,1 %
Soins aux toxicomanes	21,4 %	31,2 %	23,7 %
Coordination des autres services médicaux utilisés par le patient	54,5 %	66,1 %	53,3 %
Soins aux patients sans rendez-vous aux heures normales	85,6 %	85,0 %	79,9 %

TABLEAU V

## Évolution des effectifs dans les CHSLD de 1992-1993 à 2001-2002

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n = 6356)	1257	20 %	13 %
1993-1994 (n = 6463)	1255	19 %	15 %
1994-1995 (n = 6552)	1266	19 %	15 %
1995-1996 (n = 6642)	1163	18 %	17 %
1996-1997 (n = 6648)	1132	17 %	17 %
1997-1998 (n = 6575)	1105	17 %	17 %
1998-1999 (n = 6551)	1095	17 %	18 %
1999-2000 (n = 6669)	1127	17 %	19 %
2000-2001 (n = 6820)	1179	17 %	20 %
2001-2002 (n = 6952)	1152	17 %	21 %

une pratique principale dans un cabinet médical.

## L'évolution de la carrière des omnipraticiens et la pratique dans les CHSLD

La participation aux activités dans un CHSLD croît avec le nombre d'années de pratique. À la première année de pratique, à peine 20 % des omnipraticiens y ont des activités (*figure 4*). Cette proportion augmente graduellement. Elle est de plus de 30 % vers la trentième année de pratique. La proportion moyenne de revenu gagné dans cette activité demeure autour de 15 % dans les 20 premières années, puis augmente constamment. Il s'agit donc d'une pratique complémentaire pour la plupart des médecins qui y exercent.

la reconnaissance de celles-ci dans le cadre de l'entente sur les AMP n'y est probablement pas étrangère. Soulignons que les médecins omnipraticiens qui ont des activités dans un CHSLD les font généralement en complémentarité avec

## Les activités dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

## La pratique dans les CHSGS

Les activités dans les CHSGS représentent une part im-

portante des services offerts par les médecins omnipraticiens. Ainsi, 33 % du volume des services rendus par les omnipraticiens au Québec en 2001-2002 provenaient de leurs activités dans les CHSGS. Cette proportion varie de façon importante d'une région à l'autre, allant de 23 à 71 % (tableau VI). Ces services peuvent être offerts par des médecins installés dans la région, ou encore par des médecins dépanneurs.

Le rôle de l'omnipraticien en deuxième ligne au Québec est très diversifié et souvent difficile à circonscrire. L'organisation des services qui prévaut dans les différentes régions du Québec, la dispersion de la population sur le territoire, la présence d'autres professionnels de la santé, notamment celle des médecins spécialistes, le nombre de points de service à couvrir sont

autant de facteurs qui influent directement sur la part qu'occupent les services de deuxième ligne dans la pratique des médecins omnipraticiens.

FIGURE 4

Activités dans un CHSLD

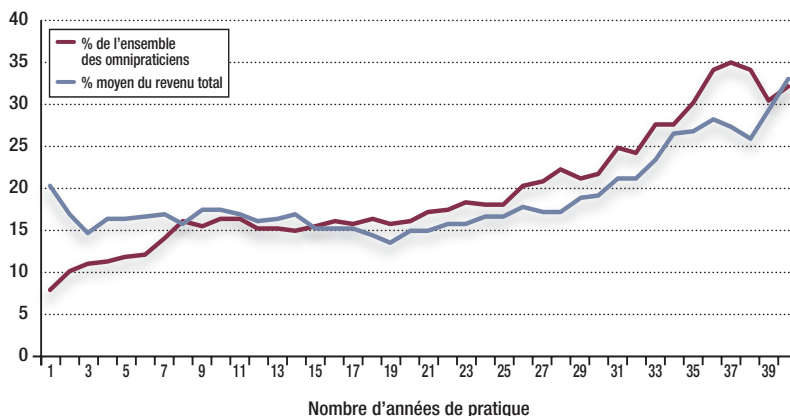


TABLEAU VI

Les activités des omnipraticiens en ETP selon les lignes de soins

Régions	Nombre d'ETP <sub>RM</sub>	Nombre d'ETP <sub>RM</sub> dans les CHSGS	Proportion des services rendus en deuxième ligne par rapport à l'ensemble des services
01- Bas-Saint-Laurent	206	79	38 %
02- Saguenay/Lac-Saint-Jean	262	109	42 %
03- Québec	685	226	33 %
04- Mauricie/Centre-du-Québec	391	126	32 %
05- Estrie	299	82	27 %
06- Montréal-Centre	1720	530	31 %
07- Outaouais	277	96	35 %
08- Abitibi-Témiscamingue	151	73	48 %
09- Côte-Nord	123	71	58 %
11- Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	136	74	54 %
12- Chaudière-Appalaches	361	83	23 %
13- Laval	251	65	26 %
14- Lanaudière	298	91	31 %
15- Laurentides	391	127	32 %
16- Montérégie	1043	293	28 %
Régions isolées	68	48	71 %
Total	6667	2172	33 %

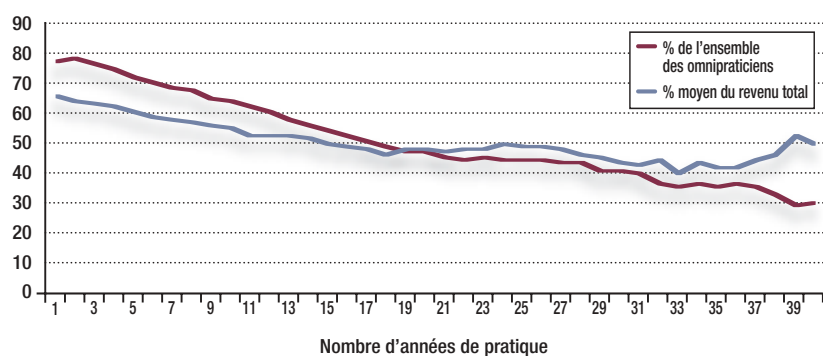
T A B L E A U VII

Évolution des effectifs dans les CHSGS de 1992-1993 à 2001-2002

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n = 6356)	4071	64 %	51 %
1993-1994 (n = 6463)	4021	62 %	52 %
1994-1995 (n = 6552)	4055	62 %	52 %
1995-1996 (n = 6642)	4054	61 %	52 %
1996-1997 (n = 6648)	3943	59 %	51 %
1997-1998 (n = 6575)	3828	58 %	52 %
1998-1999 (n = 6551)	3761	57 %	52 %
1999-2000 (n = 6669)	3751	56 %	54 %
2000-2001 (n = 6820)	3832	56 %	56 %
2001-2002 (n = 6952)	3911	56 %	58 %

FIGURE 5

Activités dans un CHSGS



En 2001-2002, la majorité des omnipraticiens (56 %) avaient une pratique dans un CHSGS (tableau VII). Celle-ci constitue dans bien des cas une part importante de leur revenu. Cette participation a eu tendance à s'effriter au cours des ans, puisqu'elle était de 64 % en 1992-1993. Cette diminution de la participation pourrait être en partie attribuable aux fermetures d'établissements, à la réduction du nombre de lits dans les centres hospitaliers ainsi qu'aux départs massifs à la retraite. Il faut rappeler que près de 25 % des lits de soins de courte durée ont été fermés depuis le milieu des années 1990, et que près de 550 omni-

praticiens qui s'y consacrent en tirent une part plus importante de leur revenu. La brusque augmentation de la proportion moyenne du revenu total gagné dans cette activité entre 1998-1999 et 2000-2001 reflète en partie l'augmentation des tarifs négociés, mais aussi une concentration des activités des médecins pratiquant à l'urgence. La majorité de ceux-ci associaient cette pratique avec celle d'un cabinet médical et d'autres activités hospitalières, peu importe la proportion de revenus qu'ils tiraient de leurs activités à l'urgence.

Dans toutes les régions, le fonctionnement adéquat

praticiens ont participé aux programmes de départ à la retraite. Nous notons depuis les deux dernières années une augmentation du nombre d'omnipraticiens ayant des activités dans les CHSGS. Il est possible que la négociation de conditions de rémunération avantageuses dans les CHSGS permette de stabiliser les effectifs durant les prochaines années et que la croissance se poursuive au même rythme que l'évolution de l'ensemble des omnipraticiens.

À leur première année de pratique, 80 % des médecins omnipraticiens exercent dans un CHSGS (figure 5). La participation aux activités dans les CHSGS a tendance à diminuer avec les années. Le taux de participation passe sous la barre des 60 % vers la quatorzième année de pratique, et n'est plus qu'à 41 % à la trentième année. La proportion moyenne de revenu quant à elle passe d'un peu plus de 60 % à la deuxième année de pratique, à 50 % vers la quinzième année, puis se stabilise. Il faut souligner que les activités dans les CHSGS engendrent en moyenne plus de 40 % des revenus des médecins qui y exercent, et ce, jusqu'à la trentième année de pratique.

Les activités à l'urgence

La participation aux activités à l'urgence a eu tendance à diminuer au fil des années (tableau VIII). Par contre, les

Le fil d'Ariane



d'une salle d'urgence semble reposer sur une équipe diversifiée d'omnipraticiens, alliant un noyau de médecins à temps plein à plusieurs médecins à temps partiel. Cette organisation assure une stabilité de la main-d'œuvre et facilite la résolution des problèmes de pénurie temporaires. Hormis les régions universitaires, où la proportion des médecins exerçant majoritairement à l'urgence est plus élevée, la majeure partie des activités à l'urgence est produite par des omnipraticiens y gagnant moins de 75 % de leurs revenus.

La courte durée de la carrière de la plupart des médecins d'urgence est un phénomène connu de longue date. À leur deuxième année de pratique, 61 % des omnipraticiens exercent à l'urgence (figure 6). Cette proportion diminue rapidement. À la dixième année de pratique, ce taux n'est plus que de 37 %, et à la vingtième année de pratique, moins de 20 % des omnipraticiens y ont encore des activités. La proportion moyenne de revenu gagné à l'urgence diminue elle aussi. Elle est de 51 % à la deuxième année de pratique, de 40 % vers la cinquième année, et elle descend sous la barre des 20 % après la vingtième année de pratique.

Bien que chaque omnipraticien contribue au fonctionnement adéquat du service d'urgence, les jeunes ont un rôle particulier à jouer dans le renouvellement des équipes. La reconnaissance des activités à l'urgence comme AMP et leur exclusion de l'application du décret réduisant la rémunération dans les régions universitaires durant les trois premières années de pratique ajoutent à l'attrait de ce milieu pour les nouveaux médecins. La situation dans les salles d'urgence pourrait devenir critique si ce n'était des jeunes médecins qui, chaque année, viennent renouveler les effectifs de l'urgence. La diminution du nombre de nouveaux médecins et, par conséquent, de leur poids démographique dans la population des omnipraticiens pourrait en partie expliquer certaines pénuries dans les salles d'urgence.

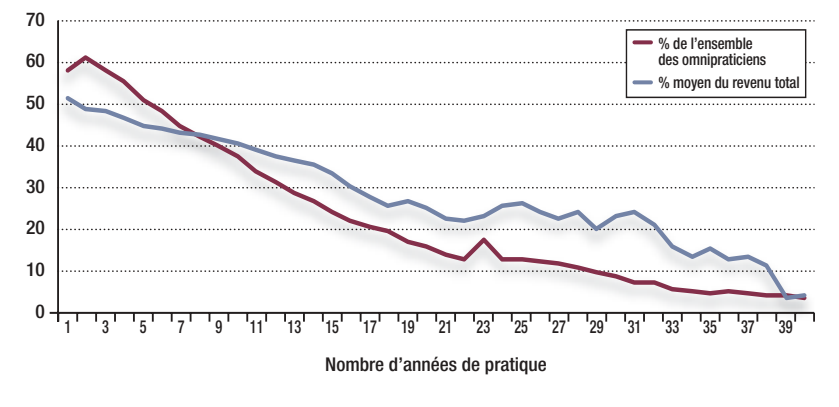
T A B L E A U VIII

Évolution des effectifs à l'urgence de 1992-1993 à 2001-2002

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n = 6356)	2021	32 %	34 %
1993-1994 (n = 6463)	1993	31 %	35 %
1994-1995 (n = 6552)	2014	31 %	36 %
1995-1996 (n = 6642)	1984	30 %	36 %
1996-1997 (n = 6648)	1936	29 %	36 %
1997-1998 (n = 6575)	1881	29 %	36 %
1998-1999 (n = 6551)	1843	28 %	39 %
1999-2000 (n = 6669)	1791	27 %	42 %
2000-2001 (n = 6820)	1788	26 %	44 %
2001-2002 (n = 6952)	1830	26 %	45 %

F I G U R E 6

Activités à l'urgence



Les activités auprès des patients hospitalisés

De 1993-1994 à 1999-2000, de moins en moins de médecins se sont consacrés aux activités auprès des patients hospitalisés (tableau IX). Les mesures négociées dans la dernière entente entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux semblent avoir permis de renverser la vapeur ou, à tout le moins, de stabiliser les effectifs dans cette activité. En effet, nous avons eu droit à une augmentation du nombre de médecins y exerçant en 2000-2001 et en 2001-2002.

Une part importante des omnipraticiens ont des activités auprès des patients hospitalisés. À la deuxième année

T A B L E A U IX

Évolution des effectifs travaillant auprès des patients hospitalisés de 1992-1993 à 2001-2002

	Nombre	Proportion de l'ensemble des omnipraticiens	Proportion moyenne du revenu total
1992-1993 (n = 6356)	3045	48 %	29 %
1993-1994 (n = 6463)	3085	48 %	30 %
1994-1995 (n = 6552)	3063	47 %	30 %
1995-1996 (n = 6642)	2991	45 %	29 %
1996-1997 (n = 6648)	2900	44 %	30 %
1997-1998 (n = 6575)	2862	44 %	30 %
1998-1999 (n = 6551)	2824	43 %	30 %
1999-2000 (n = 6669)	2824	42 %	31 %
2000-2001 (n = 6820)	2917	43 %	33 %
2001-2002 (n = 6952)	2959	43 %	35 %

de leur pratique, la plupart du temps en complément avec des activités dans un cabinet médical.

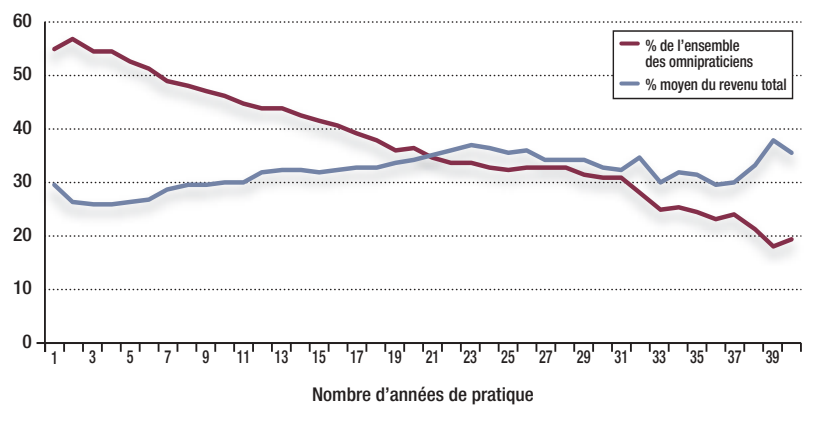
Évolution de la carrière des omnipraticiens et choix de vie

Plusieurs facteurs influencent le médecin omnipraticien dans le choix de ses milieux de pratique. Une étude récente sur les médecins de famille australiens montre que les déterminants les plus importants de leur satisfaction au travail sont le contrôle sur leur propre travail, particulièrement sur leurs heures de travail, le nombre d'heures travaillées elles-mêmes et la charge de travail<sup>4</sup>. Par ailleurs, deux mesures mises en place pour favoriser une meilleure répartition des effectifs en médecine générale au Québec, soit les activités médicales particulières et la rémunération différenciée, ont un effet certain sur les choix des médecins.

La plupart des médecins omnipraticiens québécois ont une pratique polyvalente. Ils associent des activités de première ligne, qui deviennent de plus en plus importantes avec les années, avec des activités dans les CHSGS ou les CHSLD. Nous observons qu'avec le nombre d'années de pratique, les médecins omnipraticiens augmentent la part de leurs activités en première ligne, particulièrement dans les cabinets médicaux, et diminuent leurs activités dans les centres hospitaliers.

FIGURE 7

Activités auprès des patients hospitalisés



de pratique, 56 % d'entre eux y ont des activités (figure 7). Ce taux de participation diminue avec les années et passe sous la barre des 30 % vers la trentième année de pratique. Par contre, la proportion moyenne de revenu gagné dans les activités auprès des patients hospitalisés augmente progressivement de la deuxième à la vingt-quatrième année de pratique, puis diminue légèrement. C'est donc dire qu'avec les années, la participation aux activités auprès des patients hospitalisés diminue, mais ceux qui persévèrent dans cette voie y consacrent souvent une part importante

Il n'est pas étonnant qu'avec le nombre d'années de pratique, les médecins omnipraticiens recherchent davantage des secteurs d'activité qui leur offrent un meilleur contrôle sur leurs heures de travail et leur charge de travail. Des modifications organisationnelles sont aussi parfois à l'origine des changements des profils de pratique : fermeture ou changement de vocation, contraintes de certains milieux difficilement compatibles avec d'autres secteurs d'activité.

En matière de services de première ligne, nous constatons que les médecins se répartissent en deux groupes dis-

tincts, celui des omnipraticiens pratiquant majoritairement dans un cabinet médical, et celui des omnipraticiens pratiquant majoritairement dans un CLSC.

La contribution des omnipraticiens ayant moins de 10 années de pratique dans les CHSGS est très importante, particulièrement durant les quatre premières années de pratique.

Même si les AMP ont une influence importante sur les choix des médecins en début de carrière, il est faux de dire que les omnipraticiens quittent la pratique en établissement dès la fin de cette obligation. Au fil des années, la carrière d'un omnipraticien se modifie de façon progressive, généralement par une augmentation de son engagement en première ligne. Il s'agit là d'une évolution normale des choses. La décision de quitter l'hôpital semble se prendre après 15 ans de pratique, et d'autres facteurs que la fin des AMP entrent nécessairement en ligne de compte dans la décision de quitter. Soulignons que malgré cela, la majorité des omnipraticiens continuent quand même à avoir des activités dans les CHSGS (et (ou) les CHSLD, même après 20 ans de pratique.

**N**OS TRAVAUX CONFIRMENT que la participation des omnipraticiens aux principaux secteurs d'activité s'est modifiée au fil des années. Ces changements s'opèrent simultanément dans le temps, mais ils obéissent à des influences bien différentes. Nous distinguons des phénomènes historiques, comme la diminution des effectifs médicaux dans les CHSGS à la suite de la fermeture d'établissements entre 1995 et 1998, des phénomènes générationnels comme l'attrait des jeunes médecins pour la pratique dans les CLSC depuis quelques années, et des phénomènes liés aux différentes étapes de la vie professionnelle, comme la décision de quitter le milieu hospitalier au cours de la quarantaine. ❧

## Bibliographie

1. Millette B, Nasmith L, Grand'Maison P, Lamontagne R. Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec. *Le Médecin du Québec* mai 1996; 31 (5) : 87-93.
2. Kazanjian A, Reid RJ, Pagliccia N, Apalnd L, Wood L. *Issues in Physician Resources Planning in B.C.: Key Determinants of Supply and Distribution, 1991-1996*. Vancouver : Health Resources Unit, CHSPR, University of British Columbia, 2000.
3. Rodrigue J, Savard I. La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada : Résultats préliminaires d'un sondage pancanadien. *Le Médecin du Québec* novembre 2001; 36 (11) : 103-8.
4. McGlone SJ, Chenoweth IG. Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Med J Aus* juillet 2001; 175 (2) : 85-6.

## ANDRIOL<sup>MD</sup>

(médicament de testostérone)  
capacité de 40 mg

### CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE

Androgène

### INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE

Andriol<sup>MD</sup> (médicament de testostérone) est indiqué comme traitement de remplacement chez les hommes dont les troubles sont associés aux symptômes de déficience ou d'absence de testostérone endogène : pour la maîtrise de l'hypogonadisme primaire congénital ou acquis et de l'hypogonadisme hypogonadotrope; pour développer et conserver les caractères sexuels secondaires chez les hommes; pour la production de testostérone exogène. Andriol<sup>MD</sup> est également indiqué pour stimuler la puberté chez des garçons identifiés avec soin et qui démontrent un net retard de l'apparition de la puberté, ainsi qu'il s'est pu à un trouble pathologique. Andriol<sup>MD</sup> est aussi employé comme traitement de remplacement dans l'impotence ou pour soulager les symptômes dépressifs chez l'homme lorsque les troubles sont causés par une déficience établie en androgènes.

### CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité connue à n'importe quel composant du produit; hommes ayant un cancer du sein; femmes chez qui on soupçonne ou connaît l'existence d'un cancer de la prostate; patients souffrant de maladies cardiaques, hémiques ou rénales graves; hypercalcémie; insuffisance hépatique; garçons pubérescents; patients qui sont facilement stimulés sexuellement. Les androgènes sont également contre-indiqués chez les patients atteints de sécheresse ou de stérilité au stade néphrotique.

### MISE EN GARDE

L'hypercalcémie peut survenir chez les patients immobilisés et chez ceux qui sont atteints d'un cancer du sein. Dans ces cas, on doit interrompre l'administration du médicament. On a aussi l'emploi prolongé de fortes doses d'androgènes (autres que les 17-alpha-alkyl-androgènes) avec l'apparition d'adénomes hépatiques, d'hémipareses et de pilonules hépatiques, qui représentent tous des complications mortelles dans le cas de patients. D'autres troubles et la jaunisse peuvent apparaître avec les 17-alpha-alkyl-androgènes. Si le cas se présente, il faut interrompre l'administration du médicament. Si la suite de l'interrogatoire, l'action est réversible. Les patients légers qui reçoivent des androgènes peuvent présenter un risque accru d'hypertension de la prostate et de cancer de la prostate bien que l'on manque de preuves convaincantes pour appuyer ces liens. L'endémie, avec ou sans insuffisance cardiaque, peut être une complication grave chez des patients atteints d'une affection cardiaque, rénale ou hépatique préexistante. En plus de la discontinuation du médicament, un traitement diurétique peut être requis. La gynécomastie peut apparaître et parfois persister chez les patients traités pour l'hypogonadisme. On doit administrer avec beaucoup de précaution le traitement par androgènes chez les garçons dont la puberté est retardée. Les androgènes peuvent accélérer la maturation osseuse sans pour autant produire un gain de croissance linéaire. On doit surveiller l'influence éventuelle sur la maturation osseuse en évaluant l'âge des os des poignets et des mains tous les six mois. Ces réactions adhésives peuvent modifier la taille adulte. Plus l'enfant sera jeune, plus les risques seront grands de compromettre la taille à maturité.

### PRÉCAUTIONS

Les patients atteints d'hypertension légère de la prostate peuvent manifester une détérioration aiguë de l'urètre. De précaution ou une excitation sexuelle excessive peuvent apparaître. À la suite d'une administration prolongée ou d'une posologie excessive, l'algoparésie peut survenir. Si l'une de ces réactions apparaît, on doit interrompre l'administration d'androgènes et si l'on recommence le traitement, on emploiera des doses plus faibles.

### Interactions médicamenteuses

Les androgènes peuvent accélérer la sensibilité aux anticonceptifs oraux. Ils peut s'avérer nécessaire de réduire la posologie des anticonceptifs oraux à conserver l'efficacité contraceptive à un niveau thérapeutique constant. On doit surveiller de près les patients qui prennent des anticonceptifs oraux, surtout lorsqu'ils commencent le traitement par androgènes et lorsqu'ils l'arrêtent. Chez les patients diabétiques, les effets métaboliques des androgènes peuvent entraîner une diminution de la glycémie, et par conséquent les besoins en insuline sont plus faibles. Les androgènes peuvent activer la cyclosporine et augmenter les risques de toxicité rénales. L'administration simultanée de tamoxifène ou de zolédronate et d'androgènes chez les garçons pubérescents peut accélérer la maturation épiphysaire. On a observé une augmentation des taux sériques d'acétylsalicylate lors de l'administration simultanée d'androgènes et d'acétylsalicylate.

Facilité d'interaction avec les corticostéroïdes : les glucocorticoïdes sont ceux qui présentent une activité minéralocorticoïde importante; les minéralocorticoïdes ou les corticostéroïdes, spécialement lorsque l'emploi est prolongé; les médicaments; ou la survenue concomitante du sodium.

### Interférence avec les tests de laboratoire

Des modifications peuvent survenir dans les tests cliniques de laboratoire qui servent :

à la mesure de la glycémie à jeun et l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, tests de la fonction thyroïdienne (diminution de la capacité de se lier à la thyroxine, diminution de la fixation de l'acide radioactif et augmentation de la fixation de la T<sub>3</sub> par les globules rouges) ou les tests de mesure de la fonction hépatique (diminution de la clairance de l'eau, du potassium, du calcium et des phosphates inorganiques); tests de coagulation sanguine (suppression des facteurs de coagulation II, V, VII et X); modification aux tests de fonction hépatique, augmentation du cholestérol sérique et divers autres tests de laboratoire (diminution de la créatinine et excréation de la créatinine qui peut durer 2 semaines après la discontinuation du traitement). Les androgènes stimulent l'activité hématologique du sang et augmentent la valeur de l'hématocrite ainsi que les taux sériques d'hémoglobine; les effets sur les lipides du plasma sont variables. L'administration de testostérone, mais non pas celle des dérivés alkylés de 17-alpha-alkyl, augmente le taux des 17-œstrogènes urinaires.

### Tests de laboratoire

En raison de la toxicité hépatique associée à l'emploi des androgènes 17-alpha-alkylés, on devrait effectuer des examens de la fonction hépatique de façon périodique. On devrait vérifier périodiquement les taux d'hémoglobine et d'hématocrite (pour détecter la polycythémie) chez les patients à qui on administre des androgènes pendant une longue période. Le cholestérol sérique peut augmenter au cours de traitement. Si l'on traite des garçons pubérescents, on doit effectuer des examens radiographiques périodiques (tous les 6 mois) pour évaluer l'âge des os afin de déterminer la vitesse de maturation osseuse et l'influence que peut avoir le traitement par androgènes sur les centres épiphysaires.

### RÉACTIONS ADVERSES

Les réactions adhésives surviennent sous apparence lors de traitement par androgènes : inhibition de la fonction testiculaire, atrophie des testicules et oligospermie, impotence, gynécomastie, épiphysiose et instabilité de la sucre, hémiques et durée excessive des érections, nausée, jaunisse cholestérique, jaunisse hépatique, polyglobulie, maux de tête, anxiété, dépression, parotidite glandulaire et, surtout, réaction anaphylactique. De plus, on sait que les réactions suivantes peuvent survenir avec l'emploi des dérivés alkylés : baisse ou augmentation de leur poids, rougeur de la peau, acné, acromégalie, excitation et insomnie, bruits, léoproses et saignement chez les patients soumis à un traitement simultané par anticonceptifs. Quelques tests de l'épiphysaire ont été observés chez les patients à qui on avait administré de la méthyltestostérone ou d'autres dérivés androgéniques et androgéniques, surtout lorsque le traitement était de longue durée.

### SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

Aucune expérience de surdosage n'a été observée. Aucun antidote spécifique n'est disponible.

### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie sera adaptée en fonction de la réaction de chaque patient. Habituellement, une dose initiale de 120-140 mg/jour prise en deux doses fractionnées pendant 1 à 2 semaines s'est révélée adéquate, suivie d'une dose d'entretien de 40-120 mg/jour. On doit prendre les capsules de Andriol<sup>MD</sup> immédiatement après les repas, en évitant de les mâcher.

### PRÉSENTATION

Chaque capsule de Andriol<sup>MD</sup> contient 40 mg d'androgène de testostérone dans de l'acide oléique. Chaque capsule de Andriol<sup>MD</sup> est présentée sous forme d'une capsule ovale de gélatine blanche de couleur brun rouge sur laquelle est inscrit 40 mg.

On peut se procurer Andriol<sup>MD</sup> 40 mg en flacons de 60 ou de 120 capsules.

Photographie de produit complète offerte sur demande aux médecins et aux pharmaciens.

1. Thornley, R.B., Parisis, K., Canadian practice recommendations for screening, monitoring and treating men affected by andropause or partial androgen deficiency. *The Aging Male*, 1(1998) 215-218.

2. Parisis, K., Jeremy, P.R. et al., Andropause: A Primer for A True Clinical Entity. *J Clin Endocrinol*, vol. 181, 305-312, mai 2000.

3. Behre et al., Long-Term Effect of Testosterone Therapy on Bone Mineral Density in Hypogonadal Men. *Clin Endocrinol Metab*, vol. 42, no. 4, 1995.

4. Andriol<sup>MD</sup> (médicament de testostérone) Photographie de produit, Organon Canada Ltd., 1992.

Organon Canada Ltd./Léa  
Suite 300-320 Canadian Place,  
Scarborough, Ontario M1B 3E4

