VOLUME X

Effectifs médicaux

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

JANVIER 1966

VOLUME X

Effectifs médicaux

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

JANVIER 1966

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Nadeau, économiste

Lucien Tessier, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Micheline Larrivée, documentaliste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

INTRODUCTION

Au moment de modifier ou d'instaurer une mesure sociale qui comporte l'utilisation de ressources humaines, il importe évidemment de s'interroger sur la disponibilité de ces ressources. Lorsqu'il est question d'instaurer un régime d'assurance-maladie, qui aurait, entre autres, pour effet de réaliser une meilleure distribution des soins et de les rendre plus facilement accessibles à tous, il est impérieux d'examiner la situation en ce qui a trait aux effectifs dans le domaine de la santé. Les médecins, étant l'un des groupes essentiels de dispensateurs de soins, il est d'abord nécessaire de connaître leur nombre de même que certaines caractéristiques de leur profession. En second lieu, on peut tenter d'évaluer, à l'aide de diverses méthodes, si le nombre de médecins répond à la demande de soins. Par la suite, on tentera de prévoir le nombre futur de médecins, puisqu'il s'avèrera nécessaire, ou de maintenir l'équilibre, si le nombre actuel de médecins est jugé suffisant, ou d'augmenter les effectifs, si l'on croit que cette profession souffre d'une pénurie.

Enfin, tout au long de ce travail, il faut considérer un élément additionnel et de grande importance. La mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie complet et universel aurait vraisemblablement des effets sur la demande de soins médicaux. Il faut donc tenir compte et de la consommation médicale actuelle et de cette même consommation dans le cadre d'un régime universel et complet d'assurance-maladie.

Le présent volume se divise en quatre chapitres; dans les trois premiers, on cherche à connaître la situation des effectifs médicaux, à savoir s'ils sont excédentaires, en état d'équilibre ou de pénurie. Pour ce faire, on a retenu trois approches. Ces trois approches, développées par des chercheurs américains, sont utilisées pour étudier les effectifs médicaux du Québec. Elles sont très différentes l'une de l'autre, et chacune présente des avantages et des inconvénients. Pour cette raison, l'utilisation d'une seule de ces approches ne permettrait pas d'obtenir un résultat valable. Si par contre, les trois semblent suggérer des conclusions concordantes, il est alors possible d'attribuer une plus grande valeur à ces résultats. Nous présentons au dernier chapitre une estimation du nombre futur de médecins au Québec.

CHAPITRE I

COMPARAISON DES RAPPORTS MEDECIN/POPULATION

Dans ce premier chapitre nous comparerons le rapport médecin/population du Canada avec celui d'autres pays; le rapport médecin/population du Québec est également comparé au rapport canadien et à celui des autres provinces canadiennes. En dernier lieu, nous utiliserons cette même mesure pour effectuer certaines comparaisons entre les diverses régions de la province de Québec.

Signification du rapport médecin/population

Le rapport médecin/population qui existe à un moment donné dans un pays représente le résultat de l'ensemble des décisions prises par cette société relativement à l'allocation des ressources destinées à former des médecins. Si l'on fait l'hypothèse que cette allocation des ressources se fait en fonction de mécanismes normalement libres, on doit conclure que le nombre de médecins qui existe à un moment donné représente les préférences des consommateurs en ce qui a trait aux soins médicaux. Par conséquent, pour des pays ayant un développement économique et une culture comparables, on peut attribuer une certaine valeur à ces comparaisons. Selon le raisonnement sur lequel se fonde cette méthode, si un pays possède un rapport médecin/population tout à fait différent de celui observé dans les autres pays comparables, on peut faire l'hypothèse que le nombre de médecins n'est pas à un niveau souhaitable. Si par ailleurs un pays possède un rapport médecin/population semblable à celui observé dans les pays comparables, on peut supposer que le nombre de médecins y est satisfaisant à moins que les résultats d'autres méthodes d'analyse n'indiquent le contraire.

Déficiences de cette mesure

A cette comparaison des rapports médecin/population de divers pays, on peut plutôt attacher une valeur indicative qu'une valeur absolue. Toute comparaison suppose que toutes choses sont égales par ailleurs, ce qui est difficilement réalisable. Par exemple, pour deux pays, nous pouvons comparer des effectifs médicaux qui proportionnellement sont en nombre égal mais dont la qualité peut varier considérablement.

Nous nous sommes efforcés de comparer le rapport médecin/population du Québec et du Canada avec celui d'autres pays ou régions qui ont un développement industriel et un niveau de vie assez semblables. Malgré tout, une fois la comparaison établie, les conclusions qui peuvent en être tirées conservent un caractè-

re relatif et n'ont pas nécessairement une signification directement reliée à la position de chaque pays comparé. Par exemple, si le rapport médecin/population du Canada se trouve au dixième rang d'une liste de vingt pays, il est impossible de conclure de façon certaine que le Canada est en situation d'équilibre. Une étude plus poussée de la situation pourrait démontrer que le pays en tête de liste souffre d'une pénurie de médecins qui, compte tenu des préférences et des revenus des citoyens, est peut-être tout aussi grave que celle du pays au bas de la liste. En dépit de ces déficiences, cette méthode permet toutefois de fournir certaines indications dans un sens ou dans un autre.

La portée limitée que peuvent avoir ces comparaisons entre pays ou régions découle en bonne partie de la nature même de la mesure, constituée par le rapport médecin/population. En effet, le rapport médecin/population a en lui-même une signification limitée puisqu'il n'est que la juxtaposition de deux nombres. Ainsi, il ne tient nullement compte de l'état de santé de la population, du niveau de consommation médicale, du nombre de praticiens dans la population médicale, de l'équipement technique dont les médecins disposent, de la productivité des médecins, etc.. Par conséquent, ce rapport, s'il n'est pas accompagné d'un certain nombre de considérations tant qualitatives que quantitatives, ne peut être considéré comme une norme ou comme un critère qui indiquerait le nombre de médecins nécessaire pour répondre à la demande de soins médicaux.

COMPARAISON DU RAPPORT MEDECIN/POPULATION CANADIEN AVEC CELUI D'AUTRES PAYS

La première comparaison, présentée au tableau I, indique la position du rapport médecin/population du Canada par rapport à celui de différents pays. Nous avons choisi 18 pays dont le développement industriel, le mode et le niveau de vie justifient une comparaison avec le Canada.

Au tableau I, les pays sont placés selon le rang de leur rapport médecin/population en commençant par le rapport le plus favorable. Le Canada se trouve au 12e rang, soit dans la seconde moitié. Si l'on exclut Israël et l'Union Soviétique, qui sont deux pays ayant des caractéristiques économiques et culturelles particulières, et où le rapport est nettement plus élevé, le Canada améliore légèrement sa position et se trouve à peu près au milieu. Le rapport médecin/population est très près de celui du Danemark, de l'Espagne, de la Norvège, de l'Australie, des Pays-Bas et du Japon.

Si l'on considère par ailleurs que le Canada est un pays où les revenus sont élevés, soit en fait le niveau de revenu le

TABLEAU I

RAPPORT MEDECIN/POPULATION DANS DIFFERENTS PAYS

Pays	Nombre de personnes par médecin
Israël *	400
U.R.S.S. *	500
Autriche *	550
Italie **	610
République fédérale allemande *	670
Belgique *	720
Suisse *	750
Etats-Unis *	760
Danemark ***	810
Espagne *	820
Norvège **	830
Canada **	860
Australie *	880
Pays-Bas **	890
Japon *	900
France **	910
Irlande **	950
Angleterre et pays de Galles ***	960
Suède **	1,000

* données pour 1962
** " " 1961
*** " " 1960

Source: Annuaire statistique 1964. New York, Nations Unies, 1965. pp. 648-651.

plus élevé après les Etats-Unis, cette position relative du Canada ne nous permet certainement pas de conclure que le nombre de médecins de notre pays soit trop élevé. Les Etats-Unis qui constituent le pays avec lequel la comparaison est la plus justifiable ont un rapport médecin/population plus favorable. De plus, une étude américaine (1) qui a utilisé cette approche considère ce rapport comme un strict minimum et que toute détérioration de ce rapport risquerait de compromettre la santé publique.

Du point de vue de son rapport médecin/population, la position du Canada par rapport à d'autres pays et surtout vis-à-vis celle des Etats-Unis nous porte à croire que le nombre de médecins canadiens n'est certainement pas trop élevé et qu'ils doivent faire face à une demande considérable.

COMPARAISON DU RAPPORT MEDECIN/POPULATION DU QUEBEC AVEC CELUI DU CANADA ET DES AUTRES PROVINCES CANADIENNES

Après avoir comparé le rapport médecin/population du Canada avec celui d'autres pays, il peut être intéressant d'établir ces comparaisons à l'échelle nationale. Le tableau II donne, pour 1965, le rapport médecin/population pour les provinces canadiennes et pour l'ensemble du pays. La différence entre les provinces qui ont un rapport élevé et celles qui ont le rapport le plus défavorable est considérable, ce qui fait ressortir l'importance d'une comparaison des rapports médecin/population de chaque province. Deux provinces, la Colombie Britannique et l'Ontario ont un rapport supérieur à la moyenne nationale. Le Québec de son côté a un rapport très légèrement inférieur à celui du Canada et se trouve au 3e rang des provinces. Il faut ajouter que la différence entre le rapport du Québec et celui de la Colombie Britannique et de l'Ontario est appréciable. Si le Québec, en 1965, avait eu le même rapport que la Colombie Britannique, ceci aurait signifié environ 1,200 médecins de plus que le nombre actuel.

Une comparaison entre le rapport du Québec et celui des autres provinces canadiennes, où l'on tiendrait compte des caractéristiques de la population et de la profession médicale, serait plus valable. Néanmoins l'introduction d'une seule caractéristique, soit la proportion de praticiens, nous donne une image plus exacte de la réalité selon le point de vue qui nous intéresse.

---

(1) United States. Department of Health, Education, and Welfare - Physicians for a Growing America. Report of the Surgeon General's Consultant Group on Medical Education. Washington, U.S. Government Printing Office, 1959. 95p. (Public Health Service Publication no 709).

TABLEAU II

RAPPORT MEDECIN/POPULATION, PROVINCES ET CANADA, 1965.

Province	Nombre de personnes par médecin (1)
Colombie Britannique	710
Ontario	771
Québec	841
Manitoba	852
Nouvelle-Ecosse	881
Alberta	922
Saskatchewan	976
Ile du Prince-Edouard	1,200
Nouveau-Brunswick	1,435
Terre-Neuve	1,620
Canada	836

(1) Les médecins enregistrés au Collège de chaque province mais présentement en dehors de la province ont été exclus.

Sources: Renseignements obtenus des Collèges des médecins et chirurgiens des différentes provinces, novembre 1965.

Canada. Bureau fédéral de la statistique - Revue statistique du Canada, nov. 1965, vol. 40, numéro 11, p. 1

On exclut alors les médecins qui se consacrent à la recherche, à l'enseignement, à l'étude, à l'administration, etc.. Ces catégories de médecins, quoique indispensables, ne contribuent pas aussi directement à améliorer l'état de santé de la population. Si ces catégories sont relativement plus importantes dans une province que dans une autre, les praticiens de cette province sont par le fait même responsables de la santé d'un plus grand nombre de personnes. Les données du tableau III montrent que le Québec a la plus faible proportion de praticiens et qu'il se situe maintenant au 4e rang. Si l'on fait l'hypothèse que la population du Québec a le même besoin de soins directs que celle des autres provinces, il ressort que les effectifs médicaux du Québec sont relativement moindres qu'il ne semblait à première vue, puisqu'un plus grand nombre d'entre eux n'est pas engagé dans la pratique.

De la comparaison du rapport médecin/population de la province de Québec avec celui des autres provinces canadiennes, on peut faire ressortir les points suivants. Le Québec, ayant un rapport semblable à celui du Canada, il semble plausible de reprendre la conclusion de la section précédente où le rapport médecin/population du Canada était comparé à celui d'autres pays, et de dire que les médecins du Québec ne sont certes pas en nombre trop considérable. Ceci nous incite donc à affirmer l'absence de surplus, à souligner le fait que les médecins font face à une demande considérable et qu'un plus grand nombre de médecins permettrait, entre autres, d'offrir une quantité de soins plus considérable et correspondant mieux aux quantités demandées.

DISTRIBUTION DES EFFECTIFS MEDICAUX AU QUEBEC

Dans un pays ou une province très étendus géographiquement où le niveau de vie, le degré d'urbanisation et le développement industriel peuvent être très différents, on ne peut se contenter d'étudier globalement les effectifs médicaux sans voir comment ces effectifs se répartissent entre les diverses régions. Alors que le nombre global peut sembler correspondre à une situation d'équilibre entre les quantités demandées et les quantités offertes, ce même nombre peut être mal réparti de sorte que la situation d'équilibre ne se réalise plus dans diverses villes ou régions particulières.

Au tableau IV, on trouve le rapport médecin/population pour les 10 régions économiques de la province. Il ressort que dans les régions de l'Abitibi - Témiscamingue, de la Gaspésie - Rive Sud et de la Côte Nord - Nouveau-Québec, qui possèdent le pourcentage le plus élevé de population rurale, les rapports sont nettement bas, soit environ 2,000 personnes par médecin. Par ailleurs, les régions II, IV et V, qui comprennent des villes, telles que Chicoutimi, Trois-Rivières, Sherbrooke, sont dans une

TABLEAU III

RAPPORT PRATICIEN/POPULATION, CANADA ET PROVINCES, 1965.

Province	Praticiens par rapport à l'ensemble des médecins. %	Nombre de praticiens (1).	Nombre de personnes par praticien
Colombie Britannique	79.1	1,983	898
Ontario	74.0	6,439	1,040
Manitoba	73.3	826	1,163
Québec	69.9	4,691	1,203
Nouvelle-Ecosse	73.1	631	1,206
Alberta	73.3	1,150	1,259
Saskatchewan	73.3	712	1,333
Ile du Prince-Edouard	73.1	65	1,661
Nouveau-Brunswick	73.1	317	1,965
Terre-Neuve	73.1	224	2,214
Canada	73.4	17,038	1,143

(1) Le pourcentage de praticiens a été appliqué au nombre total de médecins. Voir tableau II.

Sources: Preliminaty Estimates of Program Costs of Physicians' Services. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1965. Tableau A I. (document polycopié)
Canada. Bureau fédéral de la statistique - Revue statistique du Canada, nov. 1965, vol. 40, no 11, p. 1.

TABLEAU IV

RAPPORTS MEDECIN/POPULATION ET NON SPECIALISTE/POPULATION

SUIVANT LES REGIONS ECONOMIQUES DU QUEBEC, 1964.

REGION	Nombre de personnes par médecin	Nombre de personnes par non spécialiste
Région I (Gaspésie-Rive Sud)	1,944	2,621
Région II (Chicoutimi-LacSt-Jean)	1,286	2,382
Région III (Québec) (1)	659	1,134
Région III moins Québec métropolitain	1,650	1,842
Québec métropolitain	457	883
Région IV (Trois-Rivières)	1,223	2,014
Région V (Cantons de l'Est)	1,336	2,204
Région VI (Montréal) (2)	1,485	1,978
Région VII (Montréal métropolitain)	607	1,214
Région VIII (Outaouais)	1,776	2,781
Région IX (Abitibi-Témiscamingue)	2,297	3,105
Région X (Côte Nord-Nouveau-Québec)	1,942	2,369
Ensemble de la Province	855	1,536

(1) La région no III comprend les comtés de: Beauce, Bellechasse, Charlevoix E., Charlevoix O., Dorchester, Lévis, Lotbinière, Montmorency, Portneuf, Québec, Berthier, Champlain, Maskinongé, Nicolet, St-Maurice.

(2) La région no VI comprend les comtés de: Argenteuil, Bagot, Beauharnois, Châteauguay, Deux-Montagnes, Huntingdon, Iberville, Joliette, Labelle, Laprairie, L'Assomption, Missisquoi, Montcalm, Napierville, Richelieu, Rouville, St-Hyacinthe, St-Jean, Soulanges, Terrebonne, Vaudreuil, Verchères, Yamaska.

Source: Données compilées à partir des chiffres sur le nombre de médecins par région dans le Rapport du Comité d'étude sur les effectifs médicaux du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, Montréal, juillet 1965, pp. 42-44.

meilleure situation.

Par ailleurs, si l'on s'en tient aux régions métropolitaines et qu'on les compare au milieu rural, cette différence ressort encore plus clairement:

Régions métropolitaines	Nombre de personnes par médecin
Montréal	607
Québec	457
Sherbrooke	589
Trois-Rivières	866
Chicoutimi	876
Shawinigan	1,120
Hull	1,490
Milieu rural (1)	2,910

Pour les régions métropolitaines, on obtient un rapport qui est toujours inférieur à un médecin pour 1,500 personnes alors que pour le secteur rural, il se rapproche d'un médecin pour 3,000 personnes. On ne saurait toutefois conclure qu'il faudrait doubler le nombre de médecins dans le secteur rural puisque la plupart du temps, ce secteur est desservi par des médecins des milieux urbains avoisinants. Les spécialistes tendent à s'établir dans les milieux urbains, d'où la possibilité pour ces derniers d'étendre leur influence au-delà de leurs limites géographiques. Plus ces milieux sont importants, plus la concentration de médecins spécialisés y est forte, et plus il y a possibilité que leur influence s'étende jusqu'à des régions très distantes. Cependant, cette influence s'exerce en fonction inverse de la distance.

Il faut ajouter qu'en plus de cette concentration de spécialistes dans les centres urbains, un autre facteur fait que le rapport médecin/population y est plus élevé et porte à croire que les personnes des régions métropolitaines sont mieux nanties du point de vue de la quantité de soins offerte. Dans ces centres, en effet, un certain nombre de médecins sont engagés dans des fonctions qui ne sont pas directement reliées à la dispensation des soins. D'une manière générale, les postes de chercheurs, de professeurs, d'administrateurs, et de spécialistes qui effectuent de la recherche et de l'enseignement, sont concentrés dans Montréal et Québec métropolitains (2). Si, du nombre total de médecins, on retranchait ce nombre de médecins qui ne sont pas affec-

---

(1) Le milieu rural comprend les territoires non-organisés, les cantons, les paroisses et les villages de moins de 2,500 habitants.

(2) A ce sujet, voir: Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec - Rapport du Comité d'étude sur les effectifs médicaux. Montréal, 1965, tableau 6, p. 52.

tés aux soins directs, le rapport médecin/population pour Montréal et Québec métropolitains deviendrait moins favorable.

Par contre, un autre facteur tend à sous-estimer le rapport médecin/population de la région métropolitaine de Montréal. Les résidents étrangers non licenciés (850 en 1964) dont nous n'avons pas tenu compte dans le calcul du rapport médecin/population sont en grande majorité (90%) concentrés dans cette région métropolitaine. Si nous les ajoutons à la population médicale de cette région, le rapport devient 1 médecin pour 500 habitants.

Dans toute analyse des effectifs médicaux, il est nécessaire d'étudier le rapport omnipraticien/population, puisqu'il est normal que les personnes requérant des soins consultent en premier lieu l'omnipraticien. Les statistiques à notre disposition ne nous permettent pas de calculer un véritable rapport omnipraticien/population. Nous devrons utiliser le rapport non spécialiste/population (1). La différence entre ces deux rapports est certainement assez marquée dans les cas de Montréal et Québec métropolitains. Pour les autres régions, le rapport non spécialiste/population tend à être assez semblable au rapport omnipraticien/population. L'utilisation du rapport non spécialiste/population montre que la disparité entre les régions les plus défavorisées du point de vue du rapport médecin/population et celles qui ont le rapport le plus avantageux, diminue (voir tableau IV) quoiqu'elle demeure importante.

A partir de ces constatations, on peut se demander dans quelles régions existe une pénurie de médecins, tout en n'oubliant pas que souvent, la consommation médicale des régions rurales est moins forte que celle des régions urbaines. Pour répondre à cette question, on peut utiliser une norme ou un barême qui nous permet de dire qu'à partir de telle proportion non spécialiste/population, une telle pénurie existe. Le choix de cette norme ou de ce barême n'est pas une tâche aisée. Nous savons cependant qu'il existe en Angleterre des normes pour déterminer les besoins en effectifs médicaux à l'intérieur d'une région. Au cours des entrevues qu'a eues le Comité lors de son voyage en Europe, il a été mentionné que le critère utilisé pour établir cette norme est le nombre de personnes dans la région, peu importe leur âge, leur sexe et leur état de santé. On applique alors cette norme de la façon suivante. Si la région compte moins de 1,800 personnes par omnipraticien, elle est déclarée fermée à l'établissement de nouveaux médecins. Si le nombre de personnes s'établit entre 1,800 et 2,100 par médecin, certains médecins

---

(1) Les non spécialistes comprennent tous les médecins qui ne détiennent pas un ou des certificats de spécialistes. Outre les omnipraticiens, ils incluent les résidents, les médecins en administration hospitalière, en médecine préventive et industrielle, etc..

pourront s'établir dans des circonstances particulières. Lorsque le nombre s'établit entre 2,100 et 2,500 l'on considère que la région requiert un plus grand nombre de médecins. Finalement, si la région ne compte qu'un médecin pour 2,500 personnes ou plus, un boni d'établissement est accordé à l'omnipraticien qui s'établit dans cette région.

Si l'on se sert de cette norme pour la province de Québec, les régions métropolitaines de Québec et de Montréal seraient déclarées fermées et il devrait y avoir un boni d'établissement dans trois régions: la Gaspésie - Rive Sud, L'Outaouais et l'Abitibi - Témiscamingue. Des médecins pourraient s'établir dans la région de Trois-Rivières dans des circonstances particulières. Les régions de Chicoutimi - Lac St-Jean, des Cantons de l'Est et de la Côte Nord - Nouveau-Québec auraient également besoin d'un nombre additionnel d'omnipraticiens.

Il ne faut pas accorder une valeur absolue à cette norme puisque la province de Québec, avec une configuration géographique très différente de celle de l'Angleterre et une faible densité de population, exigerait peut-être une répartition différente des effectifs médicaux. Toutefois, seulement deux régions seraient déclarées fermées en vertu de cette norme et dans trois autres régions, les omnipraticiens qui s'y établiraient recevraient un boni. Il semble donc que si le rapport non spécialiste/population pour l'ensemble de la province semble être à un niveau satisfaisant, la ventilation de ce rapport par région économique donne une image passablement différente et laisse supposer, soit une mauvaise distribution, soit plutôt un manque réel de médecins dans certaines régions. Nous savons d'ailleurs que, de façon générale, les régions moins urbanisées ont de la difficulté à recruter des médecins. Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec publie régulièrement des demandes de petites villes ou municipalités éloignées requérant les services d'un médecin. Il s'agit là d'une indication démontrant un certain besoin.

CHAPITRE II

EVALUATION DES TACHES

La méthode de l'évaluation des tâches est complémentaire de la précédente, elle est également plus raffinée puisque l'on considère non seulement la population mais le volume de soins médicaux. Elle consiste à évaluer d'une part la somme de travail que les médecins peuvent effectuer au cours d'une année et, d'autre part, la quantité de soins médicaux dont la population peut avoir besoin au cours de cette même période. Le rapport de ces deux quantités, si elles sont exprimées dans les mêmes unités (e.g. en termes d'heures), permet de connaître le nombre de médecins nécessaire (1). Au Québec, nous ne connaissons pas le niveau actuel de consommation médicale. Pour déterminer la quantité de soins médicaux que consommerait la population du Québec si elle était assurée, nous utiliserons les données de la Saskatchewan, où il existe un régime complet et universel d'assurance-maladie depuis un peu plus de 3 ans.

QUANTITE DE SOINS MEDICAUX DEMANDEE

Il ne fait pas de doute que l'instauration d'un régime de soins médicaux exercera une influence sur la quantité de soins demandée. On constate en effet d'après le tableau V que les personnes assurées consomment plus de soins médicaux.

Il n'y a aucune raison de croire que la population du Québec aura un comportement différent. Notre évaluation de ce que serait la quantité de soins médicaux demandée par la population du Québec, dans le cadre d'un régime de soins médicaux est basée sur le volume de soins consommés par la population de la Saskatchewan en 1964. Nous avons dû procéder à certains ajustements des données de la Saskatchewan, puisque les assistés sociaux et les personnes atteintes de cancer sont couverts par des régimes particuliers.

---

(1) Donald B. Straus a utilisé cette approche dans une étude sur la profession médicale aux Etats-Unis.
Donald B. Straus - A Framework for Developing a National Policy on the Financing and Organization of Physicians' Services. New York, Rockefeller Brothers Fund, 1957, 97p. (Paper no V-8) (document polycopié).

TABLEAU V

COMPARAISON ENTRE LES ASSURES ET NON-ASSURES EN CE QUI CONCERNE LES SOINS, CANADA, 1950-1951.

Soins de santé: Personnes déclarant ou unités reçues		Population	assurés	non-assurés
Répartition de la population	%	100.0	52.0	48.0
Nombre de jours d'incapacité	%	100.0	51.3	48.7
Personnes recevant des soins médicaux	%	100.0	58.1	41.9
au bureau	%	100.0	60.7	39.3
à domicile	%	100.0	55.1	44.9
au dispensaire	%	100.0	67.0	33.0
Personnes avec hospitalisation	%	100.0	63.8	36.2
Hospitalisation moyenne	jours	14.5	13.1	16.0
Personnes avec opérations	%	100.0	65.2	34.8

Source: Tableau reproduit intégralement de: Canada. Bureau fédéral de la statistique - Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951. Volume des soins de santé pour les assurés et les non-assurés. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962. p. 14.

Le tableau suivant nous renseigne sur la quantité totale de soins, par catégories, consommés par les assistés sociaux et par le reste de la population. En 1964, le nombre d'unités de soins a été de 4.96 par personne en Saskatchewan. Un premier ajustement s'impose si l'on veut inclure dans ce nombre le volume de soins consommés par les assistés sociaux.

Cette catégorie de personnes a une consommation médicale plus forte. Il faut évidemment tenir compte des soins rendus à ces personnes indigentes si on envisage un seul régime pour toute la population. Le nombre total d'unités de soins dispensés aux assistés sociaux a donc été ajouté à celui du reste de la population de la Saskatchewan. Avec cet ajustement, le nombre moyen d'unités de soins consommés par individu passe de 4.96 à 5.13 par personne pour 1964.

Il faut faire un deuxième ajustement pour tenir compte des visites qui précèdent et qui suivent les interventions chirurgicales et obstétricales. Selon le tarif des honoraires du Collège des médecins de la Saskatchewan, les honoraires fixés pour une intervention chirurgicale ou un accouchement incluent toutes les visites requises pour ces soins. Ceci signifie qu'une intervention chirurgicale et un accouchement ainsi que toutes les visites accompagnant ces soins sont comptés comme une seule unité de soins. Pour obtenir le nombre total d'unités de soins, nous avons dû ajouter aux 163,000 interventions chirurgicales et aux 22,500 accouchements le nombre de visites effectuées à l'occasion de ces soins. Nous avons estimé à huit le nombre moyen de visites effectuées à l'occasion d'une intervention chirurgicale (1). Pour les cas de maternité, ce nombre est estimé à dix (2). Tenant compte de ce nouvel ajustement le nombre moyen d'unités de soins par individu passe de 5.13 à 6.93.

En Saskatchewan, les traitements fournis aux malades atteints du cancer sont couverts par un régime particulier. Par conséquent, ils ne sont pas inclus dans les statistiques de la Commission de l'assurance-maladie de cette province. Nous avons estimé que l'inclusion des traitements pour le cancer signifierait une augmentation moyenne de 0.22 unité de soins par habitant, ce qui porte le total à 7.15. Nous ne possédons aucune donnée quant au nombre d'unités de soins dispensés aux personnes

---

(1) Cette estimation n'est certainement pas trop élevée puisque la durée moyenne de séjour à l'hôpital est d'environ 10 jours au Canada et qu'en général le médecin visite régulièrement son malade.

(2) Une importante société d'assurance-maladie du Québec considère ce chiffre comme représentant le nombre moyen de visites pré et post natales.

TABLEAU VI

REPARTITION DES SOINS SELON LES DIFFERENTES CATEGORIES DE SOINS, SASKATCHEWAN, 1964

Catégorie de soins	Nombre d'unités de soins: assistés sociaux	Nombre d'unités de soins: reste de la population ('000)	Unités de soins par 1,000 bénéficiaires: assistés sociaux	Unités de soins par 1,000 bénéficiaires: reste de la population
Chirurgie	6,065	157.3	251.7	190.6
Obstétrique	126	22.4	5.2	27.1
Anesthésie	3,617	67.7	150.1	82.1
TOTAL	9,808	247.4	407.0	299.8
Visites:				
à domicile	18,073	245.9	749.9	298.0
au bureau	66,606	1,639.7	2,763.9	1,987.1
à l'hôpital	139,634	940.9	5,794.2	1,140.3
TOTAL	224,313	2,826.5	9,308.0	3,425.4
Consultations	1,718	46.1	71.3	55.9
Soins psychiatriques	---	23.6	---	28.6
Soins spéciaux	---	91.0	---	110.3
Traitement des allergies	---	22.6	---	27.3
Examens diagnostiques et de laboratoire	25,130	573.3	1,042.8	694.8
Radiologie thérapeutique		6.4		7.7
Physiothérapie		88.1		106.8
Divers	682	18.7	28.3	22.7
Pathologie	---	60.2	---	73.0
Radiologie diagnostique	1,828	86.1	75.8	104.3
TOTAL	29,358	1,016.1	1,218.2	1,231.4
GRAND TOTAL	263,479	4,090.0	10,933.2	4,956.6

Sources: Saskatchewan Medical Care Insurance Commission - Annual Report 1964. p. 34.
Saskatchewan. Department of Public Health - Statistical Tables Medical Services Division 1963-64. Regina, Research and Planning, June 1965. p. 5 Tableau M 1.

atteintes de cancer. Ce chiffre de 0.22 a été obtenu en comparant le coût du traitement du cancer, soit $1,570,000. (1) avec le coût des soins aux assistés sociaux, soit $1,200,000. (2). Dans le cas du régime des assistés sociaux, l'augmentation en termes d'unité de soins était de 0.17.

Selon nos estimations, il faudrait par conséquent pouvoir fournir 7.15 unités de soins par année à chaque québécois.

Au Québec, les soins psychiatriques et les examens radiologiques et de laboratoire étant déjà partiellement couverts par des régimes existants, nous les avons exclus de nos calculs. Nous basant toujours sur les données de la Saskatchewan, ces soins représentent environ 0.91 unité par personne par année, ce qui diminue notre total à 6.24 unités de soins. Ce chiffre inclut donc les visites à l'hôpital, au bureau et à domicile, les interventions chirurgicales, les accouchements, l'anesthésie et les consultations.

Il semble donc que l'utilisation de cette moyenne de 6.2 unités de soins par personne par année, moyenne basée sur la consommation médicale d'une province qui a déjà l'expérience d'un régime d'assurance-maladie universel et complet, soit réaliste.

Donald B. Straus (3) affirme qu'un taux d'utilisation de 6.0 unités de soins par personne par année représente une consommation acceptable.

Par ailleurs, si nous comparons les données de la Saskatchewan relatives aux catégories de soins les plus importantes (visites, interventions chirurgicales, obstétrique et anesthésie) avec celles des régimes privés conventionnels des autres provinces pour ces mêmes soins, nous pouvons observer que le taux de 3.73 de consommation médicale de la Saskatchewan est comparable à ceux du reste du pays (voir tableau VII). Les données des sociétés membres des Plans Médicaux Trans-Canada laissent voir un taux toujours supérieur à 3.3 unités de soins. Toutefois, les deux sociétés ontariennes ont un nombre moyen d'unités de soins par personne par année supérieur à 4.0 unités.

---

(1) Saskatchewan - Annual Report of the Department of Public Health. Regina, Queen's Printer, 1964. p. 124.

(2) Saskatchewan - Department of Public Health - Statistical Tables Medical Services Division 1963-64. Regina, Research and Planning, June 1965. p. 5 tableau M 1.

(3) Donald B. Straus, op. cit. p. 69.

TABLEAU VII

UNITES DE SOINS PAR PERSONNE, SASKATCHEWAN ET PLANS MEDICAUX TRANS-CANADA, 1964

Catégorie de soins	Saskatchewan	BCMSI	MSA	MS(A)I	MMS	PSI	WMS	SSQ	MMC
Visites									
Bureau	1.99	2.32	2.24	2.11	2.66	2.89	2.78	1.38	2.13
Hôpital	1.14	.73	.59	.87	.71	.81	.89	.91	.58
Domicile	.30	.40	.34	.28	.34	.48	.39	.89	.78
Interventions Chirurgicales Obstétrique Anesthésie	.30	.19	.22	.22	.21	.22	.24	.19	.19
TOTAL:	3.73	3.64	3.39	3.48	3.92	4.40	4.30	3.37	3.68

SOURCE : Trans-Canada Medical Plans, Utilization Report 1964.
BCMSI : B.C. Medical Services Incorporated.
MSA : Medical Services Association (Colombie Britannique).
MS(A)I : Medical Services (Alberta) Incorporated.
MMS : Manitoba Medical Service.
PSI : Physicians' Services Incorporated (Ontario).
WMS : Windsor Medical Services.
SSQ : Les Services de Santé du Québec.
MMC : Maritime Medical Care Incorporated.

QUANTITE DE SOINS OFFERTE PAR LES MEDECINS

Nous avons établi dans la section précédente qu'il fallait prévoir dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie une demande de 6.2 unités de soins par personne par année.

Donald B. Straus a évalué à 20 minutes la durée moyenne de chacune des unités de soins (1). Cette durée de temps provient de ses propres évaluations et il a contrôlé ses résultats en se référant à d'autres études. De plus, Judek, dans son enquête auprès de la profession médicale, obtient des résultats analogues. L'omnipraticien consacre environ la moitié de son temps à des consultations à son cabinet, le quart à des consultations à l'hôpital et le dernier quart aux visites à domicile. Le temps moyen consacré à chaque patient est respectivement de 16,17 et de plus de 30 minutes pour chaque type d'activité. Le spécialiste répartit son temps quelque peu différemment, soit 2/5 pour les consultations à son cabinet et 2/5 pour les consultations à l'hôpital et le reste pour l'enseignement, la recherche etc.. La durée moyenne par malade est de 22 minutes pour une consultation au cabinet et de 21 minutes pour une consultation à l'hôpital (2).

A l'instar de Straus, nous avons donc adopté 20 minutes comme représentant une évaluation réaliste de la durée moyenne d'une unité de soins.

Si l'on multiplie le nombre d'unités de soins (6.2) par le temps requis pour chacune de ces unités (20 minutes), on obtient la quantité de soins médicaux demandée par personne par année en termes d'unités de temps, soit 124 minutes ou 2.06 heures.

Il faudrait donc prévoir pour chaque individu 124 minutes de soins par année. Si on applique ce nombre à la population totale du Québec (5,667,000) (3), on obtient la quantité totale de soins demandée au cours d'une année. En termes d'heures, ce nombre s'élève à 11,711,800 heures.

---

(1) D.B. Straus, op. cit., pp. 69-70.

(2) S. Judek, op. cit., pp. 182-3.

(3) Population du Québec au 1er juillet 1965.
Source: Québec, Ministère de l'Industrie et du Commerce - Statistique, 3e trimestre 65, Volume IV, no 3, p. 1.

Pour pouvoir fournir ces 11,711,800 heures de soins par année, il faudrait que les 4,340 praticiens (1) du Québec au 1er juillet 1965 travaillent en moyenne 56.2 heures par semaine dans l'hypothèse où les médecins travaillent en moyenne 48 semaines complètes au cours d'une année. Ce nombre d'heures s'applique uniquement au temps consacré au malade et par conséquent ne tient pas compte du temps requis pour l'enseignement, la recherche, les consultations par téléphone et toute autre activité reliée à l'exercice de la médecine.

Dans son enquête, Judek (2) estime que la semaine moyenne de travail des omnipraticiens au Canada est de 52 heures alors que celle des spécialistes est de 43 heures. Ce nombre d'heures comprend, en plus du temps passé auprès des malades, le temps consacré à d'autres activités, comme, par exemple, la préparation de communications scientifiques, la participation à des assemblées médicales, les consultations par téléphone, la préparation des formules d'assurance, etc..

Nous croyons qu'il s'agit d'une estimation trop basse. Aux Etats-Unis, selon une enquête faite par la revue "Medical Economics" (3), la médiane d'heures de travail par semaine pour l'ensemble de la population médicale était de 58 heures en 1963. Par ailleurs, une étude effectuée en Colombie Britannique révèle que l'omnipraticien travaille environ 62 heures par semaine (4).

Sur la base des données analysées dans ce chapitre, compte tenu du nombre de praticiens et de la population au Québec en 1965, et d'une consommation médicale dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie, nous avons estimé que le praticien doit travailler en moyenne 56.2 heures pendant 48 semaines au cours d'une année pour pouvoir répondre à la quantité de soins qui serait alors demandée. Ce nombre de 56.2 heures de travail par semaine constitue un nombre minimum auquel il faut ajouter quelques heures pour la recherche, l'enseignement, etc.. De plus, ce nombre de 48 semaines par année, représente, à notre avis, un nombre maximum si l'on tient compte des vacances, des fêtes civiles et religieuses et des jours-maladie.

---

(1) Estimé fait à partir des données fournies par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, nov. 1965. Voir le volume VIII du présent rapport intitulé: Coût, financement et champ d'application. p. 14.

(2) S. Judek, op. cit. p. 183.

(3) Medical Economics, December 16, 1963.

(4) Mémoire de l'Association médicale canadienne, division de la Colombie Britannique, présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, 20 février 1962, p. G.P.-2; cité dans S. Judek, op. cit. p. 183.

Il ressort que, si un régime d'assurance-maladie complet et universel existait présentement au Québec, il y aurait une forte pression sur les praticiens, au moins en termes d'heures de travail au cours d'une année.

CHAPITRE III

EVOLUTION RELATIVE DES REVENUS DES MEDECINS PAR RAPPORT AUX REVENUS D'AUTRES GROUPES PROFESSIONNELS

*

* *

LE MODELE THEORIQUE

Le prix d'un bien ou service est le résultat d'un processus complexe d'ajustement entre un groupe de personnes intéressées à vendre ce bien ou service et un groupe de personnes intéressées à l'acheter ou à se le procurer.

Si on fait l'hypothèse que le marché est libre et concurrentiel, c'est-à-dire que les individus peuvent aisément y entrer comme acheteur ou vendeur, qu'il y a un grand nombre de vendeurs et d'acheteurs, qu'aucun d'entre eux n'est en position d'influencer le prix du marché et que chacun sur le marché a une bonne connaissance des prix et de la qualité des biens transigés, alors on peut dire que le prix qui existe à un moment donné sur ce marché représente une situation d'équilibre entre les deux groupes en présence.

En effet, si le prix était plus élevé que ce prix d'équilibre, il y aurait plus de vendeurs intéressés à offrir des biens ou services sur ce marché qu'il n'y aurait d'acheteurs ou, plus exactement, les quantités offertes seraient plus considérables que les quantités demandées, ce qui contribuerait à ramener le prix au point de départ. Inversement, si le prix à un moment donné était plus bas que le prix d'équilibre, les quantités demandées seraient plus considérables que les quantités offertes, ce qui contribuerait à faire remonter le prix au point d'équilibre.

Ce mécanisme, en fait très simple, est extrêmement intéressant et important. Si, à partir d'une situation d'équilibre, telle que définie plus haut, les gens commencent à demander davantage d'un bien ou service, le prix s'élèvera automatiquement, à moins que l'offre n'augmente dans la même proportion. Cette augmentation de prix refléterait donc une rareté relative du bien ou service en question.

On voit donc comment un examen de l'évolution des prix peut nous fournir certaines indications intéressantes relativement à la rareté ou au surplus relatif des divers biens ou services échangés sur le marché.

Pour faire abstraction de l'augmentation des prix au cours des années provenant de facteurs autres que l'offre et la demande, tels que la hausse générale de productivité et l'inflation, c'est plutôt à partir d'une comparaison des accroissements relatifs des prix des biens et services qu'à partir de l'accroissement absolu des prix que l'on jugera de la rareté ou du surplus relatif de tel bien ou service.

Ce modèle d'analyse repose évidemment sur un nombre considérable d'hypothèses dont les deux plus importantes sont que les biens considérés sont transigés sur un marché libre et concurrentiel et que la qualité des divers biens comparés est stable ou a évolué exactement de la même manière. Le même modèle d'analyse s'applique qu'il s'agisse du marché pour un bien ou un service, ou qu'il s'agisse d'un marché du travail.

Dans l'application que nous ferons de ce modèle, nous comparerons l'évolution des revenus annuels moyens de certaines professions. Les revenus sont ici considérés comme étant le prix que la société doit payer pour obtenir les services d'un professionnel pendant un an.

Déficiences du modèle analytique

Nous réalisons pleinement les déficiences que comporte une telle analyse. En premier lieu, nous connaissons peu de choses sur la structure du marché de ces diverses professions et sur leur plus ou moins grande conformité avec le modèle concurrentiel. En second lieu, il demeure possible que la qualité mesurée par exemple en termes de productivité, ait évolué différemment pour les diverses professions comparées. Par ailleurs, les statistiques utilisées étant les statistiques fiscales, il est possible que leur exactitude ne soit pas parfaite. Cependant, notre intérêt portant plutôt sur l'évolution relative des revenus que sur leur niveau absolu, cette dernière difficulté n'est peut-être pas sérieuse si chacune des professions comparées n'a pas trop modifié sa façon de déclarer ses revenus au fisc au cours de la période étudiée. Il faut mentionner enfin que le choix de l'année ou de la période de base pour nos calculs n'est pas facile à effectuer. Par hypothèse, l'année de base est considérée comme représentant un niveau d'équilibre entre la rémunération des divers groupes comparés. Il n'y a guère de critères qui nous permettent d'être certains qu'à cet égard l'année de base soit bien choisie. Pour essayer de pallier cette dernière difficulté, nous avons choisi de comparer l'évolution des revenus annuels moyens entre diverses périodes de cinq ans.

De toute façon, nous présentons cette dernière approche comme un complément des deux autres, ou encore une vérification de celles-ci et nous ne croyons pas qu'il serait possible de conclure de façon définitive sur la seule base de cette application du modèle économique de l'évolution relative des revenus.

Malgré tout, cette approche n'est pas sans mérite. Elle reconnaît entre autres l'existence de forces économiques régissant la distribution des travailleurs. Elle a déjà été utilisée avec un certain succès aux Etats-Unis pour évaluer la rareté ou le surplus de médecins (1) et d'ingénieurs (2).

APPLICATION DU MODELE A LA PROFESSION MEDICALE

Dans le tableau VIII, nous présentons certaines données relatives aux revenus des membres non-salariés des professions suivantes: médecins et chirurgiens, dentistes, avocats et notaires, ingénieurs et architectes. Ces données s'appliquent au Québec. Il aurait sans doute été plus intéressant de bien isoler chaque profession plutôt que d'avoir ensemble les avocats et notaires ainsi que les ingénieurs et architectes. Malheureusement, étant donné la nature des statistiques fiscales, cette ventilation n'a pas été possible.

Pour l'ensemble de la période envisagée, les revenus des médecins, des dentistes, des ingénieurs et architectes ont évolué sensiblement de la même façon. Par contre, l'évolution des revenus des avocats et notaires a été nettement moins rapide pour l'ensemble de la période que celle enregistrée pour les trois autres groupes. Nos données sembleraient donc suggérer que, pour l'ensemble de la période, il a pu se développer un surplus relatif d'avocats et de notaires, mais elles ne permettent guère de conclure quoi que ce soit en ce qui a trait aux médecins.

Par contre, si nous prenons chacune des deux sous-périodes que nous avons isolées, les indications deviennent un peu plus nuancées. Pour la période 1946-51 à 1951-56, l'évolution des revenus des ingénieurs et architectes est nettement plus rapide que pour les autres professions étudiées. En fait, à la fin de la guerre, on a énormément parlé de la pénurie d'ingénieurs. Une analyse faite du marché des ingénieurs conclut que de 1951 à 1957, le marché global des ingénieurs au Canada était caractérisé par un certain déficit (3). Les revenus des médecins pour leur

(1) Elton Rayack - The Supply of Physicians' Services. Industrial and Labor Relations Review, Jan. 1964, vol. 17, no 2, pp. 221 à 237.

(2) D.M. Blank and G.J. Stigler - The Demand and Supply of Scientific Personnel. New York, National Bureau of Economic Research, 1957. 198p.

(3) Jean-Marie Lalande - Analyse du marché des ingénieurs au Canada. Montréal 1965. 126p. Thèse de maîtrise non publiée. Centre de Relations Industrielles, Université de Montréal.

TABLEAU VIII

EVOLUTION DES REVENUS DE CERTAINS GROUPES DE PROFESSIONNELS NON-SALARIES QUEBEC, 1946-1963

	Année		
	1946-1951	1951-1956	1958-1963
Médecins et chirurgiens			
Revenu annuel moyen: en dollars	6,557	8,195	14,146
Indices: 1946-51=100	100	125	215
Indices: 1951-56=100	---	100	172
Dentistes			
Revenu annuel moyen: en dollars	4,233	5,426	8,586
Indices: 1946-51=100	100	128	202
Indices: 1951-56=100	---	100	158
Avocats et notaires			
Revenu annuel moyen: en dollars	8,522	9,464	13,258
Indices: 1946-51=100	100	111	155
Indices: 1951-56=100	---	100	140
Ingénieurs et architectes			
Revenu annuel moyen: en dollars	8,067	11,706	16,567
Indices: 1946-51=100	100	145	205
Indices: 1951-56=100	---	100	141

Source: Données compilées à partir des rapports publiés par le ministère du Revenu: Canada. Ministère du Revenu national - Statistiques fiscales, Ottawa, Imprimeur de la Reine, Rapports annuels de 1948 à 1964.

part ont évolué au cours de cette période de façon parallèle à ceux des dentistes. Les avocats et notaires ont connu une évolution de leurs revenus inférieure à celle de toutes les autres professions. Pour ce qui est de cette sous-période par conséquent, il n'est guère possible de déduire quoi que ce soit sur la profession médicale. Les données cependant permettent de poser l'hypothèse d'un surplus relatif d'avocats et de notaires et d'une pénurie relative d'ingénieurs et d'architectes.

Si l'on considère la seconde sous-période, soit celle allant de 1951-56 à 1958-63, la situation est passablement différente. Vers 1955, en effet, les universités du Québec ont commencé à former des ingénieurs en plus grand nombre et il semble que la pénurie relative que l'on avait observée à la fin de la guerre ait été rapidement comblée. Lalande affirme dans son étude qu'à partir de 1957, le marché des ingénieurs s'est caractérisé par un surplus assez important (1). En fait, pour la sous-période que nous examinons ici, l'augmentation des revenus des ingénieurs et architectes a été presque exactement la même que celle des avocats et notaires pour lesquels il ne semble pas y avoir de pénurie.

Les revenus des médecins de 1951-56 à 1958-63 se sont accrus beaucoup plus que ceux des autres professions. Ces données sembleraient donc indiquer qu'une pénurie relative de médecins se serait développée au cours des 10 ou 12 dernières années.

Il est possible d'apporter une vérification tout au moins partielle de cette hypothèse.

Le modèle économique développé plus haut, basé sur la théorie des prix, veut que lorsque le prix d'un bien ou service s'élève à un moment donné, par suite d'une pénurie, la demande aura tendance à se diriger vers des produits substituts moins coûteux.

Rayack a cru pouvoir vérifier ce phénomène aux Etats-Unis dans son étude sur la profession médicale (2). Concluant en effet qu'il existe aux Etats-Unis une certaine pénurie de médecins, l'auteur souligne que ceci a eu comme effet de diriger la demande vers des substituts et que ceci a été particulièrement évident dans l'utilisation de personnel médical formé à l'étranger (à l'exclusion du Canada) et dont la formation et l'habileté sont en général inférieures à celles des médecins formés dans les universités américaines (ou canadiennes).

Le tableau suivant, tiré de l'étude de Rayack montre l'augmentation considérable enregistrée aux Etats-Unis dans le

---

(1) J.M. Lalande, op. cit. p. 70.

(2) Elton Rayack, op. cit. pp. 232-6.

TABLEAU IX

NOMBRE D'INTERNES ET DE RESIDENTS ET POURCENTAGE DES ETRANGERS
ETATS-UNIS, 1950-1960

Année	Nombre d'internes et de résidents	Nombre d'étrangers (1)	Etrangers en % du total
1950	21,525	2,072	9.6
1951	23,717	3,349	14.1
1952	24,512	4,388	17.9
1953	26,894	5,589	20.8
1954	29,560	5,036	17.0
1955	31,028	6,033	19.4
1956	32,905	6,741	20.5
1957	35,174	7,622	21.7
1958	37,110	8,357	22.5
1959	37,843	8,257	24.5
1960	37,562	9,935	26.4

(1) Médecins formés en dehors du Canada et des Etats-Unis.

Source: Elton Rayack, op. cit. p. 232

pourcentage des postes d'internes et de résidents occupés par des médecins formés en dehors du Canada et des Etats-Unis.

"Selon Rayack, la qualité généralement inférieure de la formation médicale conférée dans les pays d'où viennent les médecins étrangers est rendue évidente par le taux d'échec élevé aux examens du E.C.F.M.G. (1), taux qui varie entre 50% et 60%, comparativement à un taux d'échec d'environ 3% en 1960, aux examens d'homologation, pour les candidats formés dans les écoles américaines. L'auteur s'appuie de plus sur l'autorité de plusieurs auteurs, dont certains sont reconnus pour être hostiles à l'Association médicale américaine, pour affirmer que l'écart entre ces deux taux d'échec ne saurait être imputé à une politique restrictive de la part de l'A.M.A." (2).

Si nous comparons, à cet égard, le Québec avec les Etats-Unis, nous devons admettre qu'au Québec, l'utilisation d'internes et de résidents étrangers est beaucoup plus importante qu'aux Etats-Unis.

Le tableau suivant, ainsi que les commentaires qui sont présentés à la suite, sont tirés de l'étude préparée par le Collège des médecins sur les effectifs médicaux (3). On y expose très clairement le point de vue que nous voulons faire ressortir ici.

"Ces chiffres permettent d'abord de constater qu'au niveau global, si l'on inclut tous les internes et tous les résidents, la situation semble être la même au Québec et aux Etats-Unis pour ce qui est du nombre de médecins par 100,000 habitants. Mais à partir du moment où l'on exclut les internes et les résidents étrangers, on voit que le Québec accuse alors un déficit appréciable par rapport aux Etats-Unis, et que le Québec ne réussit à maintenir un rapport global comparable au rapport américain que grâce à un apport massif d'internes et de résidents de l'extérieur. Si au surplus on inclut les ostéopathes, l'écart devient encore plus significatif. Le rapport pour les Etats-Unis devient alors 143, comparativement à 121 pour le Québec qui compte moins de 10 ostéopathes (4).

---

(1) Educational Council for Foreign Medical Graduates.

(2) Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, op. cit. p. 26.

(3) Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, op. cit. pp. 37 à 39.

(4) Si nous présentons ce rapport en nombre de personnes par médecin, il est de 699 pour les Etats-Unis et de 823 pour le Québec.

TABLEAU X

EFFECTIFS MEDICAUX, QUEBEC ET ETATS-UNIS , 1964

	QUEBEC	ETATS-UNIS
Nombre total de médecins (y compris tous les internes et résidents)	8,121	278,275
Population	5,573,000	190.8 millions
Rapp. méd./pop. (y compris tous les internes et résidents)	686 (1)	686 (1)
Nombre total d'internes	389 (2)	9,636 (3)
Nombre de résidents étrangers (4)	740	7,052
Rapp. méd./pop. (à l'exclusion de tous les internes et des résidents étrangers)	797 (1)	729 (1)
Autres résidents de l'extérieur	224 (5)	700 (6)
Rapp. méd./pop. (à l'exclusion des internes, des résidents étrangers et des autres résidents de l'extérieur).	823 (1)	731 (1)
Rapp. méd./pop. (à l'exclusion des internes, des résidents étrangers et des autres résidents de l'extérieur mais y compris les D.O.)	823 (1)	699 (1)
Internes et résidents étrangers en % du total des médecins	10%	3.5%
Internes et résidents étrangers en % du total des internes et résidents	42%	25%
Total des internes et résidents en % du total des médecins	25%	14%

(1) Nombre de personnes par médecin.
(2) Dont 100 étrangers (i.e. diplômés d'univ. en dehors Can. & E.U.)
(3) Dont 2,566 étrangers " " " " " " " "
(4) Diplômés d'une université en dehors du Canada et des Etats-Unis.
(5) Diplômés venant d'une université canadienne (non. québ.) ou américaine.
(6) Diplômés venant d'universités canadiennes.

Sources: Pour le Québec: Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Pour les Etats-Unis: Survey of Current Business, U.S. Dept. of Commerce (monthly); A.M.A. Directory Report Service (quarterly); Directory of Approved Internships and Residencies, 1964 (A.M.A.); Open Doors 1964, Institute of International Education, New York.

"L'inclusion des ostéopathes dans les chiffres relatifs à l'offre de médecins aux Etats-Unis est tout à fait défendable. D'abord les statistiques du "U.S. Department of Health Education and Welfare" sur l'offre de médecins les incluent. Par ailleurs, dans certains Etats, les examens d'homologation sont les mêmes pour les M.D. et les D.O. (1). Enfin, dans au moins un Etat, la Californie, on a fait disparaître la distinction entre les deux groupes.

"Par conséquent, les observations faites au sujet des Etats-Unis, en particulier par Rayack, sur l'utilisation de produits substituts de qualité inférieure, pour suppléer au manque de médecins, semblent donc valoir bien davantage pour le Québec.

"En fait, on peut voir qu'en pourcentage du total des médecins, 10% des médecins du Québec sont des internes et des résidents étrangers. Ce pourcentage n'est que de 3.5% aux Etats-Unis. En fait, au Québec, 42% des 2,021 internes et résidents dans nos hôpitaux viennent de l'extérieur du Québec alors qu'aux Etats-Unis, cette proportion n'atteint pas tout à fait le quart".

En conclusion, il nous semble logique de supposer sur la base de cette troisième approche que l'apport massif d'internes et de résidents étrangers a probablement contribué au Québec à atténuer les effets d'une certaine pénurie relative de médecins qui se serait développée au cours des dernières années.

---

(1) M.D.: médecins et D.O.: ostéopathes.

CHAPITRE IV

PROJECTION DU NOMBRE DE MEDECINS

Il est essentiel, pour obtenir une vue plus complète de la situation des effectifs médicaux du Québec, d'étudier l'évolution du nombre de médecins au cours des prochaines années. Pour établir nos projections nous sommes partis du nombre de médecins à la fin d'une année en y ajoutant pour l'année suivante le nombre total de nouveaux médecins - incluant les gradués des 4 universités québécoises et les immigrants - . En retranchant ceux qui abandonnent la pratique médicale, on obtient le nombre de médecins pour chaque année.

Pour analyser l'augmentation du nombre de médecins, on utilise à nouveau le rapport médecin/population. L'amélioration de ce rapport signifierait une augmentation réelle du nombre de médecins et une situation plus favorable. On constate à la lecture du tableau XI que le rapport médecin/population s'améliorera jusqu'aux années comprises entre 1976 et 1981 et deviendra légèrement moins favorable entre 1981 et 1986.

Ces projections ont une valeur indicative puisqu'elles sont basées sur plusieurs hypothèses, entre autres, que le nombre de facultés de médecine sera le même, et qu'elles produiront à chaque année le même nombre de gradués, que l'immigration continuera au même rythme que par les années passées, etc..

Il est difficile d'en arriver à une conclusion définitive à partir de ces projections et de pouvoir dire que cette amélioration du rapport médecin/population dans les années futures sera suffisante pour éliminer toute tension sur ce marché du travail.

TABLEAU XI

PROJECTION DU NOMBRE DE MEDECINS, QUEBEC, 1965-1986

Année	Nouveaux médecins (1)	Total des médecins (2)	Population ('000)	Nombre de personnes par médecin
1964		6,768	5,573	
1965	353	6,979		
1966	353	7,185	5,839	813
1967	353	7,387		
1968	353	7,585		
1969	353	7,779		
1970	353	7,969		
1971	366	8,168	6,460	791
1972	379	8,376		
1973	391	8,592		
1974	404	8,816		
1975	404	9,036		
1976	404	9,251	7,116	769
1977	404	9,462		
1978	404	9,669		
1979	404	9,872		
1980	404	10,071		
1981	404	10,266	7,781	758
1982	404	10,457		
1983	404	10,644		
1984	404	10,827		
1985	404	11,006		
1986	404	11,182	8,500	760

(1) Nous avons tenu compte du fait que la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke recevra ses premiers étudiants en 1966-67 et nous avons inclus le nombre de ses gradués à partir de 1971.

(2) Compte tenu d'un taux de perte de 2% par année.

Sources: Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec - Rapport du Comité d'étude sur les effectifs médicaux. Tableaux 10 - 11 - 12 et 13.

J. Henripin et Y. Martin - La population du Québec et de ses régions 1961-1981. Québec, Presses de l'Université Laval, 1964. Appendice, tableau 4, hypothèse 4 (fécondité faible et migration faible).

CONCLUSION

Nous avons abordé l'étude des effectifs médicaux du Québec en utilisant trois approches différentes. Les résultats de l'application de chacune de ces approches à la situation québécoise semblent indiquer l'existence d'une certaine pression sur les effectifs médicaux. Cette pression est plus ou moins forte, selon que l'on considère le Québec dans son ensemble ou une région spécifique ou selon qu'il s'agit de la consommation médicale actuelle ou de cette même consommation dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie complet et universel. Par contre, nos estimations indiquent une certaine amélioration du rapport médecin/population au cours des 20 prochaines années. Il n'a pas été possible d'analyser tous les facteurs qui nous auraient permis d'arriver à une conclusion plus certaine.

Du côté de la quantité de soins qui serait demandée dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie, il faut rappeler que notre estimation a été basée sur celle du régime de la Saskatchewan qui a un peu plus de 3 années d'existence. On peut facilement croire que cette consommation n'a probablement pas atteint son niveau maximum et qu'il devra s'écouler un certain nombre d'années avant d'y arriver. Les habitudes de consommation des individus dans ce domaine évoluent lentement (1). Vraisemblablement la quantité de soins médicaux demandée continuera de croître.

Quant à la quantité de soins offerte, on peut se demander si l'effort, en termes d'heures et de semaines de travail, que l'on demande à la population médicale peut se soutenir pendant toute la vie active du médecin, sans entraîner de conséquences. Par contre, nous savons que la productivité du médecin a grandement augmenté depuis les 40 dernières années. Des auteurs américains ont d'ailleurs mesuré cette augmentation de la productivité et il n'est pas exclu qu'elle puisse continuer d'augmenter dans l'avenir (2). Pour le médecin québécois il serait peut-être possible d'accroître davantage sa productivité par l'utilisation de personnel paramédical et d'assistants, par une organisation différente de la pratique, etc.. Ceci produirait un allègement du fardeau du travail et permettrait de répondre à une demande accrue.

---

(1) A ce sujet voir: J.J. Madden - Some Aspects of the Economics of Health Services. Texte présenté à la conférence sur les services de santé au Canada. Ottawa, 30 novembre 1965. p. 13. (document polycopié).
J. Fourastié - Les 40,000 heures. Paris, Robert Laffont, 1965. p. 100.

(2) H.M. Somers & A.R. Somers - Doctors, Patients, and Health Insurance. Washington, The Brookings Institution. 1961. pp. 48-51.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LES EFFECTIFS MEDICAUX DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Les quatre tableaux contenus dans cette section nous donnent des informations additionnelles sur les médecins du Québec et des autres provinces.

Les deux premiers tableaux (XII et XIII) nous renseignent sur l'activité professionnelle des médecins et sur la répartition des certificats de spécialistes. Les données proviennent d'un questionnaire adressé par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, à tous ses membres au cours de l'année 1965.

Les tableaux XIV et XV nous donnent respectivement la proportion de spécialistes et d'omnipraticiens par rapport à l'ensemble des médecins, pour chaque province ou région du Canada. En 1962, la proportion des omnipraticiens était au Québec plus faible que dans les autres provinces ou régions, alors que le pourcentage de spécialistes y était élevé.

TABLEAU XII

REPARTITION DES MEDECINS SUIVANT LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE, PROVINCE DE QUEBEC, 1965

Activité professionnelle	Nombre de médecins	%
Pratique générale	1,871	29.2
Résident ou moniteur	1,105	17.2
Administration hospitalière	89	1.4
Autre genre d'administration	56	0.9
Médecine de laboratoire	201	3.1
Médecine préventive	131	2.0
Médecine industrielle	73	1.1
Autre genre de pratique spécialisée	2,433	38.0
Enseignement dans les disciplines fondamentales	41	0.6
Enseignement dans les disciplines cliniques	58	0.9
Recherche en milieu hospitalier	45	0.7
Autre recherche	29	0.5
Retraité	65	1.0
Semi-retraité	142	2.2
Examinateur pour cie d'assurance	12	0.2
Autre	60	0.9
Total	6,411 (1)	

(1) 569 médecins n'avaient pas fait parvenir leur questionnaire. Le nombre total des médecins licenciés au Québec est de 6,980.

Source: Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, novembre 1965.

TABLEAU XIII

REPARTITION DES 3,492 CERTIFICATS DETENUS PAR 3,044 MEDECINS, PROVINCE DE QUEBEC, 1965.

Spécialité	Nombre de certificats	%
Allergie	28	0.8
Anatomie pathologique	91	2.6
Anesthésie	273	7.8
Bactériologie	30	0.9
Biochimie médicale	9	0.3
Cardiologie	125	3.6
Chirurgie générale	523	15.0
Chirurgie orthopédique	112	3.2
Chirurgie plastique et reconstructive	29	0.8
Chirurgie thoracique	40	1.1
Dermato-syphiligraphie	43	1.2
Gastro-entérologie	45	1.3
Gynécologie	40	1.1
Gynécologie-obstétrique	163	4.7
Hématologie	52	1.5
Hygiène publique	61	1.8
Maladies pulmonaires et tuberculose	108	3.1
Médecine interne	430	12.3
Médecine physique et réhabilitation	25	0.7
Neuro-chirurgie	26	0.7
Neuro-psychiatrie	19	0.5
Neurologie	29	0.8
Obstétrique	70	2.0
Ophtalmologie	147	4.2
Oto-rhino-laryngologie	155	4.4
Pathologie clinique	10	0.3
Pédiatrie	219	6.3
Psychiatrie	217	6.2
Radiologie diagnostique	191	5.5
Radiologie thérapeutique	120	3.4
Urologie	62	1.8
Total	3,492	

Source: Collège des médecins et chirurgiens, novembre 1965.

TABLEAU XIV

NOMBRE ET POURCENTAGE DE MEDECINS SPECIALISTES

CANADA ET PROVINCES, 1961.

Province	Total des médecins	Spécialistes nombre	Spécialistes %
Terre-Neuve	269	67	24
Ile du Prince-Edouard	91	29	32
Nouvelle-Ecosse	739	236	32
Nouveau-Brunswick	436	199	46
Québec (I)	6,129	2,498	41
Ontario	7,944	2,912	37
Manitoba	1,124	357	32
Saskatchewan	910	293	32
Alberta	1,402	529	38
Colombie-Britannique	2,184	863	40
Canada	21,228	7,980	38

(I) En 1965, ce pourcentage s'élevait à 43.6%

Source: Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, mémoire présenté à la commission royale sur les services de santé, Montréal, avril 1962. Tableau XXII, p. 69.

TABLEAU XV

REPARTITION PROCENTUELLE DES OMNIPRATICIENS, CANADA ET REGIONS, 1962.

REGION	OMNIPRATICIENS %
Provinces atlantiques	36.7
Québec	28.7
Ontario	35.5
Prairies	36.8
Colombie Britannique	40.4
Canada	34.7

Source: S. Judek, op. cit. p. 147.

BIBLIOGRAPHIE

ANONYME - Are There too Many Doctors in Canada? Canadian Medical Association Journal, June, 1958, vol. 78, pp. 966-968.

BACHMAN, George W. - A Method of Measuring Physician Requirements with Appraisal of Former Method. Journal of American Medical Association, June 1955, vol. 158, pp. 375-81.

BLANK, D.M. and STIGLER, G.J. - The Demand and Supply of Scientific Personnel. New York, National Bureau of Economic Research, 1957. 198p.

BOUDREAU, Thomas J. - Les effectifs médicaux du Québec. Le médecin au Québec, sept. 65, vol. 1, no 2, pp. 47-51.

CANADA. Bureau fédéral de la statistique - Enquête sur la maladie au Canada, 1950-51. Volume des soins de santé pour les assurés et les non-assurés. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962. 38p.

CANADA. Bureau fédéral de la statistique - Revue statistique du Canada, nov. 1965, vol. 40, no 11.

CANADA. Department of National Health and Welfare - Average Earnings of Physicians and Surgeons in Canada 1957-60. Ottawa, Queen's Printer, 107p. (Health Care Series. Memorandum no. 18, Oct. 1963).

CANADA. Dominion Bureau of Statistics - Illness and Health Care in Canada. Canadian Sickness Survey 1950-1951. Ottawa, Queen's Printer, 1960. 217p.

CANADA. Ministère du Revenu national - Statistiques fiscales. Ottawa, Imprimeur de la Reine. Rapports annuels de 1948 à 1964.

CLARKSON, Guy C. - Future Requirements for Physicians in Canada. Canadian Medical Association Journal, Nov. 18, 1961, vol. 85, pp. 1162-1169.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC - Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Montréal, 1962. 122p. (document polycopié).

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC - Rapport du Comité d'étude sur les effectifs médicaux. Montréal, 1965. 80p. (document polycopié).

- Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. 2 v. 1964-1965.

DARSKY, B.S., SINAI, N. and AXELROD, S.J. - Comprehensive Medical Service Under Voluntary Health Insurance. Cambridge, Harvard University Press, 1958, 392p.

FEIN, Rashi - Studies on Physician Supply and Distribution. American Journal of Public Health and The Nation's Health, May 1954, vol. 44, pp. 615-624.

FOURASTIE, J. - Les 40,000 heures. Paris, Robert Laffont, 1965. 246p.

HANSEN, W.L. - The "Shortage" of Engineers. Review of Economics and Statistics, August 1961, vol. 43, pp. 251-256.

HENRIPIN, J. et MARTIN, Y. - La population du Québec et de ses régions 1961-1981. Québec, Presses de l'Université Laval, 1965. 131p.

HOLTMANN, A.G. - Another Look at the Shortage of Physicians. Industrial and Labor Relations Review, April 1965, vol. 18, no. 3, pp. 423-424.

JUDEK, Stanislaw - Les effectifs médicaux du Canada. Etude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. 435p.

LALANDE, J.M. - Analyse du marché des ingénieurs au Canada. Montréal, 1965. 126p. Thèse de maîtrise non publiée. Centre de Relations Industrielles, Université de Montréal.

LEE, R. and JONES, L.W. - The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago, University of Chicago Press, 1933. pp. 93-128.

MADDEN, J.J. - Some Aspects of the Economics of Health Services. Texte présenté à la conférence sur les services de santé au Canada. Ottawa, 30 novembre 1965. (document polycopié).

NATIONS-UNIES. Département des affaires économiques et sociales - Annuaire statistique. 16e éd. New York, Nations-Unies, 1965. 736p.

- New Yardsticks for your Practice. Medical Economics, December 16, 1963, pp. 71-111.

PENNELL, Maryland Y. - Statistics on Physicians, 1950-1963. Public Health Report, Oct. 1964, vol. 79, no. 10, pp. 905-910.

- Preliminary Estimates of Program Costs of Physicians' Services. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1965. 19p. (document polycopié).

QUEBEC. Ministère de l'Industrie et du Commerce - Statistique, 3e trimestre 65, vol. IV, no 3.

RAYACK, Elton - The Supply of Physicians' Services. Industrial and Labor Relations Review, Jan. 1964, vol. 17, no 2, pp. 221-237.

SASKATCHEWAN - Annual Report. The Department of Public Health. Regina, Queen's Printer, 1964. 145p.

SASKATCHEWAN - Department of Public Health - Statistical Tables Medical Services Division, 1963-64. Regina, Research and Planning, June 1965. 48p.

SASKATCHEWAN MEDICAL CARE INSURANCE COMMISSION - Annual Report, 1964. Regina, 1965. 42p.

SOMERS, H.M. and SOMERS, Anne R. - Doctors, Patients and Health Insurance. Washington, The Brookings Institution, 1961. 576p.

SPASOFF, R. and WOLFE, S. - Trends in the Supply and Distribution of Physicians in Saskatchewan: Jan. 1962 to June 1964. Canadian Medical Association Journal, March 6, 1965, vol. 92, pp. 523-528.

STRAUS, Donald B. - A Framework for Developing a National Policy on the Financing and Organization of Physicians' Services. New York, Rockefeller Brothers Fund, 1957, 97p. (Paper no. V-8). (document polycopié).

- Study of a Comprehensive Non-Profit, Prepaid Medical Care Plan in Ontario, 1963. Toronto, Physicians' Services Incorporated, 1965. 245p. (Special Report no. 3).

UNITED STATES. Department of Health, Education and Welfare - Physicians for a Growing America. Report of the Surgeon General's Consultant Group on Medical Education. Washington, U.S. Government Printing Office, 1959. 95p. (Public Health Service Publication no. 709).

UNITED STATES. National Health Survey - Volume of Physician Visits, United States, July 1958-June 1959. Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, 1960. 51p. (Health Statistics, Series B, no. 19).

UNITED STATES. National Center for Health Statistics - Volume of Physician Visits by place of visit and type of service. United States, July 1963-June 1964. Washington, U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service, 1965. 43p. (Vital and Health Statistics, Series 10, no. 18).

- Utilization Report, Toronto, Trans-Canada Medical Plans, 1964, 12p. (document polycopié).

TABLE DES MATIERES