



**Ministère de la Santé et  
du Mieux-être du  
Nouveau-Brunswick**

**Une nouvelle orientation pour le plan  
de gestion des ressources médicales  
au Nouveau-Brunswick**

**RAPPORT FINAL**

**Le 19 septembre 2003**

---

## Confidentialité

Le présent rapport final contient des renseignements confidentiels exclusifs à Fujitsu Conseil (Canada) inc. Ces renseignements sont fournis dans l'unique but de permettre au destinataire d'évaluer le rapport. Sur réception du présent rapport, le destinataire accepte de traiter l'information de façon confidentielle et de ne pas reproduire ni divulguer de quelque façon cette information à des personnes à l'extérieur du groupe directement responsable de l'évaluation du rapport, sans avoir obtenu au préalable le consentement de Fujitsu Conseil (Canada) inc.

Fujitsu Conseil (Canada) inc. se réserve le droit d'exiger que tous les exemplaires du rapport final soient retournés par le récipiendaire à la fin du processus d'évaluation.

## Droits d'auteur

© 2003, Fujitsu Conseil (Canada) inc. Tous droits réservés.

Macroscopic® est une marque de commerce déposée de Fujitsu Conseil (Canada) inc.

ProductivityCentre<sup>MD</sup>, ArchitectureLab<sup>MD</sup>, ResultStation<sup>MD</sup>, StrategyForum<sup>MD</sup>, ManagementSuite<sup>MD</sup>, Dynamic Process Model<sup>MD</sup> (DPM<sup>MD</sup>), Object Relationship Model<sup>MD</sup> (ORM<sup>MD</sup>), Object and Process Alignment<sup>MD</sup> (OPAL<sup>MD</sup>), Results Chain<sup>MD</sup>, ArchitectureLab<sup>MD</sup> Workbench et ResultStation<sup>MD</sup> Modeler sont des marques de commerce déposées de Fujitsu Conseil (Canada) inc. Tous les autres noms de marque de produits mentionnés sont des marques de commerce déposées ou des marques de commerce de leurs entreprises respectives.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>1.</b>	<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>1</b>
1.1	APERÇU .....	1
1.2	APPROCHE .....	2
1.3	CONSTATATIONS .....	5
1.4	RECOMMANDATIONS .....	9
<b>2.</b>	<b>DESCRIPTION DU PROJET .....</b>	<b>18</b>
<b>3.</b>	<b>APPROCHE GÉNÉRALE ET MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>19</b>
3.1	ANALYSE DU CONTEXTE .....	20
	3.1.1 Examen de la documentation.....	20
	3.1.2 Entrevues .....	20
3.2	COLLECTE DES DONNÉES .....	20
	3.2.1 Collecte de données primaires.....	20
	3.2.1.1 Taux de réponse .....	21
	3.2.2 Résumés analytiques de la base de données .....	21
	3.2.3 Autres sources de données .....	22
	3.2.4 Considérations et limites inhérentes aux données .....	22
3.3	CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES .....	22
	3.3.1 Sous-système de l'offre de médecins .....	23
	3.3.2 Sous-système de formation .....	23
	3.3.3 Structure de la base de données .....	24
	3.3.4 Rapports de la base de données .....	24
3.4	ANALYSE DE L'OFFRE .....	24
3.5	ANALYSE DE LA DEMANDE .....	25
<b>4.</b>	<b>MÉTHODE D'ÉLABORATION DU MODÈLE DE PRÉVISION DES MÉDECINS .....</b>	<b>27</b>
4.1	INTRODUCTION .....	27
4.2	SPÉCIFICATION DU MODÈLE DE PRÉVISION .....	28
4.3	OFFRE .....	29
	4.3.1 Schéma du modèle d'offre .....	30
	4.3.2 Descriptions des entrées dans le modèle d'offre et sources de données.....	31
	4.3.2.1 Effectif de base de médecins au Nouveau-Brunswick.....	31
	4.3.2.2 Gains .....	32

---

4.3.2.3 Départs .....	32
4.4 DEMANDE.....	33
4.4.1 Schéma du modèle de demande et descriptions des entrées .....	34
4.4.2 Considérations relatives au modèle de demande accrue .....	37
4.4.2.1 L'impact de la population sur la demande de services de médecins.....	37
4.4.2.2 Changements dans la prestation de services .....	37
4.5 ANALYSE DE L'ÉCART / DÉSÉQUILIBRE DE L'EFFECTIF DE MÉDECINS .....	37
<b>5. TENDANCES ET ENJEUX RELATIFS À L'OFFRE ET À LA DEMANDE FUTURES.....</b>	<b>39</b>
5.1 ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	39
5.2 FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES .....	45
5.2.1 Changement de la structure de la population par âge .....	45
5.2.2 Déplacement de population .....	46
5.2.3 Influences socio-économiques.....	47
5.2.4 Profil linguistique des Néo-Brunswickois .....	47
5.3 ASPECTS ÉCONOMIQUES – COÛTS ACCRUS DES SERVICES.....	48
5.4 QUESTIONS RELATIVES AU SYSTÈME DE SANTÉ .....	49
5.4.1 Orientations stratégiques du gouvernement .....	50
5.4.1.1 Régies régionales de la santé.....	51
5.4.1.2 Législation relative aux langues officielles .....	51
5.4.1.3 Exercice de la profession en collaboration .....	51
5.4.2 Politique en matière de main-d'œuvre ayant des répercussions sur l'effectif de médecins disponible .....	53
5.4.3 Utilisation des ressources .....	54
5.4.4 Planification des ressources humaines.....	55
5.4.5 Technologie habilitante .....	56
5.5 QUESTIONS RELATIVES À L'EFFECTIF DE MÉDECINS DISPONIBLE .....	56
5.5.1 Aperçu des équivalents à temps plein .....	57
5.5.1.1 Objectifs.....	58
5.5.1.2 Méthode de base.....	58
5.5.1.3 Fonction linéaire logarithmique .....	59
5.5.1.4 Limites des indicateurs ÉTP.....	59
5.5.2 Effectif de médecins .....	59
5.5.2.1 Modification des modes de pratique .....	59
5.5.2.2 Vieillesse et départ à la retraite des médecins.....	62
5.5.2.3 Féminisation de l'effectif de médecins .....	62

5.5.3	Recrutement et maintien en poste .....	63
5.5.3.1	Maintien en poste des diplômés des programmes d'études médicales postdoctorales financés par le gouvernement du N.-B. ....	64
5.6	ANALYSE DE L'OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE .....	65
5.6.1	Offre de nouveaux praticiens .....	65
5.6.1.1	Études en médecine.....	65
5.6.1.2	Structure administrative de la formation médicale au Nouveau-Brunswick.....	72
5.6.1.3	Diversité de spécialités.....	72
5.6.1.4	Coût de la formation médicale .....	73
5.6.1.5	Changements de répartition.....	74
5.7	QUESTIONS RELATIVES À LA DEMANDE DE MÉDECINS .....	75
<b>6.</b>	<b>ANALYSE ET PRÉVISION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE MÉDECINS AU NOUVEAU-BRUNSWICK .....</b>	<b>77</b>
6.1	INTRODUCTION .....	77
6.2	EFFECTIF DE MÉDECINS AU NOUVEAU-BRUNSWICK – SITUATION GLOBALE .....	77
6.2.1	Aperçu général de la base de données des médecins .....	77
6.2.2	Sexe et âge des médecins au Nouveau-Brunswick.....	77
6.2.3	Profil linguistique .....	78
6.2.4	Régions sanitaires.....	82
6.2.5	Aperçu de l'analyse des équivalents temps plein (ÉTP).....	82
6.2.6	Stabilité de l'effectif de médecins au Nouveau-Brunswick – Analyse des données historiques .....	83
6.3	MÉDECINE GÉNÉRALE ET MÉDECINE FAMILIALE (OMNIPRATICIENS) – SITUATION ACTUELLE ET APERÇU DE LA SITUATION FUTURE .....	85
6.3.1	Formation des omnipraticiens .....	85
6.3.2	Situation actuelle de l'effectif d'omnipraticiens au Nouveau-Brunswick .....	87
6.3.2.1	Sexe et âge .....	87
6.3.2.2	Régions sanitaires.....	88
6.3.2.3	Langue.....	89
6.3.2.4	Profil de pratique .....	89
6.3.2.5	Niveaux d'activité.....	98
6.3.2.6	Activité relative des omnipraticiens selon l'âge et le sexe .....	116
6.3.2.7	Profil sommaire – Omnipraticiens .....	118
6.3.2.8	Prévision de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens.....	120
6.3.2.9	Demande de services de médecine familiale.....	131
6.3.2.10	Analyse de l'écart.....	138

---

6.4	MÉDECINE SPÉCIALISÉE – SITUATION ACTUELLE ET APERÇU DE LA SITUATION FUTURE .....	146
6.4.1	Effectif de médecins spécialistes au Nouveau-Brunswick .....	146
6.4.1.1	Questions relatives à la pratique fonctionnelle .....	168
6.4.1.2	Profil sommaire – Médecins spécialistes .....	168
6.4.2	Spécialités médicales .....	169
6.4.2.1	Anesthésie .....	172
6.4.2.2	Cardiologie .....	179
6.4.2.3	Dermatologie .....	184
6.4.2.4	Radiologie diagnostique .....	188
6.4.2.5	Médecine d'urgence .....	192
6.4.2.6	Gastroentérologie .....	194
6.4.2.7	Gériatrie .....	198
6.4.2.8	Hématologie .....	201
6.4.2.9	Maladies infectieuses .....	205
6.4.2.10	Médecine interne .....	208
6.4.2.11	Oncologie médicale .....	213
6.4.2.12	Néonatalogie .....	216
6.4.2.13	Néphrologie .....	218
6.4.2.14	Neurologie .....	221
6.4.2.15	Médecine nucléaire .....	225
6.4.2.16	Pédiatrie .....	226
6.4.2.17	Physiatrie et réadaptation .....	231
6.4.2.18	Psychiatrie .....	235
6.4.2.19	Radiothérapie .....	240
6.4.2.20	Médecine respiratoire .....	241
6.4.2.21	Rhumatologie .....	245
6.4.2.22	Autres .....	248
6.4.3	Spécialités de médecine de laboratoire .....	250
6.4.3.1	Pathologie anatomique .....	252
6.4.3.2	Pathologie générale .....	253
6.4.3.3	Pathologie hématologique .....	254
6.4.3.4	Microbiologie médicale .....	255
6.4.3.5	Autres .....	256
6.4.4	Spécialités de chirurgie .....	256
6.4.4.1	Chirurgie cardiaque .....	259
6.4.4.2	Chirurgie générale .....	263

---

6.4.4.3 Neurochirurgie .....	271
6.4.4.4 Obstétrique et gynécologie .....	274
6.4.4.5 Ophtalmologie .....	279
6.4.4.6 Chirurgie orthopédique.....	284
6.4.4.7 Oto-rhino-laryngologie.....	289
6.4.4.8 Chirurgie plastique .....	293
6.4.4.9 Chirurgie thoracique.....	297
6.4.4.10 Urologie.....	300
6.4.4.11 Chirurgie vasculaire .....	304
<b>7. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>309</b>

## **ANNEXES**

ANNEXE A	GROUPES DE PRATIQUE MÉDICALE
ANNEXE B	ENSEMBLES DE DONNÉES MINIMALES
ANNEXE C	COMITE DIRECTEUR ET GROUPE DE TRAVAIL DE MÉDECINS
ANNEXE D	RÉFÉRENCES (DOCUMENTATION)
ANNEXE E	RÉPONDANTS CLÉS
ANNEXE F	DOCUMENTS DU SONDAGE
ANNEXE G	RÉPONDANTS AU SONDAGE
ANNEXE H	MÉTHODE D'ANALYSE DE LA DEMANDE EN MÉDECINE FAMILIALE
ANNEXE I	MÉTHODE D'ANALYSE DE LA DEMANDE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE
ANNEXE J	MÉTHODE D'ANALYSE DE LA DEMANDE EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE
ANNEXE K	UNITÉ DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ (PROPOSITION)

---

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 – Caractéristiques des répondants .....	21
Tableau 2 – Profil linguistique des Néo-Brunswickois (données du recensement de 2001 de Statistique Canada).....	47
Tableau 3 – Profil de pratique en suppléance 2000-2003 .....	62
Tableau 4 – Universités ayant une entente avec le Nouveau-Brunswick pour le placement d'étudiants....	66
Tableau 5 – Finissants (M.D.) des facultés de médecine canadiennes de 2003 à 2007.....	67
Tableau 6 – Répartition des étudiants en médecine du N.-B. qui devraient recevoir un diplôme d'une faculté de médecine canadienne dans la période de 2003 à 2007.....	68
Tableau 7 – Projection du nombre de diplômés du N.-B. des études médicales postdoctorales par année et par programme.....	71
Tableau 8 – Langue par spécialité.....	79
Tableau 9 – Analyse des compétences linguistiques par langue maternelle.....	80
Tableau 10 – Compétences linguistiques par groupe d'âge .....	81
Tableau 11 – Compétences linguistiques par groupe d'âge .....	81
Tableau 12 – Médecins en exercice dans chaque région sanitaire.....	82
Tableau 13 – Répartition des ÉTP .....	83
Tableau 14 – Déplacement des médecins du Nouveau-Brunswick .....	84
Tableau 15 – Résidents en médecine familiale au Canada .....	86
Tableau 16 – Résidents en médecine familiale provenant du Nouveau-Brunswick .....	86
Tableau 17 – Résidence en médecine familiale de troisième année .....	87
Tableau 18 – Analyse selon le groupe d'âge et le sexe .....	87
Tableau 19 – Répartition des médecins de famille selon la région sanitaire .....	88
Tableau 20 – Taux de réponse au sondage de la médecine familiale selon la région.....	89
Tableau 21 – Pratique clinique et taux du temps consacré .....	90
Tableau 22 – Répartition des pratiques selon les omnipraticiens et les omnipraticiennes.....	91



---

Tableau 23 – Répartition des omnipraticiens selon leurs aptitudes linguistiques .....	92
Tableau 24 – Répartition des omnipraticiens selon les cohortes d'âge .....	93
Tableau 25 – Répartition des omnipraticiens selon la région .....	94
Tableau 26 – Pourcentage du temps consacré par l'omnipraticien aux activités liées à sa pratique .....	95
Tableau 27 – Pourcentage du temps consacré par l'omnipraticien aux activités liées à sa pratique selon le sexe .....	96
Tableau 28 – Pourcentage du temps consacré par l'omnipraticien aux activités liées à sa pratique selon le groupe d'âge .....	97
Tableau 29 – Dossiers médicaux actifs selon le groupe d'âge .....	99
Tableau 30 – Dossiers médicaux actifs selon le sexe .....	100
Tableau 31 – Dossiers médicaux actifs selon les régions sanitaires .....	101
Tableau 32 – Nombre moyen de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon le groupe d'âge .....	102
Tableau 33 – Nombre de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon le sexe .....	103
Tableau 34 – Nombre de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon les dossiers médicaux actifs .....	104
Tableau 35 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le groupe d'âge .....	105
Tableau 36 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le sexe .....	106
Tableau 37 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon la région sanitaire .....	107
Tableau 38 – Heures par semaine en pratique clinique selon le groupe d'âge .....	108
Tableau 39 – Heures de pratique clinique par semaine selon le sexe .....	109
Tableau 40 – Heures de pratique clinique par semaine selon la région sanitaire .....	110
Tableau 41 – Catégorie de services d'appel selon le groupe d'âge .....	111
Tableau 42 – Catégorie de services d'appel selon le sexe .....	112
Tableau 43 – Catégorie de services d'appel selon la région sanitaire .....	113
Tableau 44 – Mesures d'activité moyennes selon l'âge et le sexe des omnipraticiens pour l'exercice financier 2000-2001 (omnipraticiens qui passent au moins 50 jours en clinique par année et qui n'ont pas commencé ni abandonné la pratique clinique active) .....	117

---

Tableau 45 – Mesures d'activité moyennes selon l'âge et le sexe des omnipraticiens pour l'exercice financier 2001-2002 (omnipraticiens qui passent au moins 50 jours en clinique par année et qui n'ont pas commencé ni abandonné la pratique clinique active).....	117
Tableau 46 – Mesures d'activité moyennes selon l'âge et le sexe des omnipraticiens pour l'exercice financier 2002-2003 (omnipraticiens qui passent au moins 50 jours en clinique par année et qui n'ont pas commencé ni abandonné la pratique clinique active).....	117
Tableau 47 – SCÉNARIO 1A – Scénario de référence (tous les omnipraticiens).....	121
Tableau 48 – Activité relative des omnipraticiens selon l'âge et le sexe .....	122
Tableau 49 – SCÉNARIO 1B – Scénario de référence tenant compte de la pondération de la charge de travail .....	123
Tableau 50 – SCÉNARIO 2A – Médecine familiale globale .....	124
Tableau 51 – Médecine familiale globale – charge de travail pondérée.....	125
Tableau 52 – SCÉNARIOS 3A et 3B – Médecine familiale globale – charge de travail pondérée et changements de pratique prévus.....	126
Tableau 53 – Taux de croissance de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens (2003 à 2013).....	128
Tableau 54 – Prévion de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire.....	129
Tableau 55 – Retraites éventuelles au cours de la période de prévision de 10 ans par région sanitaire.....	130
Tableau 56 – Composition selon le sexe de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire .....	131
Tableau 57 – Omnipraticiens « actifs » prévus par région pour 2001 et 2003 à 2013.....	137
Tableau 58 – Demande perçue totale.....	138
Tableau 59 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens au Nouveau-Brunswick (2003 à 2013) .....	139
Tableau 60 – Répartition par région sanitaire de la demande provinciale de services de médecine familiale .....	140
Tableau 61 – Région 1 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	142
Tableau 62 – Région 2 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	142
Tableau 63 – Région 3 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	143
Tableau 64 – Région 4 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	143

---

Tableau 65 – Région 5 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	144
Tableau 66 – Région 6 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	144
Tableau 67 – Région 7 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens.....	145
Tableau 68 – Analyse selon le groupe d'âge et le sexe des médecins spécialistes.....	147
Tableau 69 – Répartition des médecins spécialistes selon la région sanitaire .....	147
Tableau 70 – Taux de réponse au sondage par région des médecins spécialistes.....	148
Tableau 71 – Pourcentage du temps consacré par les médecins spécialistes aux activités liées à leur pratique .....	148
Tableau 72 – Milieux de pratique des médecins spécialistes par groupe d'âge .....	150
Tableau 73 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le groupe de pratique .....	151
Tableau 74 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le groupe d'âge (médecins spécialistes).....	152
Tableau 75 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le sexe (médecins spécialistes) .....	153
Tableau 76 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon la région sanitaire (médecins spécialistes).....	154
Tableau 77 – Nombre de patients rencontrés par semaine selon le groupe d'âge des spécialistes.....	155
Tableau 78 – Nombre de patients que rencontrent les spécialistes par semaine selon le sexe .....	156
Tableau 79 – Délai d'attente pour une consultation électorale selon le groupe d'âge .....	157
Tableau 80 – Délai d'attente pour une consultation électorale selon la région sanitaire et le spécialiste ....	158
Tableau 81 – Délai d'attente pour une consultation électorale selon le groupe de pratique et le spécialiste.....	159
Tableau 82 – Délai d'attente pour une consultation urgente selon le groupe d'âge des spécialistes .....	160
Tableau 83 – Délai d'attente pour une consultation urgente selon la région sanitaire des spécialistes.....	161
Tableau 84 – Délai d'attente pour une consultation urgente selon le groupe de pratique et le spécialiste .....	162
Tableau 85 – Catégorie de services d'appel selon le groupe d'âge des spécialistes .....	163
Tableau 86 – Catégories de services d'appel selon le sexe des spécialistes.....	164

---

Tableau 87 – Catégorie de services d'appel selon la région sanitaire des spécialistes.....	165
Tableau 88 – Nombre moyen des heures de services d'appel travaillées selon le groupe de pratique.....	165
Tableau 89 – Pourcentage des patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick qui sont traités par des médecins du Nouveau-Brunswick selon le groupe de pratique.....	166
Tableau 90 – Nombre et pourcentage de patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick qui sont traités par des médecins de la province selon le groupe de pratique et la région.....	167
Tableau 91 – Toutes spécialités médicales confondues – Prévision de l'offre de 2003 à 2013 .....	171
Tableau 92 – Spécialités médicales – Gains, départs et déplacements nets de 2003 à 2013 .....	172
Tableau 93 – Anesthésie .....	172
Tableau 94 – Répartition des anesthésistes par région sanitaire .....	173
Tableau 95 – Anesthésie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	174
Tableau 96 – Prévision de l'offre en matière de soins d'anesthésie de 2003 à 2013 .....	175
Tableau 97 – Croissance de la demande de services d'anesthésie (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	178
Tableau 98 – Cardiologie.....	179
Tableau 99 – Cardiologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	180
Tableau 100 – Croissance de la demande de services en cardiologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	183
Tableau 101 – Dermatologie.....	184
Tableau 102 – Dermatologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	186
Tableau 103 – Croissance de la demande de services de dermatologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	187
Tableau 104 – Radiologie diagnostique.....	188
Tableau 105 – Répartition des spécialistes en radiologie diagnostique selon la région sanitaire .....	189
Tableau 106 – Prévision de l'offre en matière de radiologie diagnostique de 2003 à 2013.....	191
Tableau 107 – Croissance de la demande de services de radiologie diagnostique (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	191
Tableau 108 – Médecine d'urgence.....	193

---

Tableau 109 – Gastroentérologie .....	194
Tableau 110 – Gastroentérologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	196
Tableau 111 – Croissance de la demande de services de gastroentérologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	197
Tableau 112 – Gériatrie .....	198
Tableau 113 – Croissance de la demande de services de gériatrie (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	200
Tableau 114 – Hématologie .....	201
Tableau 115 – Hématologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	202
Tableau 116 – Croissance de la demande de services d'hématologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	204
Tableau 117 – Maladies infectieuses .....	205
Tableau 118 – Croissance de la demande de services relatifs aux maladies infectieuses (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	208
Tableau 119 – Médecine interne.....	208
Tableau 120 – Sous-spécialités en médecine interne.....	209
Tableau 121 – Répartition des internistes généraux par région sanitaire.....	210
Tableau 122 – Médecine interne – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	210
Tableau 123 – Prévision de l'offre en matière de médecine interne générale de 2003 à 2013.....	211
Tableau 124 – Croissance de la demande de services en médecine interne générale (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	213
Tableau 125 – Oncologie médicale.....	214
Tableau 126 – Croissance de la demande de services d'oncologie médicale (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	216
Tableau 127 – Néonatalogie .....	217
Tableau 128 – Néphrologie.....	218
Tableau 129 – Néphrologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	219

---

Tableau 130 – Croissance de la demande de services de néphrologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	221
Tableau 131 – Neurologie.....	221
Tableau 132 – Neurologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	223
Tableau 133 – Croissance de la demande de services de neurologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	225
Tableau 134 – Médecine nucléaire .....	226
Tableau 135 – Pédiatrie .....	227
Tableau 136 – Distribution des pédiatres selon la région sanitaire.....	227
Tableau 137 – Pédiatres – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	228
Tableau 138 – Prévision de l'offre en matière de pédiatres de 2003 à 2013 .....	229
Tableau 139 – Croissance de la demande de services de pédiatrie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	231
Tableau 140 – Physiatrie et réadaptation .....	231
Tableau 141 – Physiatrie et réadaptation – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	233
Tableau 142 – Croissance de la demande de services en physiatrie et réadaptation (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	234
Tableau 143 – Psychiatrie .....	235
Tableau 144 – Répartition des psychiatres selon la région sanitaire.....	236
Tableau 145 – Psychiatrie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	237
Tableau 146 – Prévision de l'offre en matière de psychiatres de 2003 à 2013 .....	238
Tableau 147 – Croissance et demande de services de psychiatrie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	240
Tableau 148 – Radiothérapie .....	240
Tableau 149 – Médecine respiratoire.....	242
Tableau 150 – Médecine respiratoire – Historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	243
Tableau 151 – Croissance de la demande de services en médecine respiratoire (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	245

---

Tableau 152 – Rhumatologie .....	245
Tableau 153 – Rhumatologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	246
Tableau 154 – Croissance de la demande de services de rhumatologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	248
Tableau 155 – Génétique médicale.....	248
Tableau 156 – Médecine du travail.....	249
Tableau 157 – Médecine communautaire .....	249
Tableau 158 – Neuropathologie.....	250
Tableau 159 – Prévision de l'offre en matière de médecine de laboratoire de 2003 à 2013 .....	251
Tableau 160 – Pathologie anatomique.....	252
Tableau 161 – Pathologie générale .....	253
Tableau 162 – Pathologie hématologique.....	254
Tableau 163 – Microbiologie médicale .....	255
Tableau 164 – Biochimie médicale.....	256
Tableau 165 – Toutes spécialités chirurgicales confondues – Prévision de l'offre 2003 à 2013 .....	258
Tableau 166 – Offre de médecins au N.-B. – Gains, départs et déplacements nets.....	258
Tableau 167 – Chirurgie cardiaque.....	259
Tableau 168 – Chirurgie cardiaque – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	260
Tableau 169 – Croissance de la demande de services de chirurgie cardiaque (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	262
Tableau 170 – Chirurgie générale.....	263
Tableau 171 – Sous-spécialités de la chirurgie générale .....	263
Tableau 172 – Chirurgie générale – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	265
Tableau 173 – Prévision du nombre de chirurgiens généralistes de 2003 à 2013 .....	266
Tableau 174 – Croissance de la demande de services de chirurgie générale (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	270

---

Tableau 175 – Neurochirurgie .....	271
Tableau 176 – Croissance de la demande de services de neurochirurgie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	273
Tableau 177 – Obstétrique et gynécologie.....	274
Tableau 178 – Sous-spécialités en obstétrique et en gynécologie .....	274
Tableau 179 – Répartition des obstétriciens et des gynécologues par région sanitaire .....	275
Tableau 180 – Obstétrique et gynécologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	276
Tableau 181 – Prévision de l'offre en matière d'obstétrique et de gynécologie de 2003 à 2013.....	277
Tableau 182 – Croissance de la demande de services d'obstétrique et de gynécologie (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	279
Tableau 183 – Ophtalmologie.....	280
Tableau 184 – Répartition des ophtalmologistes selon la région sanitaire .....	280
Tableau 185 – Ophtalmologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	281
Tableau 186 – Prévision de l'offre en matière d'ophtalmologie 2003 à 2013 .....	282
Tableau 187 – Croissance de la demande de services d'ophtalmologie (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	283
Tableau 188 – Chirurgie orthopédique .....	284
Tableau 189 – Chirurgie orthopédique – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	286
Tableau 190 – Prévision de l'offre en matière de chirurgie orthopédique de 2003 à 2013 .....	287
Tableau 191 – Croissance de la demande de services de chirurgie orthopédique (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	289
Tableau 192 – Oto-rhino-laryngologie .....	289
Tableau 193 – Oto-rhino-laryngologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	290
Tableau 194 – Croissance de la demande de services d'oto-rhino-laryngologie (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	293
Tableau 195 – Chirurgie plastique .....	293
Tableau 196 – Chirurgie plastique – historique de trois ans de l'Assurance-maladie.....	295



---

Tableau 197 – Croissance de la demande de services de chirurgie plastique (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	296
Tableau 198 – Chirurgie thoracique.....	297
Tableau 199 – Chirurgie thoracique – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	298
Tableau 200 – Croissance de la demande de services de chirurgie thoracique (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	300
Tableau 201 – Urologie .....	300
Tableau 202 – Distribution des urologues selon la région sanitaire .....	301
Tableau 203 – Urologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	302
Tableau 204 – Croissance de la demande de services d'urologie (taux de croissance à partir de l'année de référence).....	304
Tableau 205 – Chirurgie vasculaire .....	305
Tableau 206 – Chirurgie vasculaire – historique de trois ans de l'Assurance-maladie .....	306
Tableau 207 – Croissance de la demande de services de chirurgie vasculaire (taux de croissance à partir de l'année de référence) .....	308
Tableau 208 – Catégories de soins de médecine familiale .....	337
Tableau 209 – Catégories de soins médicaux .....	338
Tableau 210 – Catégories cliniques selon le nombre réel d'omnipraticiens (pondéré).....	338
Tableau 211 – Indice cumulé pour les omnipraticiens.....	339
Tableau 212 – Ratios relatifs d'activité réelle et prévue de soins de santé en médecine familiale et en médecine familiale globale (2002/2003).....	342
Tableau 213 – Ratios relatifs d'activité réelle et prévue de soins de santé de base, de soins de santé d'urgence et de soins hospitaliers (2002/2003) .....	342
Tableau 214 – Ratios relatifs d'activité réelle et prévue de soins obstétricaux, de soins d'assistance en salle d'opération et de soins d'anesthésie (2002/2003) .....	343
Tableau 215 – Taux de croissance comparativement à la demande réelle de services de médecine familiale en 2001.....	348
Tableau 216 – Omnipraticiens « actifs » prévus par région (2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003) .....	349

---

Tableau 217 – Omnipraticiens « actifs » prévus par région pour 2001 et 2003 à 2013.....	349
Tableau 218 – Omnipraticiens « réels » et omnipraticiens par niveau d'activité (2002-2003).....	350

---

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1 – Schéma du modèle d'offre .....	30
Figure 2 – Schéma du modèle de demande.....	34
Figure 3 – Dix principales causes de décès au sein de la population du Nouveau-Brunswick, 1997-2001 .....	41
Figure 4 – Incidence des principaux cancers chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick, 1997-2001 .....	42
Figure 5 – Prévalence brute du taux de diabète chez les femmes âgées de plus de 20 ans au Canada et au Nouveau-Brunswick .....	43
Figure 6 – Prévalence brute du taux de diabète chez les hommes âgés de plus de 20 ans au Canada et au Nouveau-Brunswick .....	43
Figure 7 – Augmentation du nombre de personnes âgées au Nouveau-Brunswick entre 1991 et 2000.....	44
Figure 8 – Répartition des dépenses du budget provincial des soins de santé en 2001-2002.....	49
Figure 9 – Activité relative moyenne pondérée annuelle des médecins, selon l'âge et le sexe du médecin (moyenne des trois exercices financiers 2000-2001 à 2002-2003).....	118
Figure 10 – Prévision de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens (scénarios 1, 2 et 3).....	127
Figure 11 – Prévision de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire .....	130
Figure 12 – Utilisation des services de médecine familiale par personne, selon l'âge.....	132
Figure 13 – Probabilité de consultation en médecine familiale, selon l'âge et le sexe.....	133
Figure 14 – Nombre moyen de consultations en médecine familiale par année, selon l'âge et le sexe.....	133
Figure 15 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Hommes .....	135
Figure 16 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Femmes .....	136
Figure 17 – Prévisions démographiques comparées au recensement de 2001 .....	136
Figure 18 – Moyenne de la facturation totale relative à l'anesthésie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	178
Figure 19 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la cardiologie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	183

---

Figure 20 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la dermatologie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	187
Figure 21 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la gastroentérologie, en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	197
Figure 22 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la gériatrie, en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	200
Figure 23 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'hématologie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	204
Figure 24 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative aux maladies infectieuses .....	207
Figure 25 – Médecine interne générale : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe .....	212
Figure 26 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'oncologie médicale .....	215
Figure 27 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la néphrologie selon l'âge et le sexe.....	220
Figure 28 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la neurologie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	224
Figure 29 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la pédiatrie, en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	230
Figure 30 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la physiothérapie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	234
Figure 31 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la psychiatrie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	239
Figure 32 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la médecine respiratoire en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	244
Figure 33 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la rhumatologie en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	247
Figure 34 – Moyenne de la facturation totale relative à la chirurgie cardiaque en fonction de l'âge et du sexe de la population.....	262
Figure 35 – Taux annuels de procédures de base de chirurgie générale pour les hommes (selon les données de l'Assurance-maladie).....	268
Figure 36 – Taux annuels de procédures de base de chirurgie générale pour les femmes (selon les données de l'Assurance-maladie).....	269

---

Figure 37 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la neurochirurgie selon l'âge et le sexe de la population.....	273
Figure 38 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'obstétrique et à la gynécologie selon l'âge et le sexe de la population.....	278
Figure 39 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'ophtalmologie selon l'âge et le sexe de la population.....	283
Figure 40 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie orthopédique selon l'âge et le sexe de la population .....	288
Figure 41 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'oto-rhino-laryngologie selon l'âge et le sexe de la population .....	292
Figure 42 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie plastique .....	296
Figure 43 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie thoracique.....	299
Figure 44 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'urologie.....	303
Figure 45 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie vasculaire.....	307
Figure 46 – Montant de la facturation en fonction des jours actifs de soins des omnipraticiens (2002-2003).....	340
Figure 47 – Utilisation des services de médecine familiale par personne, selon l'âge.....	344
Figure 48 – Probabilité de consultation en médecine familiale, selon l'âge et le sexe.....	344
Figure 49 – Nombre moyen de consultations en médecine familiale, selon l'âge et le sexe.....	345
Figure 50 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Hommes .....	346
Figure 51 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Femmes .....	346
Figure 52 – Prévisions démographiques comparées au recensement de 2001 .....	347
Figure 53 – Facturation de base des chirurgiens par rapport à la facturation totale .....	352
Figure 54 – Relation entre les activités hospitalières (PVR) et la facturation de base des chirurgiens. Facturation estimée pour les médecins salariés en fonction de la relation.....	353
Figure 55 – Facturation de base des chirurgiens pour l'exercice financier 2000-2001 par rapport à l'exercice financier 2001-2002 .....	354
Figure 56 – Facturation de base des chirurgiens pour l'exercice financier 2001-2002 par rapport à l'exercice financier 2002-2003 .....	354

---

Figure 57 – Répartition des chirurgiens généralistes par facturation annuelle pour ceux qui ont soumis plus de 0 facture au cours de l'exercice financier 2000-2001 .....	355
Figure 58 – Activités de facturation pour tous les chirurgiens généralistes dont la facturation est inférieure à 50 000 \$ pendant au moins une année.....	356
Figure 59 – Facturation annuelle pour les chirurgiens généralistes commençant une pratique active .....	357
Figure 60 – Facturation annuelle pour les chirurgiens généralistes quittant une pratique clinique active .....	357
Figure 61 – Facturation annuelle pour les chirurgiens dont la facturation est inférieure au seuil pendant les trois années .....	358
Figure 62 – Relation entre les activités hospitalières (PVR) et la facturation de base des chirurgiens. Facturation estimée pour les médecins salariés en fonction de la relation.....	359
Figure 63 – Répartition des obstétriciens et des gynécologues par facturation annuelle pour ceux qui ont soumis plus de 0 facture au cours de l'exercice financier 2000-2001 .....	360
Figure 64 – Facturation des obstétriciens par rapport au nombre d'accouchements – 2001-2002.....	361

---

# 1. SOMMAIRE

---

## 1.1 Aperçu

Le système de soins de santé au Canada est scruté à la loupe et continue de se transformer dans un effort de répondre, de manière à la fois abordable et durable, aux besoins de la population en matière de soins de santé. Les initiatives de réforme tant sur le plan des systèmes que de la fiscalité ont une incidence directe sur la main-d'œuvre en santé, qui à son tour influe sur ces initiatives. Alors que le système de soins de santé est un domaine de juridiction provinciale, la main-d'œuvre en santé peut être considérée comme une ressource nationale puisqu'elle est très mobile, particulièrement dans le contexte actuel, qui se caractérise par une vive concurrence.

Un certain nombre de facteurs clés sont à la base des changements qui influent sur l'offre et la demande dans plusieurs professions de la santé, y compris les médecins. Parmi ces facteurs figurent l'évolution démographique tant des fournisseurs que des utilisateurs de services de soins de santé; l'état de santé de la population, les attentes du public à l'égard de services de soins de santé de nature préventive et non seulement curative; la technologie, dans le sens le plus large du terme; le financement des soins de santé par le secteur public.

Le présent rapport intitulé, *Une nouvelle orientation pour le plan de gestion des ressources médicales au Nouveau-Brunswick*, constitue la seconde phase de l'analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé réalisée par Fujitsu Conseil à la demande du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. Le rapport final concluant la première phase de l'étude (Phase IIA), achevé en novembre 2002, présentait une analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines pour 27 professions de la santé, à l'exception des médecins, de même qu'une prévision sur une période de 5 ans. Les constatations et les recommandations contenues dans le rapport de la Phase IIA sont des éléments essentiels des constatations présentées dans le présent rapport de la Phase IIB qui met l'accent sur l'offre et la demande de médecins. La présente phase de l'étude visait une analyse générale de l'offre et de la demande de médecins au Nouveau-Brunswick et la formulation de recommandations portant sur la planification et la gestion des ressources médicales sur une base permanente. Les résultats de cette phase de l'étude procurent un cadre de planification solide pour l'élaboration d'un nouveau plan de gestion des ressources médicales qui permettra au Nouveau-Brunswick d'atteindre et de maintenir un effectif de médecins stable et optimal, qui pourra évoluer pour tenir compte des besoins changeants de la population en matière de soins de santé. Ensemble, ces deux rapports, ainsi que leurs bases de données et leurs modèles de prévision respectifs, fournissent le cadre de planification des ressources humaines en santé intégré au Nouveau-Brunswick.

Les résultats de cette phase de l'étude des ressources humaines en santé (RHS) établissent le profil actuel des médecins selon 37 groupes de pratique. Les produits livrables comprennent une base de données d'inventaire des médecins, le profil détaillé de l'effectif actuel de médecins, une analyse de la demande des services de médecins et une prévision sur une période de dix ans de l'offre de médecins par rapport à la demande prévue des services de médecins.

Il importe de reconnaître que la planification et la gestion de la main-d'œuvre en santé a pour but de déterminer et d'atteindre le nombre, la diversité et la répartition optimaux des ressources humaines, à un coût abordable pour la province, et l'utilisation efficace des ressources dans l'intérêt général. L'offre, la

---

répartition, la qualité, le déploiement, l'organisation et l'utilisation des ressources humaines en santé revêtent le plus grand intérêt pour les multiples intervenants du gouvernement du Nouveau-Brunswick, des régies régionales de la santé, de plus de 30 associations de professionnels de la santé et d'organismes de réglementation, de plusieurs syndicats, des établissements de formation et des autorités scolaires, des fournisseurs de soins de santé et du grand public. Il devient donc évident que dans un effort de régler des problèmes systémiques, la planification et l'élaboration d'une politique pertinente ne sauraient se restreindre à une seule profession.

Les modèles classiques de planification des ressources médicales ne reconnaissent pas les interrelations qui existent entre les divers fournisseurs de soins de santé et sont axés sur l'offre. Le marché des ressources humaines en santé en général, et en ce qui a trait aux médecins en particulier, n'obéit pas simplement aux lois d'un marché concurrentiel. L'importante réglementation du secteur public des soins de santé, les exigences en matière d'autorisation d'exercer la profession, les salaires négociés et les barèmes de tarifs sont autant de facteurs qui créent une situation de résistance des prix dans un contexte d'offre et de demande de médecins en constante évolution. En conséquence, il faut mettre en œuvre un processus de planification rationnelle afin d'équilibrer l'offre et la demande.

Fujitsu Conseil a ajouté de la valeur à la présente étude de deux manières : en incorporant la demande des services de médecins dans le modèle de prévision et élaborant une approche de planification mieux intégrée qui s'appuie sur une base de données complète des ressources humaines en santé comportant des éléments de données communs à 27 professions de la santé et à 37 groupes de pratique de médecins.

## **1.2 Approche**

La participation de la communauté médicale a été d'une importance cruciale tout au long de la présente analyse afin d'assurer la transparence du processus et de recueillir de l'information et des commentaires tant des participants communautaires que de l'organisation médicale structurée au Nouveau-Brunswick. Un comité directeur formé de représentants du ministère et de la communauté médicale a fait partie intégrante de la structure de gestion générale du présent projet. En outre, un groupe de travail de médecins, formé de onze médecins et de deux représentants du ministère, a fourni des renseignements et des commentaires précieux aux conseillers de Fujitsu. Tout au long du projet, les deux comités ont apporté une orientation importante aux conseillers de Fujitsu et ont également joué un rôle clé de communication avec la profession médicale générale dans toute la province. De plus, même si la portée de l'étude n'englobait pas de consultations générales à l'échelon régional, les vice-présidents des services médicaux des régies régionales de la santé ont assuré la liaison et ont également fourni de l'assistance à Fujitsu Conseil dans le cadre de l'étude.

Une analyse approfondie du contexte a été entreprise dans le cadre du projet comprenant notamment un examen général de la documentation pertinente, de même que des rapports et études récentes mettant l'accent sur les facteurs influant sur l'offre et la demande de médecins. De plus, quinze entrevues d'information clés ont été tenues avec un certain nombre d'intervenants. L'analyse du contexte était axée sur l'incidence potentielle de divers facteurs, notamment les changements démographiques prévus au Nouveau-Brunswick et la conséquence de ces changements dans les modes d'utilisation des soins de santé, l'évolution de l'état de santé des Néo-Brunswickois, le profil linguistique dans la province, les politiques gouvernementales en matière de gestion de la main-d'œuvre influant sur le recrutement et le maintien en poste des ressources, et les orientations stratégiques du système de soins de santé. D'autres facteurs influant sur l'offre réelle de médecins ont également été examinés : les questions se rapportant à l'offre de main-d'œuvre, notamment la diversité des spécialités médicales, la croissance de la demande des



---

utilisateurs, la technologie, les tendances vers l'évolution des modes de prestation des services, la préférence récemment accordée aux modèles de l'exercice de la profession en collaboration et à d'autres modèles de rémunération que le paiement à l'acte, et l'apparition d'une nouvelle tendance chez les omnipraticiens à exercer leur profession dans d'autres milieux que le bureau communautaire traditionnel.

Diverses méthodes de collecte de données primaires et secondaires ont été utilisées au cours de cette étude afin de recueillir l'information requise pour mener à bien l'analyse de l'offre et de la demande. Des sources de données multiples et diverses méthodes ont été requises pour créer une base de données de l'offre de médecins complète, composée de deux sous-systèmes : offre et formation. Le système d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick a été la principale source de données secondaires pour le sous-système d'offre. Les sources de données pour le sous-système de formation sont les suivantes : Canadian Post-M.D. Education Registry (CAPER : système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique), Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), Canadian Resident Matching Service (CaRMS), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), Association médicale canadienne, de même que les sites Web des universités. Les données relatives à l'hospitalisation (données sur les congés) et les données de facturation de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé et du Bien-être constituent la base de l'analyse de la demande.

Afin de dresser un portrait plus précis de l'effectif actuel, un recensement des médecins du Nouveau-Brunswick a été mené à bien. Ce sondage, qui a permis de recueillir des données et de l'information impossibles à obtenir d'une autre source secondaire, était crucial à l'établissement d'un profil précis montrant comment les médecins exercent présentement leur profession au Nouveau-Brunswick. Les données du sondage, obtenues des médecins qui ont répondu au sondage soit 55 % de l'effectif actuel, ont été combinées aux données secondaires relatives à l'effectif médical au Nouveau-Brunswick téléchargées du système d'aide à la décision de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé et du Bien-être. L'ensemble de ces données a été chargé dans une nouvelle base de données des médecins, s'ajoutant aux données générées pour les 27 professions de la santé analysées dans le cadre de la phase IIA de la présente étude, et constituant maintenant la nouvelle base de données collectives intégrée des ressources humaines de la santé du Nouveau-Brunswick.

Dans la nouvelle base de données, la composante des médecins contient les données sur 1 239 médecins actifs dont 881 (71 %) sont des hommes et 358 (29 %) sont des femmes. Selon les grands groupes de pratique, le groupe le plus important est la médecine familiale qui compte 228 femmes médecins (37 %) sur un total de 612 praticiens. Des 627 médecins spécialistes, la majorité soit 497 (79 %) sont des hommes et 130 (21 %) sont des femmes. Dans les spécialités médicales (un sous-ensemble des médecins spécialistes), on retrouve 112 femmes (26 %) sur un total de 431 médecins alors que dans le groupe de chirurgie, on dénombre 19 femmes (9 %) sur un total de 210 médecins. Ces données permettent d'illustrer la répartition relative des femmes dans l'effectif actuel des médecins.

La planification générale de l'effectif de médecins exige de séparer aux fins de l'analyse les deux côtés de l'équation offre/demande : 1) combien de services sont requis au cours de la période de planification (demande), et, 2) qui fournira les services (offre). Cette approche considère que la demande, le besoin, les attentes relatives aux services de médecins existent sans lien avec les personnes qui seront ou non en mesure de fournir les services.

Tenant compte de cette exigence, l'analyse de l'offre de l'effectif actuel est fondée sur les éléments de l'ensemble de données minimales prescrits par le ministère, qui ont été analysés pour l'effectif total de médecins dans la province, de même que pour chaque groupe de pratique médicale. Outre l'analyse démographique de l'effectif, les données du sondage ont fait l'objet de trois types d'analyse en fonction

---

des variables en cause; l'analyse de tableau de contingence ou par recoupement a été utilisée le plus souvent; des tests statistiques du chi carré ont été exécutés dans le but de valider la valeur statistique de la relation entre deux variables données; l'analyse de la variance ou le test T a également été utilisé.

En fonction des données disponibles, l'analyse de la demande a été effectuée par groupe de pratique en tenant compte de la corrélation entre les données de facturation de l'Assurance-maladie et les données de congés (DAD) pour les diverses spécialités, du niveau d'activité saisi à partir des données de facturation de l'Assurance-maladie, de l'efficacité de la saisie du niveau d'activité à partir des données de facturation de l'Assurance-maladie ou des DAD, et du degré d'hétérogénéité des fournisseurs de services d'un type donné.

Un modèle de prévision des médecins au Nouveau-Brunswick a été conçu dans le but de fournir l'information requise à l'appui de la planification de l'effectif de médecins, en offrant un éventail de scénarios possibles en ce qui a trait à l'offre et à la demande de médecins dans la province. Le modèle intègre une méthode de dénombrement des médecins propre au Nouveau-Brunswick. Cette méthode permettant de déterminer les besoins en matière de ressources médicales est fondée sur les données complètes relatives à la charge de travail et au niveau d'activité des médecins, qui sont ensuite pondérées, plutôt que l'outil de mesure habituel en fonction des équivalents temps plein (ÉTP). Le modèle de prévision permet de déterminer et de caractériser l'offre réelle en médecins (nombre réel et domaine de pratique des médecins disponibles pour répondre aux besoins de la société en services de santé) en analysant le nombre, les caractéristiques démographiques, le mouvement migratoire et la charge de travail des médecins. Elle fournit également des renseignements sur la demande de services en fonction de l'utilisation actuelle des services de médecins, selon l'âge et le sexe, et tient compte des changements démographiques au cours de la période de prévision de dix ans. Lorsque les données relatives à un groupe de pratique étaient suffisantes, une prévision à l'échelon provincial a été établie pour tous les médecins, en plus d'une prévision à l'échelon régional pour les omnipraticiens.

Les décisions de planification prennent en compte le nombre de médecins répondant aux besoins de la population : le nombre de médecins, le domaine de pratique et l'endroit où ils exerceront leur profession. Une analyse de l'écart a ensuite été effectuée afin de présenter des gammes des besoins en médecins plutôt que des prévisions ponctuelles, de manière à prendre en considération les divers scénarios possibles susceptibles d'avoir une incidence sur l'offre et la demande de services de médecins au cours de la période de prévision de dix ans.

Le modèle est dynamique et doit continuer d'évoluer pour s'adapter aux changements futurs de l'environnement des soins de santé de manière à intégrer les données, les politiques et les paramètres de planification les plus récents, et d'abord et avant tout, les différentes combinaisons de ces données selon les changements à la prestation des soins de santé et les développements prévus dans les soins de santé au Nouveau-Brunswick.

### **Considérations et limites inhérentes à la prévision**

Tous les modèles de prévision ont des limites inhérentes à la prédiction d'un avenir incertain et le lecteur devrait en tenir compte dans le cadre de la présente étude. Un modèle de prévision est un outil qui fournit de l'information en fonction d'une hypothèse de cause à effet donnée. Par exemple, si certaines circonstances sont présentes, sans intervention, alors on prévoit que l'avenir se concrétisera d'une certaine manière. Si le résultat prévu n'est pas souhaitable, l'objectif consiste à prendre les mesures nécessaires pour éviter la concrétisation de l'avenir prévu et se rapprocher davantage de résultat futur souhaité.

---

La prévision n'est pas une science exacte. Conséquemment, les prévisions de demande établies dans le cadre de la présente étude doivent être interprétées avec prudence, puisque plusieurs variables confusionnelles, dont plusieurs dépassent la portée de l'étude, peuvent influencer sur la croissance de la demande. La prévision des besoins en matière de services de soins de santé relève autant du domaine de la politique sociale que de l'analyse technique. Toute prévision de besoins sous-entend qu'un certain niveau de soins doit être déterminé, tant en fonction du financement des soins de santé et de l'accessibilité aux services, que de la prévalence de la maladie. La demande de services peut également être influencée par la méthode de prestation des soins. Les prévisions doivent prendre en compte toutes ces considérations, dans la mesure du possible, en fonction des données, de l'information et de l'expertise disponibles.

La prévision des besoins en matière de ressources médicales effectuée dans le cadre de la présente étude est tributaire de nombreux facteurs et hypothèses, tant qualitatifs que quantitatifs, clairement énoncés, et conséquemment, les résultats doivent être examinés dans le contexte présenté et utilisés uniquement comme une composante de l'équation de la planification de l'effectif de médecins. Plus particulièrement, la prévision des besoins en matière de ressources médicales pour les petites régions, comme les régions sanitaires, est complexe, puisque les statistiques historiques sont regroupées à l'échelon provincial, et non à celui des régions. Les données relatives par exemple aux départs à la retraite, aux décès, aux nouveaux venus aux études médicales postdoctorales ont donc été réparties proportionnellement à toutes les régions en fonction de leur population de médecins respective. Cette répartition augmente la marge d'erreur et réduit l'intervalle de confiance statistique. En ce qui a trait aux besoins en matière d'omnipraticiens, les prévisions à l'échelon des régions sanitaires doivent être interprétées avec prudence et utilisées uniquement comme composante aux fins de la planification.

### **1.3 Constatations**

L'analyse de l'offre et de la demande des ressources médicales révèle de manière probante une réduction de l'offre réelle de médecins, d'une ampleur variable selon les groupes de pratique, au cours de la période de prévision de dix ans. Cette réduction s'explique surtout par le vieillissement de l'effectif des médecins, une tendance significative vers la féminisation croissante de l'effectif et l'adoption par les médecins de modes de prestation des services différents des modèles traditionnels. Les ressources médicales du Nouveau-Brunswick ne décroissent pas nécessairement en chiffres absolus, cependant, les médecins travaillent autrement et voient un nombre moindre de patients.

La composition historique de l'effectif et les modes de prestation de services ne constituent plus un indicateur prévisionnel utile permettant de prévoir les besoins futurs en matière de ressources médicales. En conséquence, la planification des ressources médicales doit être un processus dynamique géré de manière active, en portant une attention particulière à la planification de la relève au sein des différents groupes de pratique.

La présente étude a également examiné la capacité des médecins à offrir des services répondant aux besoins linguistiques de la population du Nouveau-Brunswick. Les données saisies par le système d'Assurance-maladie en ce qui a trait aux compétences linguistiques des médecins ne sont pas considérées comme un indicateur fiable. En conséquence, le niveau de bilinguisme de l'effectif actuel a été établi en fonction de l'autoévaluation des compétences linguistiques à l'écrit et à l'oral des médecins ayant répondu au sondage. Selon les résultats du sondage (55 % de l'effectif actuel), 25 % des médecins se considèrent comme étant bilingues; 70 % sont unilingues anglais et 5 %, unilingues français. Environ 85 % des

---

médecins bilingues dans la province sont de langue maternelle française; 10 % des médecins bilingues sont de langue maternelle anglaise. Le bilinguisme est également lié à l'âge des médecins, l'étude ayant démontré un rapport inversement proportionnel entre l'âge et le niveau de bilinguisme; une plus grande proportion des nouveaux médecins est bilingue. Cette nouvelle réalité est un facteur positif qui facilitera le recrutement futur d'un effectif bilingue.

## **Omnipraticiens**

L'analyse actuelle de l'effectif des omnipraticiens au Nouveau-Brunswick démontre clairement une tendance vers une réduction de l'effectif réel au cours de la période de prévision de dix ans, et, en fonction du modèle courant de prestation des services, une réduction subséquente de l'accessibilité aux soins primaires pour les Néo-Brunswickois. Les principaux facteurs contribuant à la réduction de l'offre réelle sont les suivants :

- une réduction, à l'échelle nationale, du nombre de médecins résidents qui font de la médecine familiale leur choix de carrière;
- les femmes médecins, dans tous les groupes d'âge, traitent un plus petit nombre de patients et travaillent moins d'heures par semaine que leurs collègues masculins; on prévoit une augmentation constante de la proportion relative des femmes dans les programmes de résidence clinique en médecine familiale, et les femmes médecins maintiendront en général le même profil de pratique tout au long de leur carrière;
- on observe une tendance générale des nouveaux venus à réduire la taille de leur pratique et à travailler moins d'heures (une tendance également applicable aux hommes et aux femmes);
- le passage du modèle traditionnel de médecine familiale communautaire vers d'autres programmes primaires ou secondaires tels que la médecine d'urgence, la médecine hospitalière, l'assistance en salle d'opération, etc. Dans une large mesure, le modèle de médecine familiale actuel ne correspond plus à au nouveau mode de prestation des services privilégié par les omnipraticiens.
- les omnipraticiens qui prennent leur retraite laissent une large clientèle qui devra être prise en charge par plus d'un seul nouveau médecin.

Au cours de la période de prévision de dix ans (2003 à 2013), le Nouveau-Brunswick se caractérisera à la fois par la féminisation croissante de la profession et le vieillissement de l'effectif d'omnipraticiens, dont près de 30 % se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite. Ces tendances combinées à l'évolution des modes de prestation des services et des niveaux d'activité, démontrées par les données recueillies et les scénarios de prévision, accroissent la probabilité qu'un plus grand nombre d'omnipraticiens sera nécessaire au cours des dix prochaines années uniquement pour conserver le même niveau de soins primaires requis aujourd'hui par la population néo-brunswickoise. Le remplacement des médecins prenant leur retraite ou abandonnant la profession et la satisfaction de la nouvelle demande exigeront le recrutement de 40 omnipraticiens en moyenne par année au cours des dix prochaines années. Ce chiffre ne tient pas compte des 13 à 18 nouveaux omnipraticiens diplômés en études médicales postdoctorales que le Nouveau-Brunswick peut espérer attirer chaque année. Le remplacement de chaque

---

omnipraticien laissant une clientèle importante à sa retraite pourrait nécessiter jusqu'à trois nouveaux médecins, qui désirent généralement une clientèle d'environ 1 500 patients. Cette situation fait gonfler de manière importante les besoins futurs en matière d'omnipraticiens.

L'examen du profil de pratique de la médecine familiale des répondants, généralisé à la population totale des omnipraticiens au Nouveau-Brunswick, tend à démontrer qu'un grand nombre de médecins exercent leur profession autrement que selon le modèle « traditionnel » de médecine familiale, ce qui témoigne d'une accessibilité réduite aux soins de santé primaires. L'analyse de l'effectif total des omnipraticiens, fondée sur la facturation de l'Assurance-maladie (2002-2003), révèle qu'environ 76 omnipraticiens exercent leur profession autrement que dans un cabinet médical : ils travaillent par exemple en salle d'urgence, en salle d'opération ou dans les foyers de soins, ils assument des fonctions d'administration médicale ou d'enseignement, ou ils sont à l'emploi du secteur privé ou du gouvernement. Ces médecins sont de tous âges, le profil selon l'âge comprenant principalement les jeunes médecins et les plus âgés. La grande majorité (60 %) de ces omnipraticiens travaillent en salle d'urgence; les autres exercent des fonctions d'assistant en salle d'opération (35 %) ou des fonctions d'administration médicale, et quelques-uns travaillent dans des foyers de soins ou sont à l'emploi du secteur privé ou du gouvernement.

Cette constatation est significative du point de vue de la planification de l'effectif et des services de santé. Elle témoigne d'une tendance qui devra être surveillée car les nouveaux venus optent pour des milieux de pratique différents qui fournissent le niveau de service requis par le système de soins de santé tout en leur assurant un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Seulement 55 % des omnipraticiens ayant répondu au questionnaire exercent leur profession en cabinet médical et plus de 82 % d'entre eux ont indiqué qu'ils considéraient leur pratique comme étant presque fermée, ce qui exacerbe encore le problème de l'accessibilité réduite aux soins de santé primaires pour les Néo-Brunswickois.

### **Médecins spécialistes**

Dans un contexte de planification, il convient de noter que la population des médecins spécialistes est généralement plus âgée, environ 50 % d'entre eux seront admissibles à la retraite dans l'horizon de planification sur 10 ans. Les réponses au sondage accentuent encore cette situation en révélant que 36 % des spécialistes (n=127) ont signalé leur intention de réduire leurs activités au cours des cinq prochaines années. La féminisation croissante de la profession que l'on observe aura une incidence variée sur les diverses spécialités. Les facteurs d'âge et de sexe influent sur la transition vers un autre mode de pratique des médecins spécialistes, caractérisé par moins de patients et moins d'heures de travail par semaine.

Sur le plan de l'accessibilité des spécialistes pour les Néo-Brunswickois, seulement 23 % des répondants (représentant 58 % de l'effectif total des spécialistes) ont indiqué qu'ils considéraient leur pratique fermée en ce qui a trait à la prise en charge de nouveaux patients ou de nouvelles consultations. Selon les réponses au sondage et en tenant compte des variations régionales et du type de spécialité, on estime qu'environ 40 % des patients en attente d'une consultation électorale peuvent s'attendre à rencontrer leur médecin spécialiste dans un délai de deux mois.

Les pénuries, déterminées par la prévision de remplacement et de nouvelle demande à l'échelon provincial, révèlent que les spécialités devant faire l'objet d'une attention particulière (en fonction des

---

chiffres absolus) dans le contexte de la planification des ressources au cours des dix prochaines années sont les suivantes :

- Chirurgie générale (jusqu'à 30)
- Radiologie diagnostique (jusqu'à 25)
- Urologie (jusqu'à 17)
- Anesthésie (jusqu'à 15)
- Oto-rhino-laryngologie (jusqu'à 12)

Cependant, pour l'ensemble des groupes de pratique de spécialité, il est nécessaire de planifier rigoureusement la relève en raison de l'accroissement prévu de la demande et du départ à la retraite ou de la réduction des activités des spécialistes au cours des dix prochaines années. Au sein de certains groupes de spécialité plus restreints, l'incidence relative d'un écart d'un seul médecin au mauvais moment pourrait mettre en péril les services offerts.

On reconnaît par ailleurs que le chevauchement des champs d'exercice est assez répandu chez certains spécialistes, de même qu'entre les spécialistes et les omnipraticiens, et que la pratique fonctionnelle d'un médecin peut différer quelque peu de son titre ou de son accréditation officiels. Les réalités régionales (pratique en milieu urbain ou rural) et la masse critique des fournisseurs de services ou de la population desservie constituent deux facteurs influant sur ce phénomène. Les planificateurs et les décideurs doivent donc tenter d'élaborer un modèle de pratique qui exploite le plein potentiel des ressources médicales et paramédicales en mettant à profit les compétences spécialisées grâce au remplacement de la main-d'œuvre et à l'investissement dans les nouvelles technologies lorsque cela est possible. Ensemble, ces approches pourraient atténuer la demande déterminée en ce qui a trait à certaines spécialités.

### **Défis posés par le recrutement et le maintien en poste**

Les médecins constituent une main-d'œuvre très mobile et, à l'échelle nationale, la demande dépasse largement l'offre, créant ainsi une vive concurrence pour ces ressources. Le fait d'être une des deux seules provinces canadiennes sans faculté de médecine pose un défi particulier au Nouveau-Brunswick en matière de recrutement. Le recrutement et le maintien en poste des médecins en général, et des omnipraticiens en particulier, pour répondre aux besoins des communautés rurales au Nouveau-Brunswick constituent également un défi permanent. Par ailleurs, les seize facultés de médecine au Canada sont presque toutes situées dans des centres métropolitains ou des grandes villes, qui sont dotés des infrastructures recherchées par plusieurs spécialistes et sous-spécialistes et qui permettent une plus grande diversité de pratique.

La mesure selon laquelle le programme de formation médicale favorise l'expérience de la pratique en milieu rural peut influencer le choix de pratiquer plus tard la médecine en région. Des études de recherche ont démontré que l'expérience de la médecine en milieu rural au cours des études et le fait d'être originaire d'un milieu rural sont des facteurs déterminants qui influent sur le choix du nouveau médecin de s'installer en milieu rural. Cependant, les occasions offertes aux étudiants néo-brunswickois de recevoir leur

---

formation clinique au Nouveau-Brunswick (que ce soit en milieu urbain ou rural), dans le cadre des programmes visés par les ententes conclues par le Nouveau-Brunswick relativement au placement des étudiants, varient grandement tant pour les stages en milieu hospitalier que pour les programmes de résidence des études médicales postdoctorales.

Depuis 1999, le Nouveau-Brunswick a investi dans le recrutement et le maintien en poste des médecins, en mettant en œuvre un ensemble de stratégies diverses. Il convient de réévaluer comment ces stratégies aideront le Nouveau-Brunswick à s'assurer une position avantageuse dans un marché toujours plus concurrentiel.

## **1.4 Recommandations**

Les constatations de l'analyse donnent à penser que des mesures immédiates doivent être prises pour atténuer les pénuries prévues en matière de ressources médicales réelles au Nouveau-Brunswick au cours de la prochaine décennie.

Il sera nécessaire d'élaborer de multiples stratégies interdépendantes, à court et à long terme, afin d'assurer la stabilité de l'effectif de médecins au Nouveau-Brunswick. Les principes incontournables de souplesse, de collaboration et de planification dynamique et intégrée des ressources humaines sont les facteurs clés de succès afin d'atteindre l'effectif requis de médecins, tant du point de vue du nombre que de la répartition des ressources, afin de répondre à la demande prévue de manière équitable sur le plan financier.

Les recommandations sont structurées selon trois thèmes principaux :

- infrastructure de planification des ressources médicales;
- gestion de l'effectif de médecins;
- adéquation de l'offre.

### **Infrastructure de planification des ressources médicales**

1. Le ministère doit adopter un cadre de planification faisant partie intégrante d'un modèle organisationnel qui englobe et soutient une planification intégrée de la main-d'œuvre en santé, sous l'égide d'une unité de la planification des ressources humaines en santé (URHS) à l'échelon provincial. L'organisation proposée d'une unité de la gestion de la main-d'œuvre en santé au Nouveau-Brunswick est présentée à l'annexe K. Ces recommandations tiennent compte des interdépendances des fournisseurs de soins de santé.

Il est essentiel que l'URHS soit dotée de suffisamment de ressources, et cette unité devrait comprendre au moins un effectif représenté par les disciplines suivantes : économie de la santé, analyse des politiques sur la santé, analyse des données et programmation, épidémiologie et analyse statistique. Elle devra aussi avoir accès aux chercheurs spécialisés qui pourront être consultés pour fournir au besoin un soutien à l'unité.

- 
2. Le ministère doit adopter la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick comme le nouveau cadre de planification des ressources médicales au Nouveau-Brunswick, et mettre à jour chaque année l'ensemble de données minimales de la base de données, qui fait partie intégrante du processus de planification organisationnelle du ministère et des régions régionales de la santé.
    - Afin de disposer éventuellement d'un ensemble de données minimales pouvant appuyer les diverses activités de la gestion des ressources humaines en santé, la collecte des données doit être à la fois coordonnée et efficace. À titre d'exemple, les sondages répétés des professionnels de la santé sont coûteux et ont de faibles taux de réponse. Pour alléger le fardeau des sondages, il est préférable d'avoir recours à des systèmes d'information capables d'extraire les données disponibles, et d'ajouter des nouveaux éléments d'information choisis, au besoin, à peu de frais. Les données requises pour alimenter les champs de l'ensemble de données minimales doivent donc être générées à partir des systèmes de l'Assurance-maladie, de l'épidémiologie et des données obligatoires saisies par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou les régions régionales de la santé, selon le cas. Tous les intéressés devront harmoniser leurs responsabilités respectives en matière de collecte de données, et fournir les données requises à l'URHS à une fréquence minimale annuelle afin de garantir que la base de données demeure à jour et évolue de manière à tenir compte des nouvelles tendances.
  3. Le Service provincial d'épidémiologie du ministère doit revoir l'orientation de ses activités de recherche de manière à mieux les centrer sur les données relatives à la demande de soins de santé de la population requises aux fins de la planification efficace des ressources médicales.
  4. Le ministère doit adopter le modèle et la méthode de planification des ressources médicales du Nouveau-Brunswick comme l'un des outils de planification dynamique de la boîte à outils de la planification intégrée de l'URHS. Ce modèle de planification doit être géré de manière active par des utilisateurs bien informés au sein de l'URHS, en collaboration avec les divers intéressés; il devrait par ailleurs être mis à niveau et redéfini périodiquement afin de répondre aux besoins changeants et de documenter les stratégies de mise en œuvre et les orientations stratégiques.
  5. Le ministère, en collaboration avec les régions régionales de la santé, doit examiner la possibilité d'élaborer des normes et des protocoles provinciaux en matière de liste d'attente et de délai d'attente qui serviront d'indicateurs de la prestation appropriée des services, par type de pratique, en tenant compte des exigences linguistiques. Ces indicateurs constitueront une source de données cohérentes et utiles qui pourront être intégrées dans les éléments de la demande du modèle de prévision.

### **Gestion de l'effectif de médecins**

6. Le gouvernement doit revoir entièrement la structure de sa politique de gestion de l'effectif de médecins dans le contexte du plan provincial de la santé et des tendances changeantes de la main-d'œuvre, dans le but de créer un environnement plus souple en ce qui a trait à la fois au nombre et à la répartition géographique des médecins dans la province, et à leur rémunération, afin :
  - de permettre au Nouveau-Brunswick d'être plus concurrentiel en matière de recrutement de médecins en temps opportun;



- 
- de reconnaître et prendre en compte l'évolution des modes de pratique médicale, ainsi que des préférences et des niveaux d'activité ( il n'y a pas qu'une seule « pratique médicale type »);
  - de faire participer les médecins et les régies régionales de la santé à la planification de la relève à court et à long terme, afin de garantir l'accessibilité à des services fournis par un effectif adéquat;
  - d'intégrer un niveau de souplesse adéquat dans le système en prenant en considération la nécessité de planifier en fonction de gammes de besoins en matière de ressources médicales pour assurer des programmes ou des services précis plutôt que de planifier en fonction d'objectifs fixes, de manière à répondre à un large éventail de charges de travail, de niveaux d'activité, de congés prévus, etc.;
  - d'agir de manière responsable sur le plan financier en gérant la croissance de l'offre de médecins, en fonction de la demande prévue de la population et des modes d'utilisation.

L'intégration de la gestion des ressources humaines en santé à la planification stratégique (services et finances) à l'échelon des régies régionales de la santé sous-entend la détermination d'un éventail de ressources à la fois approprié et efficace afin de fournir les services requis dans les régions, conformément au plan provincial de la santé. Ce niveau de planification permettra aux régies régionales de la santé de mieux planifier et de mieux gérer leurs ressources humaines en santé et d'éviter une concurrence interrégionale de même que le recrutement ponctuel et la gestion de crises qui en découlent. Il est donc recommandé ce qui suit :

7. L'URHS doit soutenir et coordonner la gestion active des ressources médicales relevant des régies régionales de la santé, notamment de la manière suivante :
  - Mettre sur pied un forum provincial qui permettra de discuter des questions liées à la planification des ressources médicales par l'entremise d'un *Comité de planification stratégique de l'effectif médical*, constituant un comité des opérations de l'URHS formé des intervenants clés dont l'apport est essentiel à la planification d'un effectif médical stable et prévisible au Nouveau-Brunswick. Ce comité devra contribuer activement à l'élaboration et à l'analyse des stratégies possibles en ce qui a trait à l'évolution de l'offre et de la demande de médecins, ainsi que des facteurs ayant une incidence sur le contexte, notamment, l'émergence de nouveaux modèles de prestation des services et la transition à d'autres modes de pratique.
  - Développer des outils de planification tels qu'un outil d'évaluation de l'impact sur les ressources humaines en santé, déployé à la grandeur du gouvernement et des régies régionales de la santé, afin de garantir que les analyses d'impact sur les ressources humaines en santé soient intégrées de manière uniforme au processus de planification stratégique et organisationnelle, et aux modifications proposées aux politiques, aux programmes et aux services offerts à l'échelon de la province et des régies régionales de la santé, par exemple les plans d'affaires de trois ans des régies régionales de la santé devraient comprendre les plans de ressources humaines du secteur santé. Ces plans contribueront à la prise de décisions plus éclairées en ce qui concerne la gestion des ressources humaines en santé à l'échelon de la province et des régies régionales de la santé, favorisant ainsi la collaboration interrégionale en matière de gestion des ressources, plutôt que la concurrence.

- 
- Établir une infrastructure de systèmes d'information pouvant prendre en charge la collecte des données sur les ressources humaines en santé et la mise en commun d'information.
  - Appuyer la mise en œuvre au sein de chaque régie régionale de la santé d'une méthode rationnelle de gestion des ressources humaines en santé qui soit fondée sur la collecte systématique de données et qui concorde avec le plan provincial de la santé.
8. Les modèles de rémunération des médecins devraient faire l'objet d'un examen aux fins d'une gestion efficace des ressources médicales, afin de tenir compte des préférences particulières de travail des nouveaux médecins, de demeurer concurrentiels par rapport aux autres provinces et de gérer l'augmentation des dépenses globales du système de santé.
9. Il est recommandé que le gouvernement, en collaboration avec la SMNB et d'autres intervenants clés, continue de participer à l'élaboration d'un modèle de rémunération des médecins intégrant une gamme de modes de rémunération dans le but de tenir compte des divers modes de pratique et d'influer positivement sur le recrutement et le maintien en poste des médecins.

### **Adéquation de l'offre**

10. En fonction des pénuries prévues, et tenant pour acquis que les taux historiques de recrutement du bassin de nouvelles ressources à l'échelle nationale demeureront constants, il est recommandé que le nombre de places financées par le Nouveau-Brunswick dans les facultés de médecine soit accru de 48 % (26 places), progressivement au cours des quatre prochaines années, afin que le Nouveau-Brunswick conserve sa part historique de 3,2 % des inscriptions dans le réseau canadien de facultés de médecine, que l'AFMC compte augmenter à 2 500 places d'ici à 2007.
11. Attribuer ces fonds supplémentaires proportionnellement au profil linguistique de la population du Nouveau-Brunswick, visant 16 places dans les facultés anglophones et 10 places dans les facultés francophones. (Il convient de noter que cette mesure contribuera à satisfaire les exigences liées à la langue de prestation des services, cependant, les étudiants francophones bilingues peuvent choisir de s'inscrire à une faculté anglophone. Toutefois, cette observation ne s'appuie sur aucune donnée.)

Les recommandations 9 et 10 sont fondées sur la prémisse suivante :

- Une proportion toujours grandissante d'étudiantes s'inscrit en médecine dans les facultés canadiennes; le profil de pratique des femmes médecins révèle qu'elles ont moins de patients, qu'elles travaillent en moyenne moins d'heures par semaine que leurs collègues masculins, et qu'elles prennent plus de congés pour des raisons familiales au cours des dix premières années de leur carrière.
- On prévoit que le nombre de places disponibles dans les facultés de médecine passera à 2 200 d'ici à 2005 et à 2 500 d'ici à 2007 (AFMC); de ce nombre, selon les données historiques, 80 ou 3,2 % devraient revenir à des étudiants du Nouveau-Brunswick. Compte tenu que le Nouveau-Brunswick finance actuellement 55 places dans les facultés de médecine, l'écart est d'environ 25 places.
- Le Groupe de travail du Forum médical canadien a recommandé d'accroître le nombre d'inscriptions de 4 ou 5 % afin de tenir compte de l'augmentation du nombre d'étudiantes dans les facultés de

---

médecine; les statistiques révèlent que les femmes ne terminent pas le programme de résidence en raison d'une grossesse ou de responsabilités familiales, entre autres. L'augmentation du nombre d'inscriptions représente 1,2 place par année.

Il convient de noter que le Groupe de travail du Forum médical canadien indique que les facultés de médecine canadiennes voient en entrevue environ 4 ou 5 étudiants très qualifiés pour chaque place disponible. Il n'y a donc pas une pénurie d'offre potentielle pour combler la demande croissante.

12. Le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère de l'Éducation, Enseignement postsecondaire, doivent promouvoir des discussions à l'échelle nationale portant sur l'élaboration d'un processus qui assurera que les places au programme de formation médicales postdoctorales dans les facultés canadiennes concordent avec la demande prévue au pays, déterminée à l'aide des prévisions de l'offre et de la demande de ressources médicales à l'échelon régional et provincial.
13. Le gouvernement doit examiner les modalités actuelles relatives au financement des places dans les programmes canadiens de formation médicales ciblés afin d'améliorer le niveau de confiance d'un rendement positif de cet investissement qui répondra aux besoins prévus en matière de services de santé dans la province.
14. Le gouvernement doit revoir la structure actuelle de financement de la formation médicale à la fois pour les étudiants en médecine et les résidents du programme de formation médicale postdoctorales afin d'assurer un soutien convenable et durable tout au long de la formation médicale, y compris le soutien adéquat des éducateurs et des précepteurs en médecine.
15. Le ministère, en collaboration avec l'AFMC et le CAPER, doit établir et gérer activement une base de données provinciale des étudiants en médecine et des résidents inscrits dans une faculté de médecine au Canada afin de suivre ces étudiants tout au long de leur formation et au cours de leurs cinq premières années de pratique.
16. Le ministère, en collaboration avec les coordonnateurs de la formation médicale du Nouveau-Brunswick, l'AFMC et le CAPER, doit diriger une stratégie de marketing et de recrutement active afin d'identifier et de viser le recrutement de tous les étudiants néo-brunswickois inscrits à une formation médicale ou une formation médicale postdoctorale partout au pays.
17. Le gouvernement doit collaborer avec les facultés de médecine au sein desquelles le Nouveau-Brunswick finance des places à l'intention des étudiants néo-brunswickois afin :
  - de mettre davantage l'accent sur l'accroissement des taux d'admission d'étudiants qualifiés provenant des régions rurales du Nouveau-Brunswick;
  - d'accueillir des stagiaires au Nouveau-Brunswick afin que les étudiants en médecine fassent l'expérience d'un éventail de milieux et de modèles de pratique au Nouveau-Brunswick;
  - de permettre aux étudiants néo-brunswickois d'avoir accès aux places en résidence de spécialité qui répondent aux besoins prévus en matière de services;

- 
- d'élargir les programmes de résidence de spécialité au Nouveau-Brunswick.
18. Le ministère, en collaboration avec les régions sanitaires, doit fournir aux étudiants en médecine et au programme de formation médicale postdoctorale des offres d'emploi ou des stages en résidence durant l'été tout au long de leurs études et, dans la mesure du possible, leur faire connaître des modèles et des milieux de pratique différents.
19. Une évaluation officielle de la stratégie *Approche globale au recrutement et au maintien des ressources médicales* élaborée par le gouvernement en 1999 doit être entreprise afin d'en mesurer l'efficacité par rapport aux objectifs fixés, et de réorienter la stratégie, le cas échéant, afin de cibler les nouveaux investissements à faire au cours des cinq prochaines années de manière à ce que le Nouveau-Brunswick atteigne ses objectifs en matière de réforme des soins de santé.
20. Le gouvernement doit continuer de promouvoir le Nouveau-Brunswick comme étant une province conviviale pour les médecins, où il fait bon vivre et travailler, et de créer de manière proactive une infrastructure capable de favoriser les pratiques de travail préférées des nouveaux médecins.
- Accélérer le déploiement des modèles d'exercice de la profession en collaboration à l'échelle de la province, en commençant par les régions peu ou mal desservies, afin d'améliorer la capacité concurrentielle du Nouveau-Brunswick à attirer des omnipraticiens et d'assurer la stabilité du cadre de prestation des services de soins de santé primaires.
  - Établir des modes de rémunération différents du paiement à l'acte afin d'offrir des choix qui correspondent aux préférences des médecins en matière de pratique.
  - Faire des offres fermes, comportant un engagement relativement à l'obtention d'un numéro de facturation, aux résidents dès le début de leurs dernières années de formation.
  - Réévaluer la position concurrentielle du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux subventions d'emplacement dans les régions pour lesquelles le recrutement pose des problèmes, et faire la promotion active d'un programme incitatif de réduction des dettes étudiantes, c.-à-d. programme de remboursement sur quatre ou cinq ans pour les résidents nouveaux diplômés qui s'établissent au Nouveau-Brunswick, avec des ententes proportionnelles de services compensatoires.
  - Examiner les avantages financiers de confier à l'entreprise privée la gestion de la suppléance des médecins au Nouveau-Brunswick.
21. Dans le cadre d'un examen de l'investissement permanent dans le recrutement et le maintien en poste des médecins (mise à jour de la stratégie *Nouveau-Brunswick, province conviviale pour les médecins*), le gouvernement doit assurer le financement au cours des cinq prochaines années des places surnuméraires en résidence pour les médecins canadiens et les diplômés à l'étranger en ciblant particulièrement les groupes de pratique suivants :
- Chirurgie générale
  - Radiologie diagnostique

- 
- Anesthésiologie
  - Urologie
  - Oto-rhino-laryngologie
  - Tout autre groupe de pratique pour lequel une analyse d'impact a déterminé que des pénuries risquent de compromettre la mise en œuvre des nouvelles orientations du gouvernement (p. ex. le plan provincial de la santé, la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie provinciale de lutte contre le cancer).
22. Le Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent de manière à collaborer avec les intervenants nécessaires, tant à l'échelle provinciale que nationale, pour établir un processus officiel et normalisé d'évaluation des médecins diplômés à l'étranger et d'accélérer le processus d'obtention de l'autorisation d'exercer leur profession au Nouveau-Brunswick, permettant ainsi à ces médecins étrangers qualifiés de se joindre à l'effectif en temps opportun, de manière à répondre à la demande en matière des services de soins de santé.
23. Évaluer, de manière prioritaire, la capacité technologique du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait au système de soins de santé en élaborant un plan d'investissement stratégique visant l'acquisition, le déploiement et le remplacement de la technologie de manière à optimiser la prestation des soins de santé aux Néo-Brunswickois. L'utilisation des technologies habilitantes (p. ex. le dossier médical permanent) et des technologies de soins de santé (p. ex. les systèmes d'aide au diagnostic et au traitement) a le potentiel d'améliorer le recrutement et le maintien en poste de précieuses ressources médicales.

### **Exigences linguistiques**

La demande de services de soins de santé, en fonction des préférences linguistiques du patient, est déterminée par un certain nombre de facteurs (croissance démographique, données épidémiologiques, répartition de programmes cliniques spécifiques, conformément au plan provincial de la santé) et elle est satisfaite par l'application des lignes directrices des régies régionales de la santé visant la mise en œuvre de la *Loi sur les langues officielles*, de même que par la capacité à former et à recruter un nombre suffisant de médecins en mesure de fournir des services aux patients dans la langue de leur choix. Il est donc recommandé ce qui suit :

24. Pour mieux comprendre la demande de services, en tenant compte du profil linguistique de la population du Nouveau-Brunswick, le système d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick doit être mis à jour et gardé ainsi pour indiquer la langue de choix du patient (détenteur de carte), de même que ses compétences linguistiques (anglais, français ou bilingue).
25. Intégrer les données linguistiques décrites dans la recommandation 23 dans le modèle de planification de manière à assurer la répartition équitable de l'investissement aux facultés de médecine de langue anglaise et de langue française. Il convient toutefois de reconnaître que, pour les étudiants bilingues, la langue d'enseignement n'est pas nécessairement le seul facteur de décision dans le choix d'une faculté de médecine.

---

Les données de sondage des médecins révèlent une augmentation du pourcentage de médecins bilingues entrant dans le réseau, ce qui peut être le résultat de l'importance accrue accordée au bilinguisme par le système scolaire en général. Les réponses au sondage des médecins indiquent que 41 % des médecins en exercice de moins de 40 ans au Nouveau-Brunswick se considèrent comme étant bilingues, comparativement à environ 19 % des médecins de plus de 40 ans. Dans un effort pour suivre le profil linguistique de l'offre de médecins, il est recommandé ce qui suit :

26. Le gouvernement, en collaboration avec l'AFMC, doit favoriser la saisie obligatoire des données relatives aux compétences linguistiques à partir des formulaires d'admission des facultés de médecine (anglais, français ou bilingue) pour tous les nouveaux étudiants, et ces données doivent être intégrées dans les rapports de l'AFMC et CAPER. Il sera ainsi possible pour le Nouveau-Brunswick de saisir les compétences linguistiques de tous les étudiants de la province inscrits dans différentes facultés de médecine au Canada, ce qui pourra faciliter les efforts de recrutement.
27. La base de données du registre des médecins (relevant de l'Assurance-maladie) du ministère doit être modifiée pour intégrer un champ obligatoire indiquant les compétences linguistiques (français, anglais ou bilingue) alimenté à partir des données du formulaire d'inscription à la CPSNB ou de la formule d'inscription des praticiens à l'Assurance-maladie.

### **Planification de la relève**

La féminisation croissante de la profession médicale pose des défis particuliers en ce qui a trait à la planification des ressources humaines. Sans distinction à l'égard du sexe des praticiens, l'effectif des nouveaux médecins désire en général travailler autrement, en réalisant un meilleur équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. Un processus de planification rationnelle des ressources médicales doit prendre en compte ce phénomène et la planification de la relève ainsi que les modulations de l'effectif doivent être suffisamment souples pour gérer efficacement les pointes et les creux des besoins en main-d'œuvre qui se manifesteront au cours de la prochaine décennie. Il est donc recommandé ce qui suit :

28. Le ministère doit reconnaître que le système devra être doté de la souplesse nécessaire en élaborant des plans de ressources médicales dynamiques qui tiendront compte non seulement du profil de pratique de chaque médecin s'établissant au Nouveau-Brunswick, mais également du niveau d'activité prévu au cours de la période de planification prescrite. Cette démarche exige la collaboration des médecins, des régies régionales de la santé et du Collège des médecins et des chirurgiens afin de garantir que les données permettant de déterminer le profil de pratique des médecins sont saisies annuellement.
29. Le ministère doit examiner des moyens de saisir les niveaux d'activité et d'utilisation des services en ce qui a trait aux médecins rémunérés autrement que selon le mode de paiement à l'acte (salaire, séance ou selon d'autres modes de paiement), afin de dresser un tableau précis des ressources médicales au Nouveau-Brunswick.

---

30. Compte tenu de l'environnement concurrentiel, de la longue formation des médecins spécialistes et du ratio possible de 2,3 à 3 médecins nécessaires pour remplacer un omnipraticien qui prend sa retraite en laissant une large clientèle, il est recommandé ce qui suit :

- Les régies régionales de la santé doivent faire participer leur communauté médicale respective au processus de planification de la relève de manière collaborative, en fonction de cycles de planification à long terme, afin d'éviter des écarts dans l'accessibilité aux services, et d'assurer que la mise en place de la structure administrative nécessaire pour aider les régies régionales de la santé à respecter leurs obligations en matière de prestation de services.
- Le ministère et les régies régionales de la santé doivent redoubler d'effort et collaborer avec les médecins qui approchent l'âge de la retraite afin de trouver des solutions mutuellement satisfaisantes relativement au départ à la retraite, notamment :
  - en favorisant activement l'établissement de relations de partage de pratique entre les médecins qui désirent réduire leurs activités ou quitter la profession et les nouveaux médecins désirant s'établir au Nouveau-Brunswick;
  - en examinant les possibilités de rachat de pratiques, faisant en sorte que des remplaçants ne sont pas recrutés, dans le but de remplacer une pratique privée de mode traditionnel par un modèle d'exercice de la profession en collaboration dans les collectivités où cette solution est considérée comme plus efficace;
  - en recherchant des stratégies susceptibles de retenir les médecins qui désirent abandonner leur pratique privée et travailler selon un modèle de rémunération autre que le paiement à l'acte.

---

## 2. DESCRIPTION DU PROJET

---

La phase IIB du projet d'analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé pour le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick (le ministère) visait l'analyse générale de l'offre et de la demande en matière de ressources médicales au Nouveau-Brunswick et la formulation de recommandations portant sur la planification et la gestion des ressources médicales sur une base permanente. Les résultats de la présente étude procurent un cadre de travail requis pour l'élaboration d'un plan de ressources médicales qui permettra au Nouveau-Brunswick d'atteindre et de maintenir un effectif de médecins stable et optimal, qui pourra évoluer pour tenir compte des besoins changeants de la population en matière de soins de santé.

Les résultats de cette phase de l'étude des ressources humaines en santé (RHS) établissent le profil actuel des médecins selon 37 groupes de pratique, présentés dans l'annexe A. Les produits livrables comprennent une base de données des médecins, le profil détaillé de l'effectif actuel de médecins, une analyse de la demande des services de médecins et une prévision sur une période de dix ans de l'offre de médecins par rapport à la demande prévue des services médicaux.



---

### 3. APPROCHE GÉNÉRALE ET MÉTHODOLOGIE

---

Les activités suivantes ont été réalisées dans le cadre de la phase IIB de l'analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé :

- L'ensemble de données minimales utilisé dans le cadre de la phase IIA pour les autres professions de la santé a été modifié pour mieux refléter les exigences d'une analyse s'appliquant uniquement à la profession médicale. L'ensemble des données minimales de la phase IIB figure dans l'annexe B.
- La base de données des ressources humaines en santé actuelle a été modifiée et les données disponibles entrées, et un profil de l'ensemble des médecins au Nouveau-Brunswick a été monté. Une analyse de l'ensemble des médecins (c.-à-d. les données démographiques et ce qu'elles signifient) selon l'ensemble des données minimales modifié a aussi été menée.
- Une étude du marché du travail et des programmes de formation dans tout le Canada (surtout dans la région de l'Atlantique et le Québec) a été effectuée pour déterminer l'offre d'omnipraticiens et de spécialistes qualifiés au cours de la période de prévision de dix ans. Cette étude comprenait des renseignements, entre autres, sur le lieu des programmes de formation, sur le nombre de diplômés, de même que sur le pays où les médecins travaillant actuellement au Nouveau-Brunswick ont fait leurs études, selon l'ensemble des données minimales du marché de travail figurant dans l'annexe B.
- La réalisation de l'analyse du contexte entamée pendant les phases I et IIA de cette étude et visant à déterminer les répercussions des initiatives et des stratégies fédérales et provinciales sur l'offre et la demande de médecins.
- Des prévisions ont été faites relativement à l'offre et à la demande de médecins au Nouveau-Brunswick pour les 10 prochaines années, ainsi que concernant les pénuries et les surplus possibles de médecins (à des fins de planification sur 10 ans) en médecine familiale et par spécialité, selon les données disponibles et moyennant un nombre suffisant à l'intérieur de chaque groupe de spécialités. Ce processus incorporait une foule d'intrants, selon les données disponibles, tels que :
  - Retraite de médecins, décès, migration interprovinciale, nouveaux venus provenant de facultés de médecine, données relatives à l'utilisation du système de soins de santé et augmentation de la demande de services en différentes couches de la population, besoins changeants de la population en matière de soins de santé, tendances et technologies émergentes, modèles de prestation des services changeants, etc.
- Détermination des grandes tendances et des questions ayant une incidence sur l'offre, la demande, le recrutement et le maintien en poste de médecins, et formulation de recommandations pour traiter de celles-ci.

Un comité directeur formé de représentants du ministère et de la communauté médicale a fait partie intégrante de la structure de gestion générale du présent projet. En outre, un groupe de travail de médecins, formé de onze médecins et de deux représentants du ministère, a fourni des renseignements et des commentaires précieux aux conseillers de Fujitsu. Tout au long du projet, les deux comités ont

---

apporté une orientation importante aux conseillers de Fujitsu et ont également joué un rôle clé de communication avec la profession médicale générale dans toute la province. La liste des membres du comité directeur et du groupe de travail de médecins figure dans l'annexe C. Les vice-présidents des services médicaux des régions régionales de la santé ont assuré la liaison et ont fourni de l'assistance à Fujitsu Conseil dans le cadre de l'étude.

### **3.1 Analyse du contexte**

#### **3.1.1 Examen de la documentation**

Un examen approfondi de la documentation pertinente, ne touchant que cette phase de l'étude comme l'indique l'annexe D, a été mené. Cet examen vient compléter l'analyse du contexte menée dans le cadre de la phase IIA de l'analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé et vise spécifiquement les médecins. Cette analyse avait pour but de déterminer les facteurs ayant une incidence sur l'offre et la demande de médecins.

#### **3.1.2 Entrevues**

Des entrevues ont été menées auprès de 15 répondants clés dans le cadre du processus d'analyse du contexte. Les détails sur ces personnes figurent dans l'annexe E.

### **3.2 Collecte des données**

#### **3.2.1 Collecte de données primaires**

Un recensement des médecins au Nouveau-Brunswick a été mené, pour compléter les données de l'Assurance-maladie, dans le but de dresser un portrait précis des pratiques de travail des médecins. Ce genre de données n'existait pas et a été jugé essentiel pour la prévision des besoins en médecins au Nouveau-Brunswick. Fujitsu Conseil a extrait une liste d'envoi de la base de données de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui comprenait tous les médecins ayant un numéro de facturation. Au total, 1 269 médecins pouvaient participer au sondage. Le groupe recensé a été réparti en deux catégories : médecine générale et spécialités. Deux questionnaires ont été élaborés et distribués, chacun tenant compte des caractéristiques uniques des groupes respectifs. Des exemples des sondages sont contenus dans l'annexe F. Toute la documentation a été offerte dans les deux langues officielles.

La méthode d'enquête comprenait l'envoi d'un avis posté directement à tous les médecins du Nouveau-Brunswick (N = 1 269) les informant qu'on leur demanderait de participer à un sondage. L'avis a également été publié sur le site Web de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et a été envoyé par courriel à tous les médecins faisant partie de la liste de distribution électronique de la Société (environ 660 médecins). On a aussi envoyé l'avis aux vice-présidents des services médicaux des régions régionales de la santé pour qu'ils l'affichent aux endroits bien à la vue des établissements et le distribuent aux chefs de départements médicaux à l'intérieur de leur région sanitaire.

Le sondage a été envoyé dans les deux semaines suivant l'envoi de l'avis. Un rappel a été envoyé aux personnes échantillonnées 10 jours après l'envoi du sondage et un suivi par téléphone et par courriel auprès des non-répondants a été entrepris pendant les dernières étapes de la collecte des données à la fin

du mois d'avril 2003. Une lettre a été envoyée aux vice-présidents des services médicaux des régions régionales de la santé leur demandant d'encourager les médecins de leur région n'ayant toujours pas rempli le sondage de le remplir et de le retourner par la poste ou par télécopieur. La date limite pour retourner le sondage a donc été reportée de quatre semaines.

### 3.2.1.1 Taux de réponse

Au total, il y a eu 725 répondants, dont 25 qui ne pouvaient contribuer des renseignements, car ils ont affirmé ne plus pratiquer ou ne pas pratiquer à nouveau, ce qui les élimine automatiquement de l'étude. Il y a donc eu 700 répondants valides, ce qui représente un taux de réponse de 56 %. Tous les renseignements contenus dans les sondages ont été entrés dans la base de données sur les médecins en suivant un protocole d'assurance de la qualité établi.

Le tableau suivant donne un aperçu des caractéristiques des répondants en fonction du type de médecine pratiquée, du sexe et des langues maîtrisées. Les répondants ayant affirmé maîtriser l'une des langues officielles, ou les deux, doivent avoir répondu qu'ils maîtrisaient la langue en question tant à l'oral qu'à l'écrit. Une répartition détaillée des répondants par région et par type de médecine pratiquée figure dans l'annexe G.

Tableau 1 – Caractéristiques des répondants

Omnipraticiens	Spécialistes	Sexe	Langues maîtrisées
339 (48%)	361 (52%)	Hommes – 490 (70%) Femmes – 210 (30%)	Anglais – 489 (70%) Français – 34 (5%) Bilingue – 176 (25%)

En comparant le taux de réponse des deux grands groupes de répondants dans la base de données sur les médecins, on constate un taux de 55 % (339/612) chez les omnipraticiens contre un taux de 58 % (361/637) chez les spécialistes.

Les données du sondage ont été entrées directement dans des tableaux à l'aide d'une grille de saisie créée à cette fin avec MS-Access.

### 3.2.2 Résumés analytiques de la base de données

Les données secondaires sur l'effectif de médecins au Nouveau-Brunswick ont aussi été téléchargées du système de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé et du Mieux-être, plus précisément du système d'aide à la décision de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé et du Mieux-être. À l'aide d'un outil d'intelligence économique du ministère, des requêtes et des rapports ont été exécutés pour collecter des données des bases de données de l'Assurance-maladie. Les rapports ont ensuite été sauvegardés dans un format MS Excel et importés dans des tableaux se trouvant dans la nouvelle section sur les médecins de la base de données des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick.

---

### 3.2.3 Autres sources de données

Les sources de données pour le sous-système de formation sont les suivantes : Canadian Post-M.D. Education Registry (CAPER : système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique), Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), Canadian Resident Matching Service (CaRMS), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), de même que les sites Web des universités.

Les données provenant de CAPER ont été reçues sous forme de base de données Access, tandis que les données de l'AFMC étaient dans un format Excel et ont été importées dans un tableau Access. Les données du CaRMS, du CRMCC et des universités ont été saisies à partir de leur site Web et ont été entrées dans un tableau Access. Les données du CAPER figurent également dans leur publication annuelle intitulée *Annual Census of Post-M.D. Trainees 2002 – 2003*.

Les autres données et analyses utilisées aux fins de l'étude sur l'effectif de médecins proviennent des Services hospitaliers du ministère, plus précisément des données abstraites sur les congés des patients qui étaient à la base de l'analyse de la demande de services de médecins.

### 3.2.4 Considérations et limites inhérentes aux données

Il importe de noter que le processus de collecte de données ne permettait de donner qu'un aperçu et ne reflétait pas la réalité de l'effectif qui, de par sa nature, est dynamique et change quotidiennement, et compte tenu de cela et des considérations suivantes, il faut reconnaître que l'analyse contenue dans le paragraphe 6 a des limites.

- Les données du système de l'Assurance-maladie ont été téléchargées à la fin du mois de mars 2003.
- Les données du sondage des médecins couvraient la période allant d'avril à juin 2003.
- Les données sur les équivalents à temps plein sont basées sur l'année la plus récente ayant des données s'échelonnant sur une pleine année soit 2002 à 2003.

Vu le temps séparant ces sources données, il est possible, par exemple, que certains médecins ont pris leur retraite, ont déménagé, ne pratiquent plus pour d'autres raisons ou sont en congé de maternité, etc. Cependant, on estime que de tels micro-déplacements dans l'effectif des médecins sont relativement constants dans une certaine période de temps, et les aperçus reflètent donc l'effectif de médecins habituel à n'importe quel moment donné au cours de cette période.

## 3.3 Création d'une base de données

La base de données des ressources humaines du secteur de la santé est une base de données intégrée contenant les données, les requêtes et les rapports des phases IIA et IIB. Elle est divisée en deux sous-systèmes : un inventaire de 27 professions de la santé et 37 groupes de médecins ainsi qu'un inventaire des programmes de formation des différentes professions de la santé des groupes respectifs. La portion de la base de données s'appliquant uniquement aux médecins est décrite dans les sous-paragraphes suivants.

---

### 3.3.1 Sous-système de l'offre de médecins

Les éléments de données dont est composé le sous-système de l'offre des médecins sont décrits dans l'ensemble de données minimales se trouvant dans l'annexe B. Les renseignements entrés dans la base de données proviennent de l'Assurance-maladie et des résultats du sondage des médecins. On y trouve notamment des renseignements démographiques, le lieu de pratique, la région sanitaire, des renseignements sur la pratique et les activités, l'ID du médecin en tant que fournisseur de services étant l'unique identificateur. Pour ce qui est des variables de l'ensemble des données minimales, les spécialités primaires et secondaires, les données de l'Assurance-maladie étaient les données par défaut, sauf dans le cas où il y avait des écarts avec les données fournies par les médecins dans le sondage et, si tel était le cas, les renseignements du sondage remplaçaient les données par défaut de l'Assurance-maladie. Tous les groupes de spécialités ont ensuite été regroupés dans les 37 groupes de pratique visés par cette étude. Pour assurer le caractère confidentiel des renseignements, le nom des médecins a été omis de la base des données et a été stocké dans une autre base de données nécessitant une autorisation d'accès en suivant les mêmes protocoles utilisés pour les données de la phase IIA. Les deux bases de données peuvent être reliées pour des fins de planification des ressources humaines par les personnes qui sont autorisées à le faire par le ministre de la Santé et du Bien-être.

Le tableau de renseignements sur les médecins de la base de données comprend 1 239 médecins formant le « groupe de base » de l'étude. Ce groupe comprend les médecins actifs au moment de la saisie des données du système de l'Assurance-maladie de même que les médecins inactifs qui ont indiqué dans le sondage qu'ils prévoyaient reprendre leur pratique au Nouveau-Brunswick.

### 3.3.2 Sous-système de formation

Le sous-paragraphe sur la formation contient des renseignements ayant trait aux 16 programmes de médecine et concernant les diplômés des programmes de médecine et de formation médicale postdoctorale. L'ensemble des données minimales pour le sous-système de formation se trouve dans l'annexe B.

Deux sources de données principales ont servi pour alimenter le sous-système de formation. Les données sur les médecins inscrits aux programmes de formation médicale postdoctorale à titre de résidents ou de boursiers ont été tirées du recensement annuel du Canadian Post M.D. Education Registry (CAPER). Les données comprenaient seulement les médecins ayant la citoyenneté canadienne et ayant le statut de résident permanent. L'autre source était les données de 2001-2002 sur les étudiants en médecine fournies par l'Association des facultés de médecine du Canada.

Ce sous-système contient des renseignements sur les programmes de médecine canadiens – programme de médecine et programmes de formation médicale postdoctorale, le nombre de diplômés au cours des dix dernières années et plus, de même que l'endroit où travaillent maintenant les diplômés. Les renseignements sur le programme fournis sont les suivants : nom, lieu, niveau du programme, conditions d'admission, contingents, nombre actuel d'étudiants, nombre de demandes, langue et durée du programme et nombre de Néo-Brunswickois inscrits.

---

### **3.3.3 Structure de la base de données**

Microsoft Access 2000 a été utilisé comme l'outil de la base de données des ressources humaines en santé. Les tableaux, requêtes, formulaires et rapports sont tous des éléments du produit final. Il y a deux bases de données physiques : RHS et RHS\_nom. La base de données des ressources humaines en santé contient tous les tableaux des sous-systèmes de l'inventaire de santé et de formation, mais ne comprend pas les noms des personnes. Les noms des personnes figurent dans un seul tableau dans la base de données RHS\_nom protégée par un mot de passe. Ce tableau pourra être importé dans la base de données sur les ressources humaines en santé si une mise à jour s'impose à des fins de planification et que les noms sont requis pour déterminer s'il existe des fichiers individuels en double.

La structure de la base des données est expliquée en détail dans différents documents techniques livrables. Les documents décrivent tous les tableaux et tous les champs utilisés pour représenter l'information sur les aspects de la formation et de l'inventaire de santé de l'étude. Pour une description complète de la structure de la base de données, y compris une liste des tableaux et des champs, se reporter au document « P210 Database Structure » de la phase IIA et au document « P210 Database Structure – Phase IIB » de la phase IIB.

Les bases de données sur les ressources humaines en santé créées dans le cadre de la phase IIA ont servi au stockage des renseignements de la phase IIB.

Les renseignements des phases IIA et IIB figurent dans une base de données, tandis que les noms des personnes sont dans une autre base. Dans certains cas, les tableaux existants de la phase IIA ont été utilisés et des ajouts ont été faits à ceux-ci. Il y a donc un chevauchement des tableaux entre les deux phases.

### **3.3.4 Rapports de la base de données**

Des rapports ont été dressés pour pouvoir s'en servir dans des modèles de prévision de même qu'à des fins d'affichage. Dans les cas où cela s'appliquait, des rapports ont été dressés pour afficher les données par région, par sexe et par groupe de spécialités selon les catégories de la demande de propositions.

Toutes les requêtes et tous les rapports faits dans la phase IIB ont la lettre B dans leur nom pour indiquer qu'ils font partie de la deuxième phase, p. ex. qryB ou rptB. Consulter le cahier à anneaux des rapports pour voir une liste des rapports disponibles.

## **3.4 Analyse de l'offre**

L'analyse de l'offre de l'effectif ou l'analyse de l'effectif actuel de médecins au Nouveau-Brunswick est fondée sur les éléments de l'ensemble de données minimales, qui ont été analysés pour l'effectif total de médecins dans la province, de même que pour chaque groupe de pratiques médicales comme le montre l'annexe A.

La méthode d'analyse des données du sondage (accomplie par Collins Management Consulting) comprenait la révision des données pour assurer l'uniformité et la complétude, puis l'importation du

---

fichier de données nettoyé dans JMP 5, une application d'analyse statistique de la SAS Corporation, un chef de file dans le domaine de l'intelligence économique et de l'analytique.

Trois types d'analyses de données ont été entrepris basés sur le type de variables à analyser. L'analyse de tableaux de contingence ou l'analyse par recoupements a été la méthode la plus utilisée. Cette méthode calcule le rapport entre variable-réponse et une variable explicative. Les deux variables sont des variables de catégories; une telle variable offre une description du caractère plutôt qu'une valeur numérique. Des tests statistiques du chi carré ont été faits dans le but de valider la valeur statistique du rapport entre les deux variables.

Les valeurs numériques ont été analysées d'une façon semblable, mais une analyse de la variance ou un test T a été employé plutôt qu'un tableau de contingence. Ces tests sont plus complexes que l'analyse du tableau de contingence et permettent d'obtenir des estimations détaillées de la valeur statistique du rapport entre une variable-réponse, telle que le nombre moyen de patients ajouté à une pratique, et les variables de catégories, telles que le sexe et la catégorie d'âge. Il est également possible de générer des intervalles de confiance pour la variable-réponse.

### **3.5 Analyse de la demande<sup>1</sup>**

L'analyse de la demande de médecins a pour but de déterminer la demande actuelle et future pour les services de médecins en fonction de l'utilisation des services de soins de santé par la population, des renseignements disponibles sur l'état de santé de celle-ci et des renseignements concernant les changements dans la prestation de services de santé au Nouveau-Brunswick.

L'analyse de la demande a fait usage de deux principales sources de données :

1. les données abstraites sur les congés des patients des services hospitaliers;
2. les données de facturation de l'Assurance-maladie par les médecins.

Les facteurs suivants ont été pris en considération dans l'analyse de la demande afin de réaliser l'analyse la plus complète basée sur les données disponibles par groupe de pratique :

- le rapport entre les données de facturation de l'Assurance-maladie et les données abstraites sur les congés des patients en fonction des différents spécialistes;
- le degré d'activité représenté par les données de facturation de l'Assurance-maladie;
- la mesure dans laquelle les données de facturation ou les données abstraites sur les congés des patients brossent un portrait fidèle ou non de l'activité;

---

<sup>1</sup> Analyse des données relatives à la demande fournie par la direction des Services hospitaliers du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick.

- 
- le degré d'hétérogénéité des fournisseurs de services d'un type donné.



---

## 4. MÉTHODE D'ÉLABORATION DU MODÈLE DE PRÉVISION DES MÉDECINS

---

### 4.1 Introduction

La planification générale de l'effectif de médecins exige de séparer, aux fins de l'analyse, les deux côtés de l'équation offre/demande : 1) combien de services sont requis au cours de la période de planification (demande), et 2) qui fournira les services (offre). Cette approche considère que la demande, le besoin, les attentes relatives aux services de médecins existent sans lien avec les personnes qui seront ou non en mesure de fournir les services.

Le modèle de prévision des médecins a donc été conçu dans le but d'appuyer la planification de l'effectif de médecins, en offrant un éventail de scénarios possibles en ce qui a trait à l'offre et à la demande de médecins au Nouveau-Brunswick. En tant que complément des données statistiques, le modèle devait présenter tout élément ou facteur pouvant avoir une incidence sur l'offre et la demande de médecins au cours des dix prochaines années (p. ex. changements apportés à la prestation de services). Les données n'étant pas accessibles au moment de l'exécution de la présente étude, ce complément n'a pu être préparé. Toutefois, les questions ayant permis d'obtenir ces données sont dynamiques et doivent continuer d'évoluer pour s'adapter aux changements futurs de l'environnement des soins de santé.

#### Considérations générales

- Les objectifs stratégiques du gouvernement sont-ils clairs, connus et centrés sur la prestation de services de soins de santé au Nouveau-Brunswick?
- Ces objectifs stratégiques changeront-ils?

#### Considérations relatives à l'offre

- Quelles sont les compétences de l'effectif actuel de médecins?
- Quels sont les produits associés à l'effectif actuel de médecins (c.-à-d. quels services offrent-ils)?
- L'effectif de médecins augmentera-t-il? Est-ce qu'il diminuera?
- Quelles sont les prévisions en matière d'arrivées, d'attrition et de retraites?

#### Considérations relatives à la demande

- La méthode actuelle de prestation de services du système de soins de santé changera-t-elle?
- La demande de services de médecins changera-t-elle en raison de l'évolution de l'état de santé de la population?

- 
- Quelles compétences devra posséder l'effectif de médecins de demain?

### **Considérations relatives à l'analyse de l'écart et à l'analyse de la solution**

- Quels seront les changements présentés par l'effectif des médecins?
- Quelles sont les compétences des médecins actuels qui s'avéreront utiles au cours de la période de prévision des dix prochaines années?
- Quelles sont les compétences qui seront nécessaires mais qui ne sont pas présentes au sein de l'effectif actuel de médecins?
- De quelle manière la formation pourrait-elle aider à assurer cette transition?
- Quelles sont les sources alimentant l'effectif de nouveaux médecins?
- Quels types de postes devront être comblés et de quelle façon les spécialités des médecins peuvent-elles être combinées afin d'y arriver?
- Les nouveaux médecins ne font-ils que remplacer les médecins prenant leur retraite ou accèdent-ils à de nouveaux types de postes?

Il est important de reconnaître les limites des modèles de prévision relativement à la prédiction d'un avenir incertain. Un modèle de prévision constitue donc un outil permettant d'obtenir des renseignements en fonction d'une hypothèse de cause à effet donnée. Par exemple, si certaines circonstances sont en place<sup>2</sup>, sans intervention, alors il est prévu que l'avenir se déroulera d'une certaine façon.<sup>3</sup> Si ce résultat s'avère peu souhaitable, les mesures nécessaires doivent être prises afin d'éviter cet avenir et d'atteindre le résultat voulu.

## **4.2 Spécification du modèle de prévision**

Le but du modèle de prévision des médecins du Nouveau-Brunswick est d'obtenir des renseignements pouvant servir à la planification intégrée de l'effectif des médecins au cours des dix prochaines années. La structure de base du modèle est la suivante :

1. **Analyse de l'offre / effectif de médecins** – Prévoit l'approvisionnement en médecins selon l'effectif actuel ainsi que les gains et les départs au cours de la période de prévision de dix ans.

---

<sup>2</sup> « Si » le nombre d'inscriptions aux facultés de médecine demeure constant, « si » 50 % des diplômés sont des femmes, « si » le modèle de prestation de services demeure le même, etc.

<sup>3</sup> Eva Ryten, consultante de l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie. *A Physician Workforce Planning Model for the Specialty of Anesthesia*, 2000, Section 2.0.

- 
2. **Analyse de la demande / besoins** – Fondée sur l'utilisation actuelle des services de médecins, selon l'âge et le sexe, et les changements démographiques au cours de la période de prévision de dix ans.
  3. **Analyse de l'écart / détermination du déséquilibre et des exigences en matière de ressources médicales** – Comparaison des effectifs actuels et futurs de médecins en fonction de la demande et des exigences actuelles et futures au cours de la période de prévision de dix ans.

Le modèle a été créé à l'aide de Microsoft Excel en raison de son caractère pratique, sa convivialité et ses options simples de manipulation et de mise à jour. Le modèle comprend diverses variables qui sont décrites dans les parties suivantes. Une prévision sur dix ans de l'offre de médecins et de la demande et des besoins en matière de services de médecins est produite, et une analyse de l'écart indiquant les problèmes potentiels (c.-à-d. les besoins prévus en matière d'effectif) est effectuée.

Cette planification de l'effectif doit comprendre un processus dynamique facilitant la planification de divers scénarios. Le modèle de prévision des médecins a été conçu afin d'établir des prévisions fondées sur un scénario. Cette approche permet d'intégrer les données, les politiques et les détails de planification les plus récents et surtout différentes combinaisons de ces éléments selon les changements à la prestation des soins de santé et les progrès prévus en matière de soins de santé à l'avenir au Nouveau-Brunswick.

Les sections ci-après décrivent les défis inhérents à la modélisation de l'effectif de médecins et définissent les modèles de prévision de l'offre et de la demande utilisés dans le cadre de la présente étude relativement aux spécialités des médecins, dont le nombre est suffisant (>25 médecins) pour assurer l'obtention de résultats significatifs à l'aide du modèle.<sup>4</sup>

### 4.3 Offre

L'offre réelle correspond au nombre et aux types de services de médecins offerts en vue de répondre aux besoins de la société en soins de santé. Elle doit tenir compte de la productivité des médecins en analysant les habitudes de travail de chaque médecin. Quelle est leur charge de travail? Quels types de services offrent-ils? Donc, l'offre réelle tient compte de la nature des services fournis et de la productivité générale (c.-à-d. débit de traitement). Une offre réelle idéale doit permettre au nombre, au type et à l'emplacement des services de médecins de répondre aux besoins de la société en matière de soins de santé. Ainsi, le nombre, les caractéristiques démographiques, le mouvement migratoire et la charge de travail des médecins permettent de caractériser l'offre réelle en services de médecins au Nouveau-Brunswick.

Tel qu'il est expliqué en détail dans les sections ci-après, les médecins ne travaillent pas tous le même nombre d'heures par semaine ni le même nombre de semaines par année. De plus, les hommes et les femmes ont des habitudes de travail différentes et les médecins plus âgés présentent des habitudes différentes de celles des jeunes médecins. Dans la pratique, cela signifie donc que les caractéristiques

---

<sup>4</sup> Comprend la médecine familiale, l'anesthésie, la radiologie diagnostique, la chirurgie générale, la médecine interne générale, l'obstétrique et la gynécologie, l'ophtalmologie, la chirurgie orthopédique, la médecine de laboratoire (générale, anatomique, pathologie hématologique et microbiologie médicale), la pédiatrie et la psychiatrie. Comprend également les grands groupes de professions, soit les spécialités médicales et les spécialités de chirurgie.

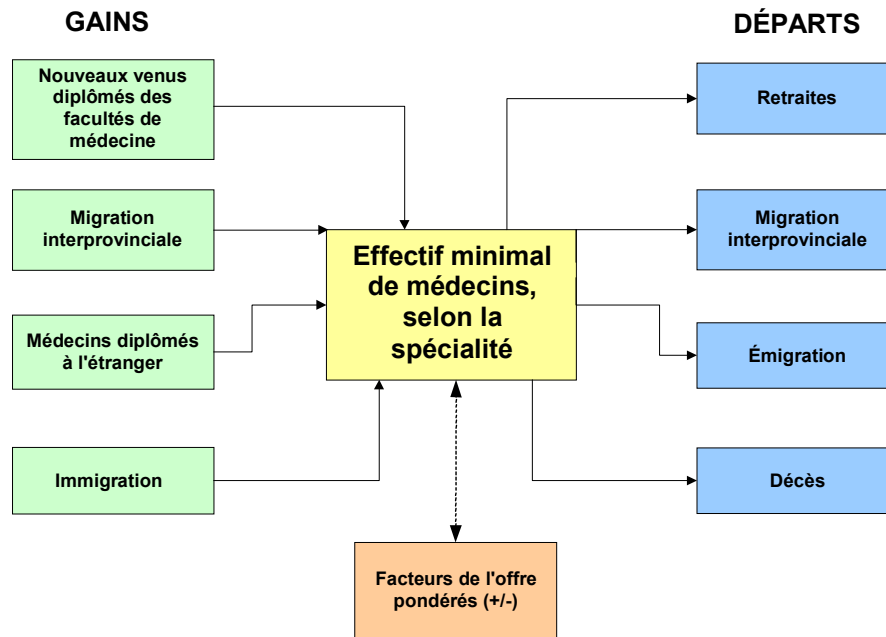
démographiques des médecins ont une incidence sur le nombre de services offerts. Le modèle de prévision tente de tenir compte de ces différences entre les pratiques dans l'avenir.

La portion dédiée à l'offre dans l'équation entre l'offre et la demande de médecins touche divers éléments, qui sont décrits dans les sections ci-après.

#### 4.3.1 Schéma du modèle d'offre

Le schéma du modèle d'offre est illustré à la figure 1.

Figure 1 – Schéma du modèle d'offre



---

### **4.3.2 Descriptions des entrées dans le modèle d'offre et sources de données**

Le présent paragraphe fournit une description détaillée des entrées liées à l'offre du modèle de prévision. Le cas échéant, les taux et autres données ayant servi à élaborer le modèle sont propres à chaque sexe, groupe d'âge et grand groupe de médecins (médecine familiale, spécialités médicales et spécialités de chirurgie).

#### **4.3.2.1 Effectif de base de médecins au Nouveau-Brunswick**

L'effectif de base de médecins au Nouveau-Brunswick est fondé sur la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick soit un produit livrable de la présente analyse de l'offre et de la demande de médecins. Cet effectif de base est réparti selon l'âge et le sexe dans le cas des grands groupes de médecins (médecine familiale, spécialités médicales et spécialités de chirurgie) ainsi que des spécialités suivantes comptant plus de 25 médecins :

1. Anesthésie
2. Radiologie diagnostique
3. Chirurgie générale
4. Médecine interne générale
5. Obstétrique et gynécologie
6. Ophtalmologie
7. Chirurgie orthopédique
8. Médecine de laboratoire (anatomique, générale, pathologie hématologique et microbiologie médicale)
9. Pédiatrie
10. Psychiatrie

L'offre de médecins au Nouveau-Brunswick est calculée à la fin de chaque année de prévision en ajoutant le total des gains à l'effectif au début de cette même année, puis en soustrayant le total des départs (attrition). De plus, à compter de l'année de référence (2003) de la période de prévision, l'âge de chaque médecin doit être augmenté annuellement d'une année.

### **Départs temporaires et réintégration de la main-d'œuvre**

Les départs et réintégrations temporaires font partie des déplacements temporaires des médecins du Nouveau-Brunswick qui quittent ou réintègrent l'effectif médical actif pour diverses raisons, dont les congés de maternité, les congés d'études et les congés médicaux, etc. Il s'agit d'entrées reconnues des modèles d'offre, toutefois l'élaboration du modèle de prévision de l'offre de l'Association médicale canadienne a permis de déterminer qu'en raison de la nature temporaire des congés à court terme, les départs et les réintégrations s'annulent généralement avec le temps et n'ajoutent donc aucune valeur au processus technique de prévision de l'offre.

Cependant, la planification des effectifs en fonction de ces congés à court terme doit être prise en considération, car il faut alors faire appel à un effectif actif de médecins suppléants ou de médecins prêts

---

à accepter une charge de travail additionnelle, afin d'éviter que le départ d'un médecin n'ait une incidence négative sur les services offerts à la population.

#### **4.3.2.2 Gains**

##### **Nouveaux venus à la formation médicale postdoctorale**

Cet élément tient compte des nouveaux venus au sein de l'effectif de médecins du Nouveau-Brunswick qui sont diplômés d'une faculté de médecine canadienne.

##### **Migration interprovinciale**

Cet élément tient compte du déplacement des médecins canadiens en provenance d'une province ou d'un territoire vers le Nouveau-Brunswick, selon la Base de données médicales Southam.

##### **Diplômés à l'étranger profitant d'un emploi réservé**

Cet élément tient compte des médecins étrangers n'ayant effectué aucune formation postdoctorale au Canada, mais dont l'emploi au pays est réservé, selon une recherche spéciale, sur les médecins immigrant au Canada dont l'emploi est réservé, effectuée dans la Base de données médicales Southam de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

##### **Autre type d'immigration – Médecins revenant au pays afin de poursuivre une pratique active**

Cet élément tient compte des médecins revenant au Canada afin de poursuivre une pratique active, selon une recherche spéciale sur les médecins civils actifs revenant au pays (à l'exclusion des internes et des résidents) effectuée dans la Base de données médicales Southam de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

#### **4.3.2.3 Départs**

##### **Retraites**

Cet élément tient compte des médecins du Nouveau-Brunswick qui prennent leur retraite au cours de chaque année de la période de prévision de 10 ans à l'aide du pourcentage de retraités en cours d'année selon le sexe, l'âge et le grand groupe de médecins, d'après les données historiques et les analyses annuelles de l'Association médicale canadienne (fondées sur une moyenne des médecins ayant pris leur retraite en 1998, 1999, 2000 et 2001). Le nombre de spécialistes prenant leur retraite étant insuffisant pour calculer des taux précis relativement aux médecins et chirurgiens spécialistes, des taux généraux ont été utilisés pour chaque groupe. Le nombre de femmes prenant leur retraite étant également insuffisant au cours de cette période, les taux propres aux hommes relativement à l'âge et aux grands groupes de spécialités ont été utilisés en tant que mesure approximative.<sup>5</sup>

##### **Migration interprovinciale**

Cet élément tient compte du nombre total de médecins du Nouveau-Brunswick prévoyant se déplacer vers d'autres provinces ou territoires du Canada au cours de chaque année de la période de prévision.

---

<sup>5</sup> Association médicale canadienne, *New Brunswick Projections Background Information*, mars 2003.

---

## Émigration

Cet élément tient compte du nombre total de médecins du Nouveau-Brunswick, selon l'âge, le sexe et le grand groupe de spécialités, prévoyant se déplacer vers un autre pays au cours de chaque année de la période de prévision, d'après les données de l'ICIS.

## Décès

Cet élément tient compte du nombre de médecins du Nouveau-Brunswick détenant une autorisation d'exercer active qui décèdent avant leur retraite chaque année, selon les données de l'Association médicale canadienne et les taux de mortalité nationaux relatifs à l'âge et au sexe.

## 4.4 Demande

Le modèle de prévision des médecins utilise la méthode ci-après, relativement à la prévision de la demande, afin de déterminer le plus précisément possible la demande future en services de médecins en fonction de la médecine familiale et de la spécialité.

La prévision de la demande selon la population se sert de l'utilisation actuelle des services de médecins (qu'ils soient offerts en milieu hospitalier ou non) en tant que valeur approximative de la demande relative aux patients et qu'indicateur du nombre de médecins requis, et évalue la demande future à l'aide de l'utilisation future ajustée en fonction de la population. Cette méthode a reçu un appui généralisé au cours de la planification récente des ressources en santé.<sup>6</sup> De plus, la méthodologie tente de déterminer si l'utilisation actuelle est une représentation précise de la demande actuelle en évaluant l'incidence des postes vacants actuels au Nouveau-Brunswick en tant que valeur approximative de la demande insatisfaite.

La portion liée à la demande de l'équation relative à l'effectif de médecins tente de prévoir le volume de services de soins de santé, selon la médecine familiale et la spécialité, devant être offerts au cours de chaque année de la période de prévision de 10 ans (en fonction des données accessibles). À cette fin, divers éléments et processus, décrits dans les paragraphes ci-après, doivent être utilisés.

**Les prévisions de demande doivent être interprétées avec prudence, puisque plusieurs variables confusionnelles, dont plusieurs dépassent la portée de l'étude, peuvent influencer sur la croissance de la demande. La prévision des besoins en matière de services de soins de santé relève autant du domaine de la politique sociale que de l'analyse technique. Toute prévision de besoins sous-entend qu'un certain niveau de soins doit être déterminé, tant en fonction du financement des soins de santé et de l'accessibilité aux services, que de la morbidité prévalente. La demande de services peut également être influencée par la méthode de prestation des soins. Les prévisions doivent prendre en compte toutes ces considérations, dans la mesure du possible, en fonction des données, de l'information et de l'expertise disponibles.**

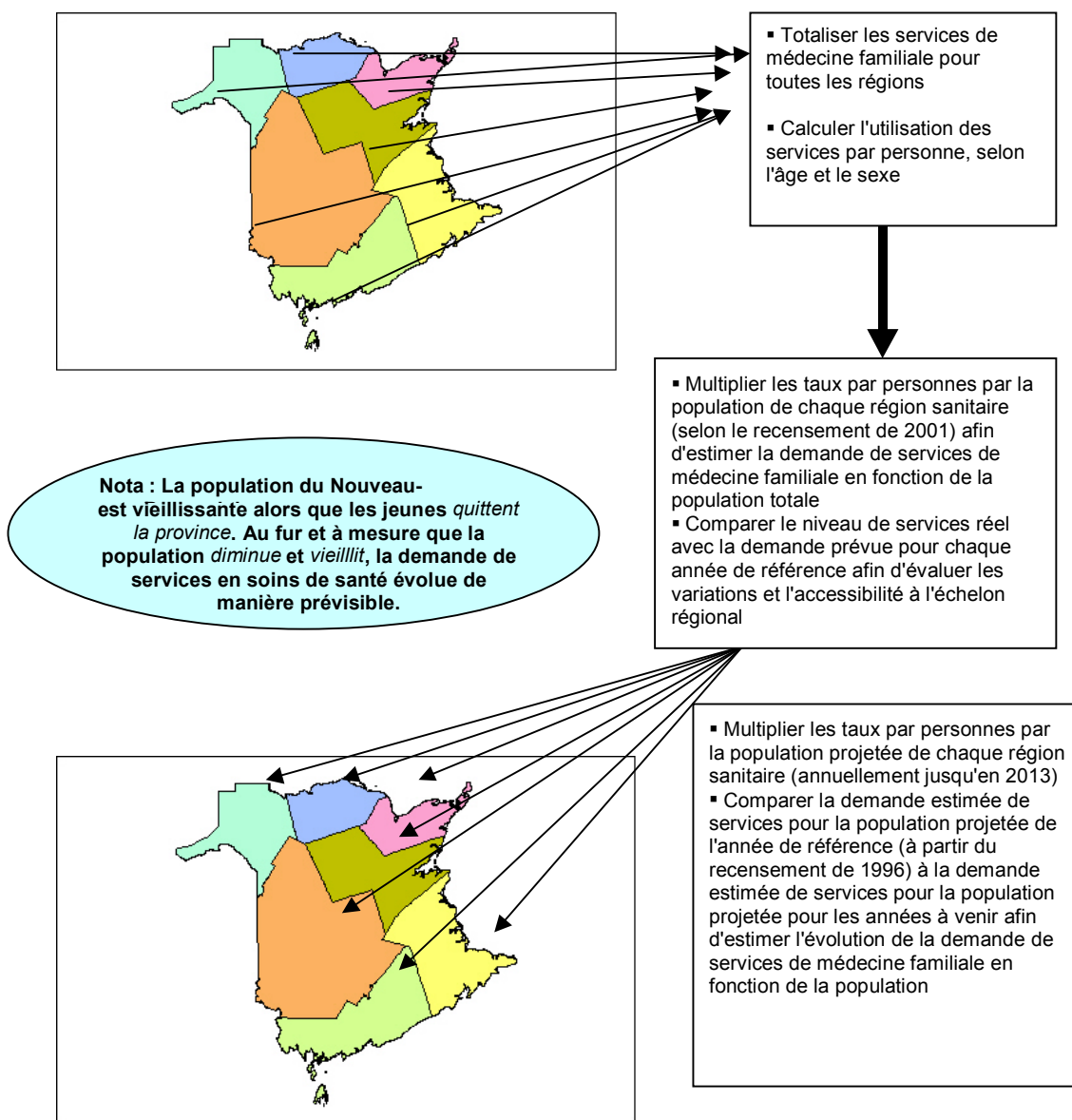
---

<sup>6</sup> Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, *A Discussion Paper by the Consensus Panel on Cardiovascular Human Resources in Ontario. Final Report and Recommendations*, juin 2000.

#### 4.4.1 Schéma du modèle de demande et descriptions des entrées <sup>7</sup>

Le schéma ci-après illustre la méthode utilisée pour obtenir des estimations, selon la population, du besoin ou de la demande de services liés à la médecine familiale.

Figure 2 – Schéma du modèle de demande



Le schéma suivant représente la méthode utilisée pour estimer le nombre d'omnipraticiens actifs par rapport au nombre total d'omnipraticiens dans la province.

<sup>7</sup> Les statistiques du présent paragraphe correspondent uniquement aux médecins du régime de paiement à l'acte, et non à ceux recevant un salaire ou un paiement par séance.



Définir un jour actif comme étant >10 consultations avec les factures s'y rattachant.

Compter le nombre de jours actifs de chaque année de référence.

Regrouper les omnipraticiens en fonction des groupes de jours actifs par année suivants : 0, 1-49, 50-99, 100+ (c.-à-d. aucun jour actif, moins d'un jour actif par semaine, un à deux jours actifs et plus de deux jours actifs par semaine).

Calculer le rapport entre les factures soumises et les jours actifs par année. La valeur-seuil représente les factures prévues (services globaux de médecine familiale) d'un médecin ayant un jour actif par semaine (50/année).

La facturation moyenne pour les médecins actifs correspond à la facturation moyenne de services globaux de médecine familiale pour ce qui est de la facturation de plus d'un jour actif par semaine. Il s'agit de la facturation moyenne d'un omnipraticien actif.

L'équation pour calculer le nombre d'omnipraticiens nécessaires pour répondre à la demande de la population est la suivante :

Demande totale de la population (coût annuel pour les services)

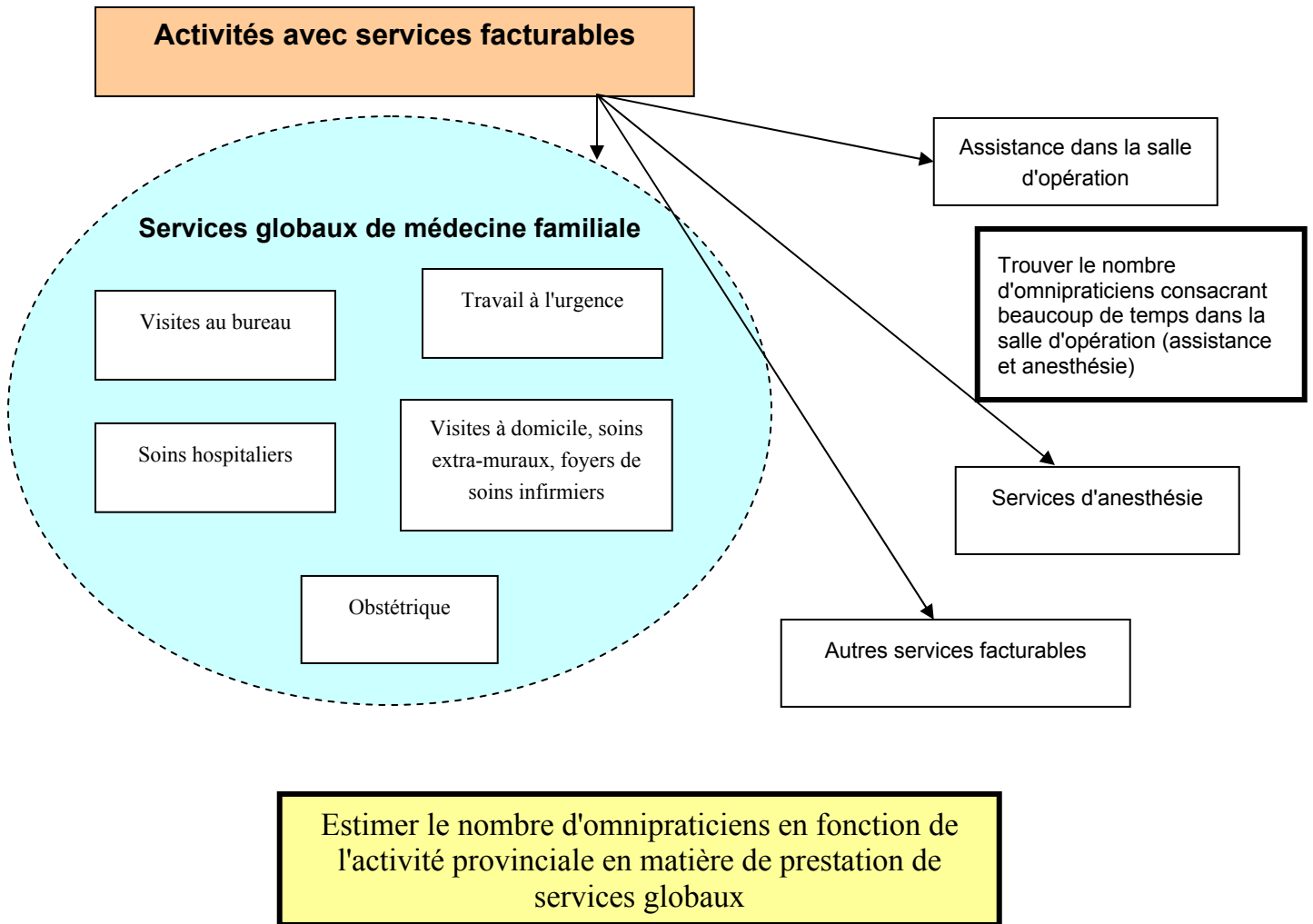
Moyenne de la facturation des omnipraticiens actifs (en dollars par année)



Faire la comparaison des ratios entre le nombre de médecins et la population

Profils des activités générales différentielles des omnipraticiens en fonction de l'âge et du sexe. Faire des prévisions relativement aux modes de pratique.

Le schéma suivant représente l'ensemble des activités des omnipraticiens en médecine familiale et en médecine clinique.



---

## **4.4.2 Considérations relatives au modèle de demande accrue**

### **4.4.2.1 L'impact de la population sur la demande de services de médecins**

Les changements dans la population sont intimement liés aux changements dans la demande pour des services de soins de santé, la méthode d'analyse comprend donc la population prévue, la composition par âge et la répartition des sexes de la population de la période de prévision. L'utilisation de services de soins de santé varie grandement en fonction de l'âge et du sexe de la population et avec le temps, la composition des catégories d'âge change.

Au Nouveau-Brunswick, la demande pour des services de soins de santé est aussi influencée par la préférence de langue du patient. Le paragraphe 5.2.4 fait état du profil linguistique par région sanitaire.

### **4.4.2.2 Changements dans la prestation de services**

Il est prévu qu'au cours de la période de prévision de 10 ans, l'exercice de la médecine changera, des tendances et des nouveautés dans la façon d'offrir les services de soins de santé seront donc pris en considération telles que :

- des plans gouvernementaux pour la prestation de services (p. ex. dépistage accru pour des maladies, changements au plan directeur du réseau hospitalier et augmentation ou réduction des services offerts);
- dépendance envers d'autres professionnels de la santé travaillant dans le système et collaboration avec eux.

La prise en considération des impacts en plus de l'estimation de l'utilisation à partir de l'année de référence entraîneront une diminution dans la demande prévue de services dans certains cas et une augmentation dans d'autres cas. Pour certains de ces impacts, il sera possible de quantifier l'ampleur ou, à tout le moins, l'orientation des changements.

## **4.5 Analyse de l'écart / déséquilibre de l'effectif de médecins**

Les décisions de planification prennent en compte le nombre de médecins répondant aux besoins de la population : le nombre de médecins, le domaine de pratique et l'endroit où ils exerceront leur profession. Il existe deux types de déséquilibre (en fonction des données disponibles) qui sont explorés dans cette analyse de l'écart :

1. Déséquilibres numériques – le surplus ou la pénurie de médecins par rapport à une norme acceptable. La question clé est la suivante : quelle devrait être la norme pour l'établissement des exigences et comment la définit-on?

- 
2. Déséquilibres dans la répartition (si possible) – comprend les déséquilibres géographiques (endroits ruraux et urbains) et les déséquilibres relativement aux spécialités (répartition entre les omnipraticiens et les spécialistes et parmi les spécialités).

L'analyse de l'écart présente des gammes des besoins en médecins plutôt que des prévisions ponctuelles, de manière à prendre en considération les divers scénarios possibles susceptibles d'avoir une incidence sur l'offre et la demande de services de médecins au cours de la période de prévision de 10 ans.

---

## 5. TENDANCES ET ENJEUX RELATIFS À L'OFFRE ET À LA DEMANDE FUTURES

---

Le système de soins de santé au Canada est scruté à la loupe et continue de se transformer dans un effort de répondre, de manière à la fois abordable et durable, aux besoins de la population en matière de soins de santé. Les initiatives de réforme tant sur le plan des systèmes que de la fiscalité ont une incidence directe sur la main-d'œuvre en santé, qui à son tour influe sur ces initiatives. Alors que le système de soins de santé est un domaine de juridiction provinciale, la main-d'œuvre en santé peut être considérée comme une ressource nationale puisqu'elle est très mobile, particulièrement dans le contexte actuel, qui se caractérise par une vive concurrence.

Un certain nombre de facteurs clés sont à la base des changements qui influent sur l'offre et la demande dans plusieurs professions de la santé, y compris les médecins. Parmi ces facteurs figurent l'évolution démographique tant des fournisseurs que des utilisateurs de services de soins de santé; l'état de santé de la population, les attentes du public à l'égard de services de soins de santé de nature préventive et non seulement curative; la technologie, dans le sens le plus large du terme; le financement des soins de santé par le secteur public.

### 5.1 État de santé de la population du Nouveau-Brunswick

La santé de la population du Nouveau-Brunswick et l'évolution avec le temps de l'état de santé ont sans aucun doute une incidence sur la demande de services médicaux en général, et surtout de services de médecins. À cet égard, l'état de santé doit être suivi sur une période de temps afin de déterminer à quel moment la demande d'un type précis de médecin augmente ou diminue. Toutefois, seules les observations à long terme (plus de 10 ans) permettent d'appliquer ce genre de renseignements directement à la demande de types précis de fournisseurs de services.

Dans son rapport de 1999, Santé Canada<sup>8</sup> compare divers indicateurs de l'état de santé et déterminants propres au Nouveau-Brunswick par rapport aux autres provinces et territoires. Voici une liste de quelques éléments de comparaison :

#### Éléments positifs pour le Nouveau-Brunswick

- Taux de blessures au travail le plus faible au Canada.
- Deuxième rang pour le plus faible taux de bébés dont le poids à la naissance est inférieur à la norme au Canada.
- Faible taux de mortalité infantile.

---

<sup>8</sup> *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, 1999.

---

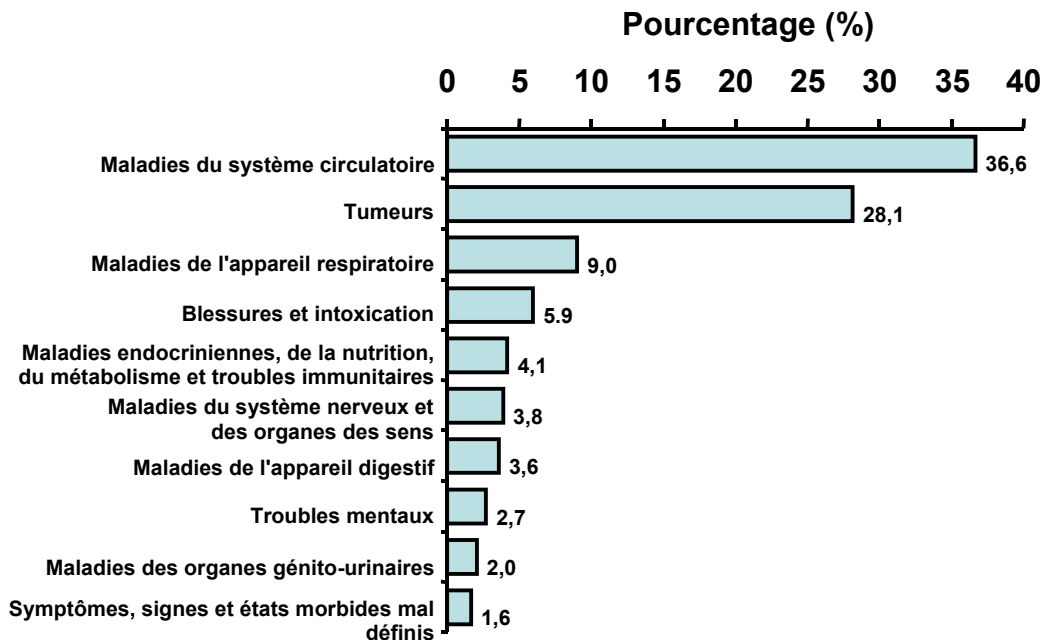
## Éléments négatifs pour le Nouveau-Brunswick

- Population de 20 à 64 ans dont la proportion de personnes obèses est la plus élevée au Canada (42 %).
- Taux de mortalité due au cancer du sein le plus élevé au Canada.
- Troisième rang pour le taux le plus élevé de mortalité causée par le cancer chez les femmes au Canada.

De plus, le Service provincial d'épidémiologie du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick fournit les analyses ci-après relatives à la morbidité prévalente au sein de la population néo-brunswickoise, qui peuvent représenter les besoins futurs de certains spécialistes dans la province. Des analyses plus détaillées des maladies au sein des sept régions sanitaires sont également effectuées par ce service.

La figure suivante indique les principales causes de décès au Nouveau-Brunswick au cours d'une période de cinq ans. Les maladies du système circulatoire demeurent la cause principale de décès au Nouveau-Brunswick, suivies du cancer. Au cours des deux dernières décennies, le taux de mortalité lié aux maladies du système circulatoire, comme la cardiopathie ischémique, qui est la principale cause de décès dans la catégorie des maladies circulatoires, n'a cessé de diminuer. Les maladies vasculaires cérébrales sont également des maladies du système circulatoire présentant un taux de prévalence élevé. Les maladies du système circulatoire sont les maladies qui nécessitent le plus grand nombre de jours de soins hospitaliers.

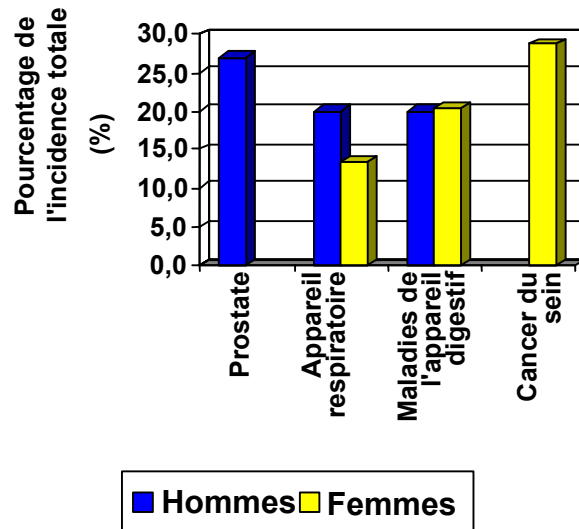
Figure 3 – Dix principales causes de décès au sein de la population du Nouveau-Brunswick, 1997-2001



Comme l'illustre la figure ci-dessous, les cancers les plus fréquents au Nouveau-Brunswick, entre 1997 et 2001, sont, chez les hommes, le cancer de la prostate, le cancer des appareils digestif et respiratoire, et, chez les femmes, le cancer du sein, le cancer de l'appareil digestif et le cancer du poumon.

Figure 4 – Incidence des principaux cancers chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick, 1997-2001

Les trois principaux cancers chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick, entre 1997 et 2001.



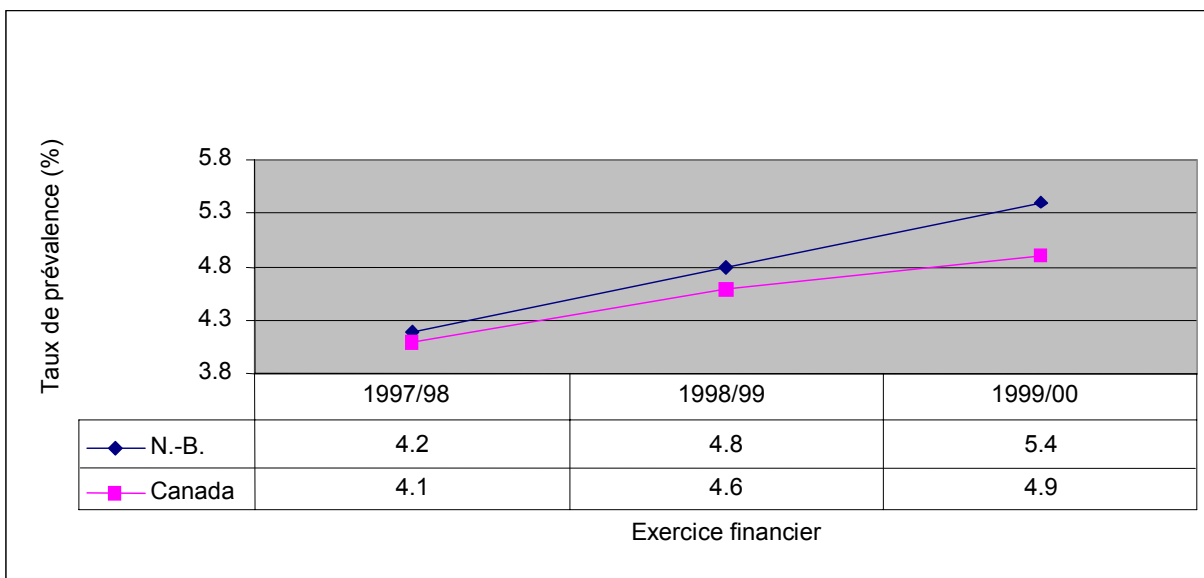
Grâce aux fonds de la Stratégie canadienne du diabète, le Système national de surveillance du diabète (SNSD) fut créé. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick participe activement à ce projet et, à ce jour, a été en mesure de donner à Santé Canada les taux de prévalence et de mortalité liés au diabète, au Nouveau-Brunswick, pour les exercices financiers 1997-1998 et 1999-2000.

Le fardeau des maladies liées au diabète augmente, car les risques d'être atteint d'autres maladies sont plus élevés chez les personnes atteintes du diabète que chez les personnes qui n'ont pas le diabète. Un taux élevé de sucre dans le sang peut mener à une maladie cardiovasculaire et à un accident vasculaire cérébral, à une rétinopathie, à une néphropathie, à une amputation ou à d'autres complications.

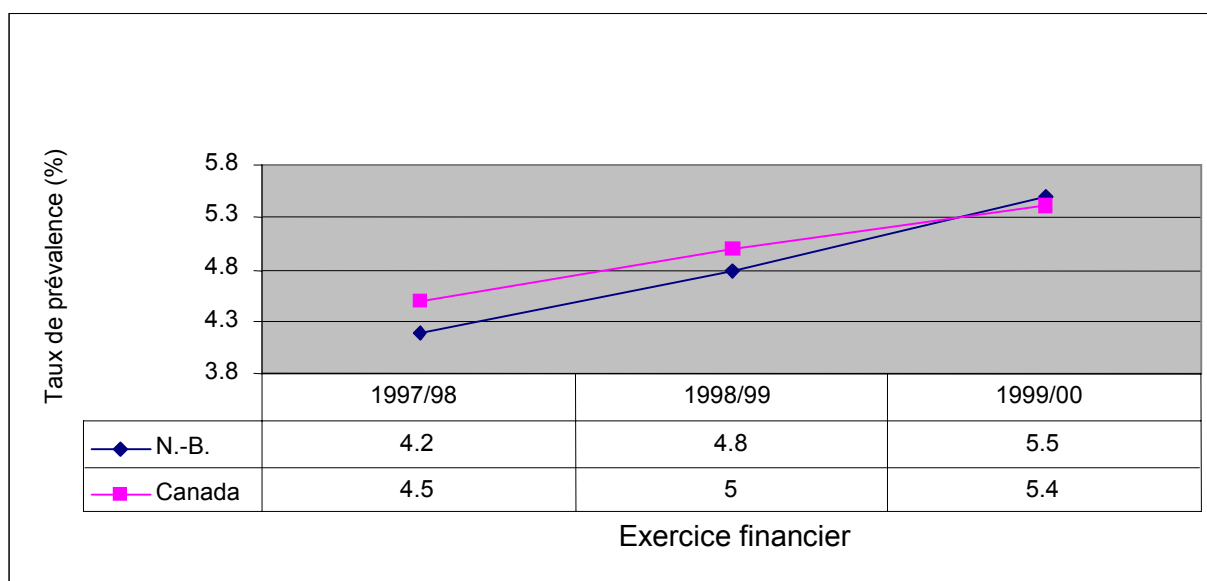
Comme l'illustrent les deux figures suivantes, le taux de prévalence du diabète au Nouveau-Brunswick est supérieur, chez les femmes, à la moyenne canadienne. Toutefois, pour obtenir une tendance plus précise, des données à plus long terme sont nécessaires. Il s'agit d'une maladie importante devant faire l'objet d'un suivi attentif sur une certaine période afin d'en tenir compte dans la planification des ressources médicales.



**Figure 5 – Prévalence brute du taux de diabète chez les femmes âgées de plus de 20 ans au Canada et au Nouveau-Brunswick**



**Figure 6 – Prévalence brute du taux de diabète chez les hommes âgés de plus de 20 ans au Canada et au Nouveau-Brunswick**

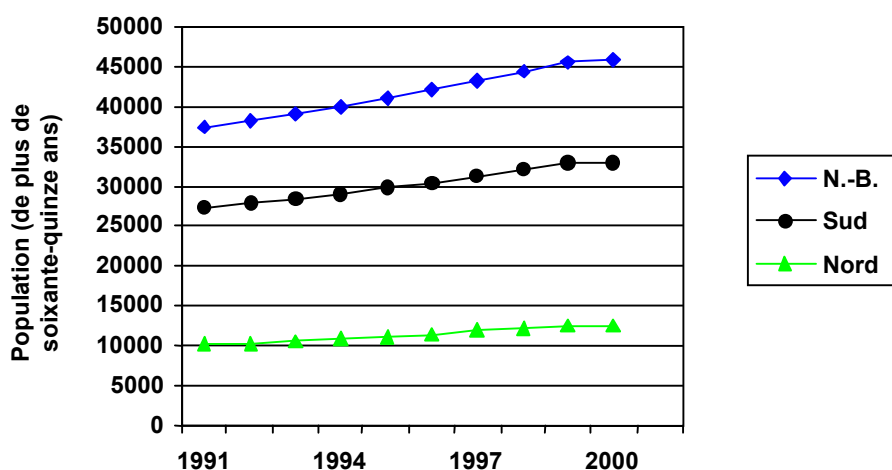


Tel qu'il est illustré dans la figure ci-dessous, et expliqué de façon plus détaillée au paragraphe 5.2.1, la population du Nouveau-Brunswick est vieillissante, ce qui peut indiquer des besoins futurs en matière de soins de santé dans les domaines suivants :

- la maladie d'Alzheimer;

- la maladie de Parkinson;
- la maladie Creutzfeldt-Jakob (MCJ);
- la maladie du motoneurone;
- la maladie neurodégénérative;
- la dégénérescence maculaire;
- la cataracte;
- le glaucome;
- la chorée de Huntington;
- la démence;
- la cardiopathie dilatée;
- le diabète non insulino-dépendant;
- l'arthrose;
- le cancer de la prostate;
- l'athérosclérose;
- le cancer du sein;
- la dépression;
- la coronaropathie;
- l'ostéoporose;
- les accidents vasculaires cérébraux;
- les affections oto-rhino-laryngologiques;
- l'artériosclérose;
- l'hypertension artérielle;
- l'hyperlipidémie;
- la déficience auditive;
- les dérèglements orthopédiques;
- l'acouphène;
- la bronchopneumopathie chronique obstructive;
- l'incontinence urinaire et l'ulcère de décubitus.

Figure 7 – Augmentation du nombre de personnes âgées au N.-B. entre 1991 et 2000



---

Il sera important de suivre ces conditions, avec le temps, pour déterminer s'il existe une augmentation de la demande pour ces types de services afin que les besoins futurs en matière de médecins, en ce qui a trait à certaines spécialités, correspondent aux besoins et aux demandes de la population du Nouveau-Brunswick.

Étant donné ces déterminants et d'autres déterminants principaux de la santé, les fournisseurs de soins de santé reconnaissent que l'accès à des soins de santé de qualité n'est qu'un des facteurs qui contribuent à la santé des particuliers et des localités où ils demeurent. Il faut un effort concerté, multisectoriel et coordonné pour aborder l'ensemble des facteurs qui ont une incidence sur la capacité d'un individu d'être et de demeurer en santé.

La conception et la mise en place efficace d'un modèle de politique publique favorisant la santé offrent au gouvernement l'occasion d'avoir un impact positif sur la santé des Néo-Brunswickois. Ce modèle peut comprendre des éléments comme un outil d'évaluation de l'impact sur la santé, qui pourrait être utilisé par tous les ministères du gouvernement pour établir des positions stratégiques ou pour prendre des décisions éclairées sur les projets.

## **5.2 Facteurs démographiques**

Plusieurs facteurs démographiques influent sur tous les niveaux de services sociaux et de soins de santé au Nouveau-Brunswick. La démographie provinciale – population, structure par âge, densité, statistiques de l'état civil, etc. – joue un rôle important en indiquant la demande des services de soins de santé par la population, la répartition de la demande et les types de services requis.

### **5.2.1 Changement de la structure de la population par âge**

Le vieillissement de la population du Canada peut avoir une incidence importante sur le système de soins de santé et la demande de médecins. Les patients âgés de plus de 65 ans utilisent actuellement environ 70 % du budget des soins de santé. En 1994, au Canada, les dépenses totales du système de santé selon l'âge et en dollars par habitant étaient inférieures à 2000 \$ dans le cas des personnes âgées de moins de 64 ans et supérieures à 8000 \$ dans le cas des personnes âgées de plus de 65 ans. En 1999, près de 12,5 % de la population du Canada était âgée de plus de 65 ans. D'ici 2015, ce pourcentage augmentera à 16,5 % et en 2030, plus de 25 % de la population sera âgée de plus de 65 ans.

Au cours des trois prochaines décennies, le Nouveau-Brunswick présentera la plus grande transition démographique de l'histoire en raison du vieillissement des baby-boomers. Le taux de la population âgée de 65 ans et plus passera de 13 % (aujourd'hui) à 18 % (2015), puis à 25 % (2025). Cette hausse aura une incidence considérable sur le système de santé provincial. À mesure que la génération des baby-boomers vieillira, elle aura des attentes plus élevées que la génération actuelle concernant les soins et les services de santé. En plus de la disponibilité des services de santé traditionnels, comme les établissements de soins à long terme et de soins actifs, des pressions accrues seront exercées pour obtenir des services et un soutien accrus de soins à domicile, une intervention précoce, une formation et des stratégies de soutien communautaires.

---

D'ici 2013, la population totale du Nouveau-Brunswick devrait demeurer plutôt stable (augmentation de 0,2 %). Toutefois, il faut s'attendre à des changements importants relativement à la structure par âge de la population.

- Le groupe d'âge de 0 à 4 ans devrait diminuer de 17 %.
- Le groupe d'âge de 5 à 14 ans devrait diminuer de 21,5 %.
- Le groupe d'âge de 15 à 24 ans devrait diminuer de 8 %.
- Le groupe d'âge de 25 à 44 ans devrait diminuer de 13 %.
- Le groupe d'âge de 45 à 64 ans devrait augmenter de 27 %.
- Le groupe d'âge de 65 à 74 ans devrait augmenter de 21 %.
- Le groupe d'âge de 75 ans et plus devrait augmenter de 14 %.

L'incidence du changement de la structure par âge de la population est tangible, car la population vieillissante exercera une pression accrue sur certains services spécialisés, comme la chirurgie orthopédique et l'ophtalmologie, auxquels correspond une proportion élevée de patients âgés.

### **5.2.2 Déplacement de population**

La dispersion ou la répartition de la population de la province change, ce qui constitue un facteur important de la planification du programme de soins de santé et de l'effectif futurs. La population du Nouveau-Brunswick et des provinces de l'Atlantique suit maintenant la tendance qui se dessine dans le reste du pays depuis quelque temps : la population passe des régions rurales aux régions urbaines.<sup>9</sup> En 1991, la population du Nouveau-Brunswick était en majorité rurale (52 %) comparativement à la région urbaine (48 %) mais, selon le recensement de 2001, le Nouveau-Brunswick a présenté une division brutale entre les régions rurales et urbaines. Cette tendance était évidente dans le recensement de 2001. Depuis 1996, Fredericton et Moncton ont enregistré des hausses de population de 2,3 % et de 2,9 %, respectivement. Si on ajoute la croissance de 19,6 % à Dieppe, la population du territoire de recensement du Grand Moncton a augmenté de 3,7 %. Cette croissance considérable de la population de Dieppe démontre une autre tendance : la suburbanisation du Nouveau-Brunswick. Les données du recensement appuient aussi cette tendance, la population de Fredericton ayant augmenté de 2,3 % et celle de la région du Grand Fredericton, de 3 %.

L'incidence de ce phénomène sur la prestation des services de médecins au Nouveau-Brunswick est que la masse critique (population) requise pour soutenir différents types de services de médecins dans les régions non urbaines de la province devra être évaluée continuellement. Cette tendance est déjà évidente au Nouveau-Brunswick et partout au pays en raison de la centralisation continue des services spécialisés et le remplacement des hôpitaux par des centres de santé communautaires dans les régions rurales.

---

<sup>9</sup> Atlantic Institute of Market Studies.

### 5.2.3 Influences socio-économiques

Le milieu socio-économique désigne les conditions de vie et de travail dans les domaines économique et social. Les influences clés comprennent le revenu et la distribution du revenu, l'éducation, l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, ainsi que les niveaux de soutien social.

Selon le rapport de Santé Canada publié en 1999<sup>10</sup>, le Nouveau-Brunswick se situe au troisième rang du plus faible revenu personnel moyen au pays et au deuxième rang du plus faible taux d'activité de la main-d'œuvre.

### 5.2.4 Profil linguistique des Néo-Brunswickois

Le recensement de la population de 2001 indique que, selon un pourcentage de 100 % de la population, la composition linguistique du Nouveau-Brunswick est formée majoritairement de résidents anglophones soit 406 995 résidents (57 %). Le nombre de Néo-Brunswickois présentant une compétence en anglais et en français s'élève à 245 870 (34 %) et la population francophone ne compte que 66 415 résidents (9,2 %). Ces renseignements ne sont pas disponibles par région. Toutefois, selon un échantillon de 20 %, le tableau suivant représente le profil linguistique régional des Néo-Brunswickois de Statistique Canada, selon la première langue apprise à la maison durant l'enfance et toujours comprise par la personne au moment du recensement soit l'anglais, le français ou l'anglais et le français. Ces données n'indiquent pas la préférence linguistique relativement aux services de soins de santé.

**Tableau 2 – Profil linguistique des Néo-Brunswickois (données du recensement de 2001 de Statistique Canada)**

Région	Anglais seulement	Français seulement	Anglais et français	Total de toutes les personnes <sup>1</sup>
1	99 300 (55%)	75 370 (42%)	1 895 (1%)	179 840 (98%) <sup>2</sup>
2	159 115 (94%)	6 675 (3,9%)	490 (0,3%)	169 225 (98,2%)
3	146 775 (91%)	9 715 (6%)	595 (0,4%)	161 675 (97,4%)
4	3 570 (7%)	46 650 (91%)	545 (1%)	51 005 (99%)
5	12 260 (42%)	16 315 (56%)	495 (1,7%)	29 325 (99,7%)
6	12 250 (15%)	68 445 (84%)	850 (1%)	81 760 (100%)

<sup>10</sup> *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, 1999.

Région	Anglais seulement	Français seulement	Anglais et français	Total de toutes les personnes <sup>1</sup>
7	31 890 (68%)	13 505 (29%)	385 (0,8%)	46 885 (97,8%)

*Nota<sup>1</sup> : La catégorie linguistique « autre » n'est pas comprise. Nota<sup>2</sup> : Les pourcentages ont été arrondis.*

### 5.3 Aspects économiques – coûts accrus des services

Les coûts des soins de santé continuent d'augmenter. Si des changements ne sont pas apportés au *statu quo*, la viabilité du système risque d'être compromise à mesure que la demande de services continue d'augmenter. L'augmentation des coûts de soins de santé continuera d'être une grande préoccupation, qui risque de s'intensifier en raison du vieillissement de la population. Compte tenu de la situation économique actuelle, une croissance économique plus lente se traduirait par une croissance plus lente des recettes du gouvernement. La demande de services publics continue toutefois d'augmenter, en particulier pour les soins de santé.

Au Nouveau-Brunswick, entre 1995 et 1996 ainsi qu'entre 2001 et 2002, le budget des soins de santé a augmenté de 40 %, tandis que le budget total du gouvernement provincial a augmenté de 20 %. Ce rythme ne peut manifestement pas être soutenu. À titre d'exemple, si on suppose que les recettes du gouvernement augmentent de 2 % par année et que le budget des soins de santé continue d'augmenter de 7,8 % par année, d'ici 20 ans, le budget des soins de santé représentera plus de 80 % du budget total du gouvernement provincial.<sup>11</sup>

La croissance des dépenses en santé au Nouveau-Brunswick, d'avril 1999 à 2002 - 2003, est 2,5 fois plus élevée que celle du deuxième secteur de croissance des dépenses soit l'éducation. Dans l'exercice financier actuel (2002-2003), les soins de santé représentent plus de la moitié de tous les programmes des dépenses du gouvernement. Toutefois, les dépenses en santé par habitant au Nouveau-Brunswick ne sont pas élevées par rapport aux autres provinces, puisque les dépenses du gouvernement provincial par habitant sont actuellement les moins élevées au Canada.<sup>12</sup>

Selon le budget de 2002-2003<sup>13</sup> déposé récemment, les soins de santé (y compris les foyers de soins et les services familiaux et communautaires) représentent environ 34,5 % du budget total du gouvernement provincial, tout comme pour l'exercice financier de 2001-2002. À part les services de foyers de soins, ainsi que les services familiaux et communautaires, ce taux est de 21 %. Le montant record de 1,8 milliard de dollars investis dans les soins de santé cette année représente une somme supplémentaire de 80,6 millions de dollars soit une augmentation de 4,7 % par rapport à l'année précédente.

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2002.

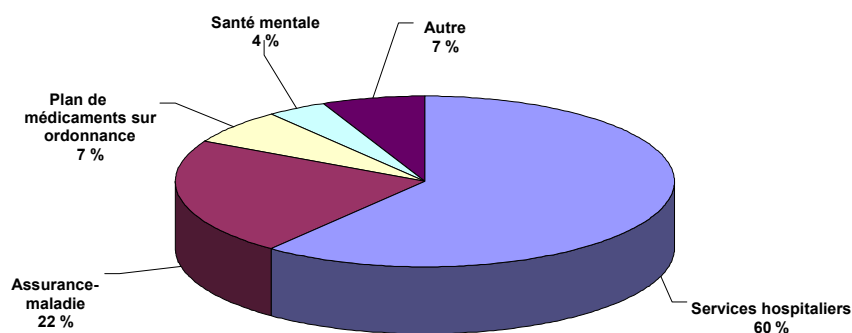
<sup>12</sup> Institut canadien d'information sur la santé, 2001.

<sup>13</sup> Budget de 2002-2003, *Choisir la prospérité : Une approche équilibrée*, mars 2002.

---

Les dépenses réelles du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick pour l'exercice financier 2001-2002 étaient de 1 386,2 millions de dollars. La figure suivante illustre la répartition des dépenses du budget des soins de santé en 2001-2002.<sup>14</sup>

**Figure 8 – Répartition des dépenses du budget provincial des soins de santé en 2001-2002**



#### **5.4 Questions relatives au système de santé**

La question des soins de santé en est une dont l'importance et l'intérêt ont des répercussions à l'échelle nationale, comme l'indiquent les nombreux rapports et commissions publiés au cours des dernières années. Tous ces rapports reconnaissent que l'offre et la répartition adéquates des ressources humaines en santé, y compris les médecins, représentent uns des défis les plus importants relatifs au maintien du système de soins de santé public au Canada.

En novembre 2002, après 18 mois d'études et de consultations, la Commission Romanow publie un rapport complet sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ce rapport révèle le sentiment général des fournisseurs de soins de santé depuis la majeure partie de la dernière décennie : une capacité d'assurer un réseau viable, de meilleures méthodes de gestion, une bonne utilisation des technologies habilitantes, une meilleure utilisation et un déploiement accru des ressources humaines rares, plus de flexibilité et de collaboration au sein du système et une plus grande importance accordée à la prévention.

Quant aux ressources humaines du secteur de la santé, le rapport Romanow exige que de nombreuses modifications soient apportées à la formation, au déploiement, à l'utilisation et à la rémunération des fournisseurs de soins de santé indispensables au système pour offrir les services et les soins. Le rapport exige également que des modifications fondamentales soient effectuées à la portée et aux modes de prestation des services en ciblant davantage les modèles en collaboration afin de fournir une diversité de compétences permettant d'offrir des soins de santé complets. Toutes les parties doivent souhaiter apporter des modifications fondamentales aux relations et à la nature du travail, ainsi qu'appliquer des stratégies de collaboration visant à pallier les pénuries actuelles et prévues relatives à certains fournisseurs de soins de

---

<sup>14</sup> Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2001-2002*, p. 53.

---

santé. Le sentiment exprimé dans ces mesures n'est pas nouveau au Canada et la volonté politique, ainsi que celle des organismes qui représentent les groupes de fournisseurs de soins de santé, doit être présente pour qu'une véritable transformation se produise.

Dans le contexte de la demande, le rapport de la Commission mentionne dans quelle mesure les attentes du public relatives au système d'Assurance-maladie du Canada ont augmenté, et que le système, auparavant structuré afin que les médecins puissent fournir les soins dans les hôpitaux, s'est transformé en un système de prestation de services considérablement décentralisé. Il s'agit d'un des facteurs ayant modifié l'exercice de la médecine, en plus de l'évolution de la gamme et de la nature des options et des modes de traitement.

Une comparaison à l'échelle mondiale des politiques de planification des ressources humaines du secteur de la santé a été recommandée récemment par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.<sup>15</sup> L'étude a révélé que la planification des effectifs de la plupart des systèmes de soins de santé dépend des dépenses en santé et que les ressources dictent le volume de services offerts. Le rapport souligne la nécessité de miser davantage sur la planification intégrée, qui reconnaît l'incidence de la variation des pratiques, des changements de productivité, ainsi que de la diversité et la distribution des compétences, ce qui permet de tenir compte des besoins et de la conception du système dans le cas de la gestion des ressources humaines.

#### **5.4.1 Orientations stratégiques du gouvernement**

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé un plan de renouvellement des soins de santé en deux étapes lors de son premier mandat (1999 à 2003), fondé sur une nouvelle vision des soins de santé axée sur le patient et fondée sur les besoins de la collectivité. Les réalisations du plan de renouvellement des soins de santé du gouvernement auront une influence sur les ressources médicales du Nouveau-Brunswick et seront influencées par ces dernières. Plus précisément, les objectifs principaux que le gouvernement souhaite atteindre à l'aide des ressources disponibles sont les suivants :

- l'amélioration de l'accès en temps opportun aux soins pour tous les Néo-Brunswickois, peu importe l'endroit où ils habitent;
- la mise en œuvre d'un système homogène et intégré de prestation de soins utilisant un système électronique de consignation des dossiers des patients;
- l'établissement d'une infrastructure de ressources solide composée du matériel et des technologies nécessaires, ainsi que des professionnels de la santé possédant les compétences recherchées.

La première étape de ce renouvellement mise sur la stabilisation du système à l'aide d'un plan pluriannuel relativement au financement de la santé et à l'investissement échelonné. Cet investissement comprend l'injection d'environ 15 millions de dollars dans les stratégies afin d'améliorer la capacité de la province à

---

<sup>15</sup> *Planning Human Resources in Health Care: Towards an Economic Approach. An international Comparative Review*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2003.



---

recruter et à conserver ses professionnels de la santé. Le budget de 2003-2004 prévoit une augmentation de 4,4 % du financement d'une année à l'autre.

La deuxième étape du renouvellement des soins de santé mise sur l'amélioration de l'accès aux services. À ce jour, cette étape du plan de renouvellement a permis de traiter l'élargissement de l'étendue des responsabilités des régies régionales de la santé, l'arrivée d'infirmières praticiennes, l'évolution du champ d'exercice des infirmières, l'introduction de la nouvelle loi relative aux langues officielles régissant la prestation des services de santé et les premières étapes vers la mise en œuvre d'un modèle amélioré relatif aux soins de santé primaires au sein de la province, en commençant par la mise en place des centres de santé communautaires. Un nouveau plan provincial complet de soins de santé, conçu afin de fournir un guide pour la mise en place de services de soins de santé complets au Nouveau-Brunswick, est en cours d'élaboration par le gouvernement. Les éléments de ce plan provincial de la santé devront tenir compte de la demande de médecins, ainsi que d'autres fournisseurs de soins de santé.

#### **5.4.1.1 Régies régionales de la santé**

Une nouvelle loi a été présentée en décembre 2001, prévoyant la création de huit nouvelles régies régionales de la santé (RRS) à l'échelle du Nouveau-Brunswick, qui offriront une gamme élargie de services de soins de santé, et ce, bien au-delà des services généralement offerts dans le réseau hospitalier. Du point de vue de la planification des ressources humaines, cette modification apportée à la structure aura une incidence sur les plans d'affaires triennaux que chaque régie régionale de la santé devra élaborer et mettre en œuvre. Ces plans d'affaires établiront les priorités en matière de services de santé au sein des régions respectives, priorités qui devront demeurer conformes aux directives du plan provincial de la santé ainsi qu'à toute itération du Plan directeur des services hospitaliers (1997). Ces plans d'affaires devront comprendre une analyse de l'incidence sur les ressources humaines en santé de toutes les modifications proposées à la prestation des services et cette analyse sera alimentée par les prévisions de l'offre et de la demande à long terme du ministère.

#### **5.4.1.2 Législation relative aux langues officielles**

La nouvelle *Loi sur les langues officielles* est entrée en vigueur le 5 août 2002 au Nouveau-Brunswick. Cette loi aura un impact considérable sur la planification et la gestion des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick. Il incombe à ceux qui offrent des services de soins de santé dans la province de veiller à ce que le public puisse communiquer avec eux et en recevoir les services dans la langue officielle de son choix (article 28 du projet de loi 64). Sous réserve de cette obligation, un hôpital ou un autre établissement de soins de santé peut choisir l'usage d'une seule langue dans ses opérations quotidiennes (article 34 du projet de loi 64). L'aptitude des RRS à respecter leurs obligations en vertu de cette loi sera définie dans les lignes directrices de mise en œuvre.

Dans le cas des services de médecins, la section 6.2.3. indique le profil linguistique actuel des nouveaux médecins du Nouveau-Brunswick.

#### **5.4.1.3 Exercice de la profession en collaboration**

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a exprimé son intention de créer un environnement de travail qui favorise la collaboration et la pratique interdisciplinaire au sein des fournisseurs de soins de santé en

---

vue de maximiser la diversité des ressources et des compétences disponibles. Les démarches concrètes entreprises à cet effet sont les suivantes :

- La mise au point de la stratégie des soins de santé primaires qui fait partie intégrante du nouveau plan provincial des services de santé.
- L'adoption de dispositions législatives, au printemps 2002, reconnaissant l'infirmière praticienne (IP) comme une praticienne réglementée ainsi que les intentions du gouvernement de créer quinze postes d'infirmière praticienne dans le réseau en 2002-2003. Des modifications connexes ont été apportées à d'autres lois pour tenir compte du cadre des fonctions de ce nouveau praticien et pour maximiser l'utilisation des divers fournisseurs de services de soins infirmiers. Le gouvernement et les partenaires élaborent toujours la classification et le déploiement des infirmières praticiennes. On prévoit que cette démarche permettra d'exploiter le plein potentiel du réseau de médecins, notamment celui des omnipraticiens, comme l'expriment clairement les nouvelles approches en matière de soins de santé qui font partie de la stratégie des soins de santé primaires du gouvernement. Il est cependant à noter que la disponibilité d'infirmières praticiennes à l'échelle locale est actuellement réduite en raison du nombre de candidates qui sont, pour la plupart, des étudiantes à temps partiel, ce qui retarde leur arrivée sur le marché du travail.
- La mise sur pied d'un modèle de centre de santé communautaire (CSC) dont le personnel possède des compétences interdisciplinaires débutera à des emplacements désignés à l'échelle de la province à compter de 2003-2004.
- Une nouvelle clinique d'exercice de la profession en collaboration à Fredericton qui dispose d'un personnel composé de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières et de travailleurs de soutien.

La nouvelle clinique d'exercice de la profession en collaboration de Fredericton, qui devait ouvrir ses portes à l'automne 2003, sera dotée d'un personnel pouvant répondre à la demande prévue de 10 000 à 13 000 patients de la région qui, à l'heure actuelle, n'ont pas d'omnipraticien. Cette demande sera satisfaite grâce à un modèle d'équipes interdisciplinaires attribuant environ 1 650 à 1 800 patients à chaque médecin, qui bénéficiera du soutien d'une équipe de soins de santé. Bien que ce modèle diffère du modèle de centre de santé communautaire (CSC), ce rapport semble toutefois comparable à celui des modèles d'équipes interdisciplinaires employés avec succès depuis plusieurs années dans le système de CSC de l'Ontario, dont les médecins traitent, en moyenne, 1 600 patients par année.<sup>16</sup> Ce rapport représente une répartition proportionnelle des demandes de services distincts par type de fournisseur : 32 % de médecins, 43 % d'infirmières praticiennes, 25 % d'autres fournisseurs de soins de santé. Cette répartition a été calculée en fonction des données réelles recueillies relativement à l'utilisation des services de 33 CSC en Ontario en 2000-2001. Ces données sont fournies à titre d'exemple seulement aux fins de planification des ressources humaines du secteur de la santé car l'éventail des services offerts, les rôles de chaque membre des équipes et les modèles de rémunération utilisés auront, de toute évidence, une incidence sur le rapport entre les fournisseurs et les clients, ce qui, par conséquent, aura une incidence sur les milieux de pratique lorsqu'ils seront mis sur pied au Nouveau-Brunswick.

---

<sup>16</sup> Association des centres de santé de l'Ontario, *Community Health Centres-A Cost Effective Solution to Primary Health Care*, avril 2000.

---

Il a été démontré en Ontario que la capacité d'une clinique d'exercice de la profession en collaboration, au sein d'un CSC, peut être accrue lorsqu'une infirmière praticienne se joint à l'équipe interdisciplinaire. En Ontario, on a établi un rapport de trois médecins pour une infirmière praticienne (IP) dans le cas des CSC en milieux urbains, d'un médecin pour trois IP dans les régions éloignées et d'un médecin pour une IP dans les milieux ruraux.<sup>17</sup> Le Nouveau-Brunswick ne compte cependant pas de régions « éloignées » telles que celles que l'on retrouve dans le nord de l'Ontario. La justification de cette variation des rapports entre les milieux urbains et ruraux est la difficulté réelle de combler les postes en milieux ruraux et dans les régions éloignées.

Au fur et à mesure que les modèles d'exercice de la profession en collaboration et de CSC au Nouveau-Brunswick évolueront, le rapport relatif aux membres du personnel exerçant différentes fonctions sera dicté par les besoins en matière de soins de santé, par la complexité des soins recherchés, par l'éventail des compétences au sein de l'équipe de soins de santé, par l'offre de soins sur demande et par l'accessibilité des services de soutien de secours tels que l'accès local à une salle d'urgence. L'influence des ressources humaines du secteur de la santé devra être prise en considération dans la planification.

#### **5.4.2 Politique en matière de main-d'œuvre ayant des répercussions sur l'effectif de médecins disponible**

L'harmonisation des intérêts personnels des médecins, en tant que personnes d'affaires indépendantes, avec les objectifs du système de soins de santé public entraîne de nombreux nouveaux défis. Bon nombre de médecins insistent sur le fait qu'un système ciblant uniquement le marché est efficace pour gérer une offre adéquate de médecins permettant de répondre aux besoins en matière de services des Néo-Brunswickois. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, en tant qu'agent-payeur principal des services de médecins, a adopté une position plus rigide que la plupart des autres gouvernements provinciaux quant à la gestion des ressources médicales. L'infrastructure de gestion des ressources médicales du Nouveau-Brunswick comprend des stratégies multiples permettant de s'assurer que les Néo-Brunswickois profitent d'un accès équitable et uniforme à des soins de santé de qualité. Ces stratégies comprennent les politiques suivantes (présentées selon le type) :

- Politique administrative et de réglementation : Le plan de gestion des ressources médicales, proposé par le gouvernement en 1992, est le résultat d'une étroite collaboration avec la communauté médicale. Sa dernière mise à jour date de 1999 et comporte des objectifs pour l'année 2004.
- Politique en matière d'éducation et de formation : Initiatives ne nécessitant aucun financement supplémentaire :
  - recrutement d'étudiants provenant de communautés rurales au sein des facultés de médecine;
  - allocation de places au sein de facultés de médecine ciblant la médecine en milieu rural;

---

<sup>17</sup> Chandrakant P. Shah, Ph.D. et Brent W. Moloughney, Ph.D., *A Strategic Review of the Community Health Centre Program*. Service de promotion de la santé communautaire, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, mai 2001.

- 
- formation clinique en milieu rural destinée aux étudiants en médecine au premier cycle;
  - promotion et soutien du perfectionnement professionnel en milieu rural pour les médecins en exercice.

Il est possible d'exploiter le plein potentiel de ces initiatives au Nouveau-Brunswick en utilisant des moyens structurés afin d'obtenir une incidence plus importante.

- Politique axée sur le marché : Mise au point de la stratégie *Approche globale au recrutement et au maintien des ressources médicales* dont les points importants sont soulevés dans la section 5.4.4.
- Répartition géographique : Politique visant à corriger la répartition géographique déséquilibrée, qui était généralement le résultat de primes d'encouragement ou de dissuasion. Ces politiques de nature généralement contraignante ont fait l'objet de contestations judiciaires à l'échelle nationale relativement à la violation de la Charte des droits et libertés. De plus, la tendance naturelle des médecins à être attirés vers les centres urbains, pour des raisons personnelles et professionnelles, met continuellement au défi le succès à moyen et à long terme de ces politiques.

Tout en respectant l'environnement concurrentiel actuel et l'évolution des modes d'exercice de la médecine du nouvel effectif, l'efficacité de la gestion des ressources médicales relativement à l'offre et à la répartition de médecins à l'échelle de la province doit être évaluée et comparée aux résultats obtenus dans les autres provinces dont les pratiques de gestion sont moins rigides.

### **5.4.3 Utilisation des ressources**

D'après l'étude rétrospective du Nouveau-Brunswick (janvier 2002), l'utilisation des lits pour soins actifs peut être grandement améliorée par rapport aux autres provinces du Canada qui ont effectué une étude semblable.

Lors de la réunion des premiers ministres du Canada en août 2002, l'accès aux services de soins de santé a été reconnu comme étant la plus grande priorité des Canadiens. Le Nouveau-Brunswick mesure l'accessibilité de deux façons : le nombre de médecins qui offrent des services et leur répartition dans la province.<sup>18</sup> Le nombre, la diversité et la répartition des médecins sont déterminés par le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick selon le plan actuel de gestion des ressources médicales.

Le délai d'attente lié aux tests de diagnostic, aux traitements ou aux interventions constitue une autre mesure de l'accès. Il existe deux éléments à considérer relativement au délai d'attente : le temps d'attente entre la visite chez l'omnipraticien et chez le spécialiste (s'il y a aiguillage) et le temps d'attente entre la visite chez le spécialiste pour une consultation et le moment auquel le patient reçoit l'intervention recommandée. Les listes d'attente sont désormais une réalité au Canada non seulement pour les procédures facultatives, mais également pour les cas urgents. L'AMC a avancé que, partout au Canada, la gestion des listes d'attente doit être améliorée. Le rapport publié par l'ICIS en 2002 sur les soins de santé au Canada souligne que des données comparables relatives aux délais d'attente sont rares en raison des

---

<sup>18</sup> Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2001-2002*.

---

diverses méthodes utilisées partout au pays. Les rapports de la Fraser Institute ont fait l'objet de critiques en raison de leur méthode d'auto-vérification.

Au Nouveau-Brunswick, les listes d'attente pour les interventions chirurgicales (le nombre de personnes en attente d'un service chirurgical précis) font l'objet d'un suivi et deviennent de plus en plus longues. De plus, la durée moyenne du délai d'attente augmente (le délai moyen pendant lequel les personnes doivent attendre avant de recevoir un service). De mars 1998 à mars 2001, la liste d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick a augmenté de plus de 12 %, en tenant compte des variations régionales. Suivant la tendance générale actuelle dans les soins de santé, plusieurs personnes sont maintenant traitées à l'extérieur de l'hôpital, les séjours de plus courte durée sont devenus la norme et la nouvelle technologie réduit le besoin de services aux malades hospitalisés. Par exemple, les chirurgies de jour dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont augmenté de 20 % entre 1996-1997 et 2000-2001, et par conséquent, la durée du séjour (jours) a diminué légèrement (1,3 %) au cours de la même période.

La cause est l'absence actuelle de normes et de protocoles en matière de liste d'attente et de délai d'attente acceptables relativement à diverses procédures qui permettraient de mesurer l'accès approprié et en temps opportun aux soins de santé. Ce problème doit être étudié avec soin afin d'assurer la gestion complète, objective et transparente des listes d'attente et l'égalité d'accès à tous les Néo-Brunswickois, peu importe leur lieu de résidence dans la province ou la langue officielle dans laquelle ils souhaitent obtenir leurs services.

L'incidence des changements aux modes d'utilisation des soins de santé sur les ressources humaines du secteur de la santé est actuellement difficile à évaluer. Certains rajustements des ressources actuelles doivent être effectués selon les besoins des clients en matière de soins. Toutefois, il faut s'orienter vers des modèles d'exercice de la profession en collaboration au Nouveau-Brunswick afin d'assurer un système viable. Le rapprochement des champs d'exercice qui se chevauchent entre les groupes professionnels est une première étape vers la mise en place d'un nouveau modèle d'exercice. Le gouvernement doit assurer un leadership continu et les professions de la santé doivent participer à l'élaboration de ces nouveaux modèles de soins au Nouveau-Brunswick. Certaines modifications ont été apportées à la loi actuelle. D'autres pourraient être requises pour autoriser ou légaliser les changements subséquents au cadre des fonctions entre les groupes de profession et les professions de la santé.

#### **5.4.4 Planification des ressources humaines**

Le Nouveau-Brunswick participe activement au Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines à l'échelon national, et au Comité consultatif sur les ressources humaines en santé des Maritimes à l'échelon régional qui fournit des conseils d'orientation stratégique aux sous-ministres de la Santé et de l'éducation de manière à améliorer l'adéquation et la souplesse de la main-d'œuvre en santé. Ces processus officiels soulignent dans quelle mesure les politiques liées à l'offre et à la demande de médecins sont devenues importantes au sein des gouvernements du Canada, plus précisément en ce qui a trait à la formation, à la réglementation et à la rémunération des médecins.

Plusieurs mesures précises ont été prises par le Nouveau-Brunswick au cours des dernières années, ce qui témoigne de l'engagement du gouvernement à relever les défis relatifs à la planification des ressources humaines en santé dans la province. En matière de ressources médicales, le ministère de Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick a présenté, au mois de novembre pour l'exercice financier 1999-2000,

---

une stratégie de recrutement et de maintien en poste des médecins, intitulée *Approche globale au recrutement et au maintien des ressources médicales*, de 6,8 millions de dollars.<sup>19</sup> Cette stratégie en 12 étapes vise à attirer les nouveaux omnipraticiens et spécialistes dans la province. Les éléments de la stratégie comprennent la désignation d'un conseiller en ressources médicales, l'augmentation du soutien financier offert aux étudiants et aux médecins diplômés à l'étranger, les subventions d'emplacement, l'établissement d'un fonds de médecins suppléants en ligne et autonome, ainsi que le financement de dix places supplémentaires au sein de la faculté de médecine de Memorial University.

#### **5.4.5 Technologie habilitante**

L'innovation technologique est une arme à deux tranchants. Elle promet d'améliorer l'efficacité de la prestation des services de santé actuels, mais menace également d'augmenter les coûts en élargissant les barrières de ce qui est possible et accessible sur le plan technique. Les essais cliniques pratiqués aujourd'hui pourraient devenir la pratique conventionnelle de demain; l'éventail de services ainsi que les attentes du public continueraient de croître. L'élaboration d'un plan stratégique d'investissement dans le développement, la gestion et l'évaluation de la capacité technologique du Nouveau-Brunswick est par conséquent un élément indispensable du plan provincial des services de santé.

Plus précisément, en ce qui concerne la demande de services de médecins dans la province, il est important de tenir compte de l'incidence des technologies sur les ressources humaines du secteur de la santé. Par exemple, une technologie ou un progrès quelconque peuvent exiger plus de services de médecins afin de tirer parti de la technologie si la demande s'accroît, ou encore, ils peuvent réduire la quantité de services de médecins nécessaires si la technologie permet aux médecins de gagner du temps ou de réaliser des économies d'échelle dans leur pratique.

### **5.5 Questions relatives à l'effectif de médecins disponible**

À l'échelle nationale, les médecins constituent le deuxième groupe en importance des professions réglementées de la santé, après les soins infirmiers.<sup>20</sup> Bien que le nombre absolu de médecins soit important pour la compréhension du concept de demande, il n'est qu'un des facteurs tout aussi importants qui caractérisent l'*offre réelle* de médecins. L'offre réelle de médecins désigne le nombre réel et le type de services de médicaux offerts afin de répondre aux besoins en matière de soins de santé (cliniques) des Néo-Brunswickois. Pour connaître l'offre réelle, il est nécessaire d'avoir des données et des renseignements qui brossent un tableau de la façon dont les médecins exercent leur profession. En plus des services cliniques, par exemple, de nombreux médecins assurent des services dans les secteurs de l'administration, de la recherche et de l'éducation. Les médecins peuvent choisir de travailler à temps plein ou à temps partiel durant une partie ou la totalité de leur carrière, en raison d'un choix personnel, de leur âge, de la taille de la communauté dans laquelle ils pratiquent, des demandes cliniques, etc. Les statistiques citées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent, par exemple, qu'à tout moment donné jusqu'à 15 à 20 % des médecins du régime de paiement à l'acte sont « inactifs », donc

---

<sup>19</sup> *Communiqué en ligne*, Communications Nouveau-Brunswick, 26 octobre 2000.

<sup>20</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, 2002.

---

n'offrent pas de services cliniques.<sup>21</sup> Ils peuvent posséder une spécialité formelle de compétence du CRMCC ou du CMQ qui est différente du type de médecine qu'ils pratiquent actuellement en raison de leur emplacement, de la démographie des patients, etc.

Un autre facteur clé touchant l'offre réelle des médecins est l'étendue l'exercice de la profession en collaboration avec d'autres groupes de fournisseurs de soins de santé. Les interdépendances entre les diverses professions de la santé continuent d'évoluer et, dans une certaine mesure, sont influencées par les fluctuations de l'offre et de la demande des groupes professionnels respectifs. Les frontières traditionnelles entourant la portée de l'exercice médical professionnel sont remises en question, et la demande de collaboration avec les autres fournisseurs professionnels de soins de santé devient une question qui revêt une importance extrême pour la viabilité du système de soins de santé. Le rapport récemment publié par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (novembre 2002) souligne les exigences fondamentales des nouveaux modèles de prestation de services qui permettraient d'exploiter le plein potentiel des compétences complémentaires de l'équipe des soins de santé. Le besoin correspondant de changements aux programmes futurs d'éducation et de formation sera nécessaire en vue de modifier les programmes d'études pour réagir au besoin de préparer une nouvelle main-d'œuvre à prodiguer des services à l'intérieur de modèles de soins interdisciplinaires.

Du point de vue de la planification intégrée des ressources humaines du secteur de la santé, trois facteurs sont inextricablement liés : l'offre, la répartition et l'utilisation des professionnels de la santé. Un changement lié à n'importe quelle de ces variables a une incidence directe sur les deux autres. Par contre, l'utilisation peut être considérée comme le plus important facteur de cette triade interdépendante. Il existe un besoin critique de définir les tâches des fournisseurs et la façon dont ils travaillent ensemble dans les rôles complémentaires des diverses composantes de l'ensemble des services avant d'être en mesure de déterminer combien de professionnels sont nécessaires dans chaque catégorie (p. ex. le rôle des IP au sein d'une pratique complémentaire avec les médecins doit être défini dans la stratégie provinciale de soins de santé).

Dans la prévision des besoins en matière de ressources médicales au Nouveau-Brunswick, il est important de reconnaître la nécessité d'avoir un système de soins de santé dynamique et d'en tenir compte afin de pouvoir réagir aux fluctuations de la demande. Un certain degré de flexibilité doit être prévu dans le modèle de planification afin de tenir compte de cette incertitude.

### **5.5.1 Aperçu des équivalents temps plein <sup>22</sup>**

Le modèle en place de gestion des ressources médicales au Nouveau-Brunswick est fondé sur la méthode d'équivalent temps plein (ÉTP) qui est utilisée comme outil de comparaison dans l'ensemble du pays. En principe, l'organisation médicale structurée au Nouveau-Brunswick reconnaît que cette méthode est valable. Par contre, sa mise en œuvre a été jugée très peu satisfaisante par la communauté médicale dans son ensemble. Le principal problème soulevé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Collège des médecins et des chirurgiens est le manque de souplesse dans l'application de la méthode –

---

<sup>21</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins en exercice au Canada : Main-d'œuvre et charge de travail*, 2001.

<sup>22</sup> Association médicale canadienne, mars 2003.

---

objectifs fixes par opposition à des plages qui permettent une certaine flexibilité dans le système et l'incapacité à miser sur la planification et le recrutement de la relève lorsque la rare occasion se présente. Le présent paragraphe donne un aperçu de cette méthode d'une optique nationale.

#### **5.5.1.1 Objectifs**

La méthode de l'ICIS a initialement été élaborée à la fin des années 1980 par un groupe de travail sur les indicateurs de soins de santé sous la direction de la Division de l'information sur la santé de Santé Canada. Le groupe de travail était composé de représentants des gouvernements provinciaux (Nouvelle-Écosse, Ontario et Saskatchewan), d'employés de Santé Canada et de deux conseillers universitaires. Leurs objectifs étaient les suivants :

- Fournir une base uniforme de comparaisons interprovinciales et intraprovinciales.
- Fournir une base uniforme de mesure des changements à l'offre de médecins au fil des ans.
- Cerner les différences entre les charges de travail selon les spécialités.

En 1993, la gestion du rapport et des bases de données à l'appui a été confiée à l'Institut canadien d'information sur la santé, mais les objectifs sont demeurés les mêmes.

#### **5.5.1.2 Méthode de base**

La méthode de base se sert d'un ensemble de points de référence nationaux propres aux spécialités fondés sur la facturation de paiements à l'acte qui ont été rajustés pour tenir compte des différences de tarification entre les provinces. Ces points de référence de l'année de référence sont mis à jour chaque année uniquement pour tenir compte des augmentations de tarifs (et non des changements liés à l'utilisation); ils peuvent donc être utilisés pour mesurer l'évolution de la charge de travail au fil du temps. Le premier ensemble de points de référence a été établi en 1985-1986 et a seulement été mis à jour en 1995-1996.

Une fois les points de référence établis, chaque médecin comptant au moins une facturation à l'acte au cours de l'année se voit attribuer une valeur ÉTP en fonction de son revenu comparativement aux points de référence pour son domaine d'exercice. Si son revenu tombe sous le seuil du 40<sup>e</sup> centile, il se voit attribuer une valeur correspondant à une fraction du point de référence le moins élevé. Si son revenu tombe entre le 40<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> centile, il se voit attribuer une valeur de 1,0; si son revenu dépasse le point de référence du 60<sup>e</sup> centile, son ÉTP est calculé selon la fonction linéaire logarithmique de son revenu au point de référence du 60<sup>e</sup> centile.

Chaque fois qu'un intervalle centile est utilisé pour indiquer un ÉTP de 1,0, on peut soutenir que la valeur des médecins qui se trouvent au sommet de l'intervalle (p. ex. au 59<sup>e</sup> centile) est sous-estimée à 1,0 ÉTP comparativement aux médecins qui se trouvent au bas de l'intervalle (p. ex. au 41<sup>e</sup> centile). Le groupe de travail a aussi procédé à des simulations à l'intérieur d'autres valeurs de points de référence, comme les 30<sup>e</sup> et les 70<sup>e</sup> centiles, mais a constaté très peu de différences dans les résultats globaux.



---

### **5.5.1.3 Fonction linéaire logarithmique**

Le groupe de travail a longuement discuté de la fonction linéaire logarithmique des médecins qui dépassent le point de référence le plus élevé. La fonction linéaire logarithmique dévalue effectivement beaucoup les médecins au sommet de leur échelle de revenu. Par exemple, un médecin qui touche un revenu trois fois plus élevé que le point de référence le plus élevé se verra accorder une valeur ÉTP de 2,1; s'il touche un revenu quatre fois plus élevé que le point de référence le plus élevé, il obtiendra une valeur ÉTP de 2,4. Ce genre de calcul risque de masquer les problèmes d'épuisement professionnel parce qu'il ne représente pas fidèlement la charge de travail dans une communauté. Néanmoins, même sans la fonction linéaire logarithmique, il est possible qu'une proportion élevée de médecins qui dépassent le 60<sup>e</sup> centile (par rapport à une autre province) signalent une surcharge de travail, ce qui peut entraîner un risque de migration vers une province voisine où les médecins peuvent avoir un style de vie plus équilibré.

### **5.5.1.4 Limites des indicateurs ÉTP**

Les dénombrements de ÉTP ne tiennent pas compte des médecins qui ne font aucune facturation de paiements à l'acte durant l'année. Aussi, en raison de problèmes qui empêchent de faire des comparaisons entre les provinces, il n'existe aucun point de référence national pour la radiologie diagnostique ou la médecine de laboratoire. Des points de référence propres aux spécialités sont fondés sur la certification du CRMCC ou du CMFC. Par conséquent, toutes les facturations faites par des spécialistes non certifiés sont classées dans la catégorie médecine familiale.

Compte tenu du nombre de médecins au Québec et en Ontario, les modes de pratique de ces médecins ont une énorme influence sur les points de référence, malgré les rajustements pour les différences de tarification entre les provinces. Toutefois, dans les petites provinces où le volume de spécialités est tout simplement insuffisant, les points de référence assurent une mesure plus homogène à utiliser sur une période de temps.

Étant donné que les ÉTP regroupés constituent une estimation, il ne convient pas de les utiliser dans les niveaux de base de planification dans les cas où il faudrait considérer les modes de pratique personnels des médecins d'une communauté donnée. De plus, un ÉTP (ou un point de référence de revenu moins élevé) ne représente pas nécessairement le revenu type d'un médecin aux fins de planification financière. Aux fins de la planification budgétaire, il ne faudrait pas sous-estimer les niveaux de revenu élevé représentant une grande quantité de services offerts. La méthode des ÉTP indique un niveau de l'offre réelle en médecins, non pas un budget global des médecins.

## **5.5.2 Effectif de médecins**

### **5.5.2.1 Modification des modes de pratique**

#### **Exercice de la profession en collaboration**

Le mode de pratique de tous les médecins change, peu importe le sexe. Les médecins reconnaissent de plus en plus la nécessité d'établir un équilibre entre le travail, la famille et les besoins de la communauté. On remet en question le fait que les médecins aient toujours fait des longues heures de travail. Il en résulte que les contrats de travail des résidents ont été modifiés. Qui plus est, le public commence à mettre en

---

doute la pertinence des soins médicaux prodigués par des médecins qui travaillent un nombre excessif d'heures. Par exemple, en Australie, on a récemment adopté une loi visant à limiter à 16 le nombre d'heures consécutives de travail des médecins.

Dans sa présentation à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, l'Association canadienne des internes et des résidents a souligné l'évolution de l'ensemble des valeurs personnelles et professionnelles du nouvel effectif, qui jouent un rôle important dans les choix de carrière et de rémunération. « Les nouveaux médecins ont tendance à être plus ouverts à d'autres modèles de rémunération et de prestation de soins de santé que la pratique traditionnelle de paiement à l'acte ou en exercice solo. »<sup>23</sup> Le mémoire de l'Association souligne l'ouverture des nouveaux praticiens à changer les modes de prestation des soins de santé et les modes de rémunération des médecins.

Pour appuyer le désir d'établir un équilibre entre les obligations professionnelles et personnelles, il existe une tendance chez les médecins actifs à chercher des occasions d'emploi dans des modèles d'exercice de la profession en collaboration où ils ont des charges de travail plus raisonnables et sont rémunérés autrement que selon le mode de paiement à l'acte. Dans le milieu concurrentiel actuel, la réussite de la régie régionale de la santé de la région 3 à attirer rapidement des nouveaux diplômés en médecine familiale à venir travailler dans la nouvelle clinique d'exercice de la profession en collaboration à Fredericton, où ils reçoivent un salaire, confirme cet intérêt. Toutefois, les modèles d'exercice de la profession en collaboration reposant sur le principe de diversifier les compétences des médecins et des fournisseurs autres que les médecins (comme substituts) ont moins de chance de réussir dans les cas où les médecins sont rémunérés à l'acte, ce qui nuit au flux de revenu potentiel et donne lieu à un incitatif à rebours.

### **Médecin hospitalier**

La relation entre le patient et son médecin a longtemps été considérée comme sacrée par la profession médicale, et le modèle de soins « de la naissance à la mort » a été cité comme une pratique souhaitable, pour le patient. Toutefois le désir des médecins d'atteindre un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle remet en cause ces croyances de longue date. Des nouveaux modèles de prestation de services et de nouveaux rôles, comme celui de médecin hospitalier sont en émergence. Les médecins hospitaliers sont des médecins (médecins de soins primaires dans bien des cas) travaillant en tant que médecin traitant dans les hôpitaux qui acceptent de s'occuper des patients hospitalisés de médecins de soins primaires et rendent les patients à ces médecins à leur congé ou traitent les « patients orphelins » pendant leur hospitalisation.

Le rôle des médecins hospitaliers évolue depuis 1997 au Canada en suivant deux tendances primaires. Premièrement, les médecins ont décidé de mettre l'accent sur les soins aux patients en clinique externe et les soins communautaires afin d'améliorer l'efficacité de leur pratique et leur style de vie. La tarification du paiement à l'acte décourage les omnipraticiens à dispenser des soins en milieu hospitalier, sans compter les problèmes de gestion du temps que le travail en milieu hospitalier crée dans leur pratique privée. Deuxièmement, un nombre croissant de patients se rendent dans les hôpitaux sans avoir d'omnipraticien qui peuvent les hospitaliser, ce qui a entraîné la demande pour un autre modèle de soins.

---

<sup>23</sup> L'Association canadienne des internes et des résidents, *The New Face of Medicine: Sustaining and Enhancing Medicare*, octobre 2001.

---

Selon un article récent du Medical Post, environ 500 médecins hospitaliers travaillent dans plus de 30 programmes au Canada.<sup>24</sup> Cet article indique, qu'à l'heure actuelle, seulement trois des 16 hôpitaux du Canada associés à des facultés de médecine sont dotés d'omnipraticiens qui hospitalisent des patients de soins actifs.

Un avantage du rôle des médecins hospitaliers est la possibilité d'établir des lignes directrices de pratiques exemplaires et de pratique clinique qui reposent sur la médecine fondée sur l'expérience clinique. Un net désavantage lié à ce mouvement est le risque d'isolement professionnel pour le médecin et le maintien des compétences des médecins qui choisissent de ne pas fournir des soins hospitaliers. Ils seront ainsi privés des exigences en matière de formation et des avantages liés aux droits hospitaliers. Une autre préoccupation importante est l'incidence sur l'accès aux soins primaires en raison des changements au nombre net de médecins de soins primaires qui dispensent des soins communautaires dans un cabinet ou dans des centres de santé communautaires. Cette tendance démontre l'importance considérable de comprendre la façon dont les médecins exercent leur profession, et non pas seulement le nombre de médecins dans la planification et la gestion efficaces des ressources médicales.

### **Suppléance**

Il existe également une nouvelle tendance qui est apparue chez les jeunes médecins à choisir d'exercer en tant que médecin suppléant pendant de longues périodes de temps, au lieu d'assumer les frais continus liés à l'établissement d'un cabinet. Les résultats du sondage de l'offre et de la demande des ressources médicales du Nouveau-Brunswick ont démontré que 17 % des répondants font appel à des médecins suppléants pendant leurs congés. Il existe toutefois des variances considérables entre les régions. La tendance des médecins des régions 4, 5 et 6 de faire appel au service de médecins suppléants pendant leurs congés est plus élevée (33 %, 28 % et 27 % respectivement) que celle des régions 2 (9 %) et 3 (11 %). La justification de cette variation ne peut pas être expliquée à partir des données disponibles, par contre elles peuvent indiquer une tendance accrue vers les pratiques de groupe dans les régions 2 et 3, et vers les exercices solo dans les régions 4, 5 et 6.

Un examen des données de l'Assurance-maladie sur la prévalence et la fréquence des pratiques en suppléance indique un accroissement du nombre de jours, dans l'ensemble, attribués à de telles pratiques entre 2000-2001 et 2002-2003, comme le montre le tableau ci-dessous. Au cours de cette période de trois ans, il est important de souligner le changement dans la répartition de médecins suppléants et l'augmentation constante du nombre de jours auxquels des suppléants ont pourvu des postes vacants, comparativement au nombre de jours de remplacement de médecins déjà en exercice. Ce phénomène peut présenter une préférence de pratique où certaines régions régionales de la santé ont indiqué que les médecins suppléants qui pourvoient un poste vacant ont choisi de renouveler leur « contrat » de suppléance au lieu de fonder une pratique. Il peut également indiquer que les postes vacants difficiles à pourvoir sont habituellement pourvus par des médecins suppléants, en l'absence de médecins qualifiés. Cette tendance indique un manque de stabilité dans la prestation du service.

---

<sup>24</sup> Celia Milne, *The Hospitalist Revolution*, The Medical Post, 2002.

**Tableau 3 – Profil de pratique en suppléance 2000 à 2003**

<b>Année</b>	<b>Postes vacants pourvus</b>	<b>Remplacements de médecins</b>	<b>Total</b>
2000-2001	1 396 (28%)	3 503 (72%)	4 899
2001-2002	1 569 (36%)	2 784 (64%)	4 353
2002-2003	2 583 (44%)	3 318 (56%)	5 901
Total	5 548 (37%)	9 605 (63%)	15 153

Comme on pouvait s'y attendre, la moitié des médecins qui ont fait de la suppléance au cours des périodes 2000-2001 et 2002-2003 étaient âgés de moins de 40 ans. Parmi ces 50 %, il existait une tendance croissante à combler des postes vacants plutôt qu'à remplacer des congés (22 % en 2000-2001 et 32 % en 2002-2003).

#### **5.5.2.2 Vieillesse et départ à la retraite des médecins**

Le *Task Force on Physician Supply in Canada*<sup>25</sup>, prévoit une augmentation des départs à la retraite des médecins canadiens au cours des 10 à 15 prochaines années. Cette augmentation s'explique par le plus grand nombre de diplômés à l'étranger et d'étudiants inscrits en études de médecine dans les années 1960 et 1970. Cette cohorte approche maintenant l'âge de la retraite. **L'effet net est qu'à compter de 2008, il y aura un plus grand nombre de médecins partant à la retraite que de diplômés en médecine.**

Le vieillissement de la population est un autre facteur important à prendre en considération. On prévoit que la proportion des médecins âgés de plus de 55 ans, environ 26 % en 1999, passera à environ 43 % d'ici à 2021. Ainsi, non seulement la population vieillit-elle, mais cela est également le cas des médecins fournissant des soins de santé; cette situation a une incidence sur la planification de la taille et de la composition de l'effectif médical requis. Il est en outre démontré que les médecins âgés de 60 ou de 70 ans éprouvent de la difficulté à trouver des collègues disposés à prendre en charge leur clientèle.

#### **5.5.2.3 Féminisation de l'effectif de médecins**<sup>26</sup>

Les femmes représentent une part grandissante de l'effectif de médecins. En 1960, elles représentaient à peine 9 % des étudiants dans les facultés de médecine. Depuis ce temps, la proportion des femmes inscrites en médecine s'est accrue régulièrement : en 1970, elles représentaient 17,8 % des étudiants; en 1980, 36 %; en 1990, 44 %; et depuis 1995, les femmes constituent plus de 50 % des nouveaux étudiants. On prévoit que d'ici à 2015, les femmes formeront plus de 40 % de l'effectif de médecins au Canada, et qu'en 2025 cette proportion aura atteint 45 %. Jusqu'à maintenant, les femmes ont eu tendance à se concentrer en médecine familiale (56 %), en pédiatrie (55 %), en obstétrique et en gynécologie (73 %), et en médecine de laboratoire (60 %). Elles constituent 43 % des stagiaires dans les spécialités médicales et 29 % des stagiaires en chirurgie.

<sup>25</sup> Le groupe de travail du Forum médical canadien, *Task Force on Physician Supply in Canada*, novembre 1999, p. 9.

<sup>26</sup> *Ibid.*, page 11.

---

Les données indiquent que les femmes médecins pratiquent en moyenne moins d'heures que leurs collègues masculins. Les femmes médecins travaillent en moyenne 48,2 heures par semaine alors que chez les hommes cette moyenne est de 55,5 heures par semaine. Les femmes assument souvent la plus grande part des responsabilités liées à l'organisation de la vie de famille et au soin des enfants. Compte tenu de ces faits, le groupe de travail du Forum médical canadien a recommandé, en se fondant sur les résultats d'une recherche canadienne récente<sup>27</sup>, une augmentation de 4 à 5 % du nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine pour tenir compte de l'incidence de la proportion croissante de femmes s'inscrivant dans ces facultés.

Cette recommandation s'appuie sur le fait qu'en raison de la proportion croissante des femmes dans l'effectif de médecins, il convient de ne pas sous-estimer l'incidence de la maternité. Selon un sondage des femmes médecins portant sur les questions relatives à la grossesse au cours de la carrière médicale<sup>28</sup>, environ la moitié des femmes médecins mariées sont devenues enceintes durant la période de leur formation médicale. De plus, environ 10 % des chirurgiennes canadiennes ont interrompu leur formation pendant au moins six mois en raison de responsabilités familiales et 60 % d'entre elles ont éprouvé de la difficulté à reprendre leur formation.<sup>29</sup>

### **5.5.3 Recrutement et maintien en poste**

Le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les communautés du Nouveau-Brunswick sont influencés par une multitude de facteurs, tant personnels que professionnels. Les facteurs personnels comprennent la présence d'une infrastructure sociale, culturelle et scolaire qui attirent le médecin et sa famille, ainsi que des possibilités d'emploi pour le conjoint ou la conjointe, qui n'exerce pas nécessairement la profession de médecin.

Le modèle d'études et de formation du médecin est un facteur clé influençant le lieu où il établira sa pratique à la fin de ses études. La documentation pertinente tend à établir une corrélation entre l'expérience acquise par un médecin dans une région géographique particulière au cours de son cycle d'études ou de formation et la probabilité qu'il s'établira dans la même région au terme de sa résidence. L'absence d'une faculté de médecine au Nouveau-Brunswick est en quelque sorte un désavantage à cet égard, cependant, les futurs médecins ne manquent pas d'occasions de poursuivre leur programme de formation médicale postdoctorale dans une multitude d'établissements de santé partout dans la province. On doit tirer parti de toutes ces occasions, non seulement au niveau postdoctoral, mais également au niveau du premier cycle, afin de favoriser l'établissement de relations au début du programme de formation.

---

<sup>27</sup> Cohen, May, Fourth International Workforce Conference, San Francisco, *Women in Medicine: The Canadian Perspective*, 1999.

<sup>28</sup> S. Sinal, P. Weavil et M.G. Camp, Survey of Women Physicians on Issues Relating to Pregnancy During a Medical Career, *Journal of Medical Education*, 1998, volume 63, p. 531-538.

<sup>29</sup> La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), Pregnancy in Residency, *Journal de la SOGC*, 1995, volume 17, p.157-158.

---

La proposition en temps utile d'offres de contrat aux résidents au cours de leurs dernières années d'études est un autre facteur qui aide le Nouveau-Brunswick à demeurer concurrentiel dans un marché où la demande dépasse largement l'offre actuelle. Cette démarche se combine à des incitatifs financiers et à une infrastructure tenant compte des préférences d'exercice des nouveaux médecins. La collaboration des gouvernements tant à l'échelon provincial que municipal est de plus en plus fréquente lorsqu'il s'agit de financer des programmes d'incitatifs financiers, offerts sous formes de bourses ou de subventions d'emplacement.

Les commentaires formulés par les répondants au sondage révèlent que parmi les facteurs nuisant au recrutement et au maintien en poste au Nouveau-Brunswick figurent l'absence d'une infrastructure de recherche, de même que le manque de temps protégé et de financement s'y rattachant.

L'occasion de travailler à titre de médecin suppléant comporte certains avantages comme outil de recrutement, en permettant aux nouveaux médecins de se familiariser avec les milieux de pratique au Nouveau-Brunswick, dont plusieurs sont situés dans des régions rurales ou peu desservies, et comme facteur de maintien, en allégeant la tâche des médecins formant l'effectif actuel du Nouveau-Brunswick. On observe une nouvelle tendance selon laquelle deux raisons principales poussent les nouveaux médecins à choisir ce type de pratique au début de leur carrière. Il permet aux nouveaux médecins de faire l'essai de différents milieux et domaines de pratique avant de s'établir de manière permanente, tout en leur évitant les frais d'exploitation et les coûts d'immobilisation liés à l'établissement d'un cabinet (se situant au bas mot entre 30 000 \$ et 50 000 \$) au moment où plusieurs d'entre eux sont déjà lourdement endettés à la suite de leurs études.

Étant donné que l'endroit de la formation médicale de l'effectif actuel peut servir d'indicateur aux fins d'un recrutement ciblé, il convient de noter que 78 % de ces médecins sont diplômés de facultés de médecine canadiennes. De ce nombre, environ 40 % sont diplômés de Dalhousie University, 10 % de l'Université de Sherbrooke, 9 % de l'Université de Montréal, 8 % de l'Université Laval et 6 % de la Memorial University. Environ 4 % des médecins sont diplômés de l'Université d'Ottawa. L'autre 23 % des diplômés canadiens sont répartis dans les dix autres facultés de médecine canadiennes. On peut s'attendre à ce que le pourcentage des diplômés de la Memorial University augmente en raison de l'investissement fait récemment par le gouvernement dans des places dans la faculté de médecine de cette université. Parmi les médecins formés à l'étranger, le plus fort pourcentage provient des États-Unis (17 %) suivi de l'Angleterre (14 %), de la France (13 %) et de l'Inde (8 %). Environ 5 % de l'effectif actuel a été formé au Pakistan et le même pourcentage, en Écosse.

#### **5.5.3.1 *Maintien en poste des diplômés des programmes de formation médicale postdoctorale financés par le gouvernement du N.-B.***

Le CAPER recueille les données sur les taux de maintien en place après deux, cinq, et dix ans des diplômés de la formation médicale postdoctorale dont les places en faculté de médecine ont été financées par le Nouveau-Brunswick. De manière générale, 35 % des diplômés financés par le N.-B. exercent toujours leur profession au Nouveau-Brunswick deux ans après la fin de leurs études et 34 % sont encore dans la province après cinq ans et dix ans respectivement. On n'observe aucune variation significative entre les sexes en ce qui a trait aux médecins continuant d'exercer au Nouveau-Brunswick.

Les données du CAPER pour 2003 montrent que deux ans après la fin de leurs études, 30 % des omnipraticiennes (21/69) exercent toujours leur profession au Nouveau-Brunswick comparativement à 23 % de leurs collègues masculins (15/64). Le ministère de la Santé et du Bien-être ne possède pas de

---

données permettant de connaître la proportion des médecins visés par une entente de service compensatoire qui demeurent dans la province à l'expiration d'une telle entente.

Les taux de maintien en poste des spécialistes varient selon les spécialités et selon le sexe. Les données du CAPER pour 2003 montrent que le Nouveau-Brunswick n'a su maintenir en poste aucun médecin dont la place avait été financée dans les spécialités suivantes : hématologie (0/1), néphrologie (0/1), neurologie (0/2), neurochirurgie (0/1), pédiatrie (0/5), et chirurgie plastique (0/1). Cette situation est difficile à cerner et elle doit être suivie de près, avec les stratégies du gouvernement en matière de recrutement et de maintien en poste, afin de permettre la prise de décisions éclairées en ce domaine.

## **5.6 Analyse de l'offre de main-d'œuvre**

La question de planification et de recherche des ressources médicales est continuellement abordée partout au pays. L'offre, la diversité et la répartition des médecins et des autres travailleurs de la santé varient dans les juridictions provinciales respectives. Depuis 1992, un Plan de gestion des ressources médicales sert de modèle pour la gestion des ressources médicales au Nouveau-Brunswick et le plan actuel définit les besoins en matière de ressources médicales jusqu'à l'année 2003-2004 inclusivement. Ce plan évalue les services de médecins couverts par l'assurance-maladie selon une version modifiée de la méthode nationale d'équivalents temps plein (ÉTP) comportant des objectifs fixés par pratique de spécialité et de médecine familiale selon les régions sanitaires de la province. Le paragraphe 5.5.1 contient des détails sur cette méthode. Les besoins linguistiques d'une région donnée et le Plan directeur des services hospitaliers (1997) influent également sur l'atteinte des objectifs d'offre fixés.

Les principaux intervenants ont signalé des contraintes par rapport à la mise en œuvre du Plan de gestion des ressources médicales actuel. La Société médicale du Nouveau-Brunswick considère que la méthode ÉTP est « rigide et imprécise » en ce qui a trait aux besoins actuels et futurs relatifs à l'offre et qu'elle ne reflète pas exactement la façon de pratiquer des médecins. La Société souligne le besoin d'une plus grande souplesse dans l'application de tout outil de planification adopté. L'utilisation de tranches au lieu d'objectifs fixes précis pour certaines spécialités par région a été citée comme exemple d'une telle souplesse qui permettrait de tenir compte des variations au niveau de la façon de pratiquer des médecins. Plus particulièrement, les modes de pratique diffèrent même de ceux d'il y a dix ans; on remarque l'augmentation du pourcentage des femmes dans la profession, le vieillissement des médecins, qui souhaitent réduire leur charge de travail et des nouveaux médecins qui veulent assurer un meilleur équilibre entre leur vie familiale, leur mode de vie et leur vie professionnelle. Ces facteurs peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie professionnelle et à un meilleur taux de maintien en poste général dans la profession et dans la province.

### **5.6.1 Offre de nouveaux praticiens**

Diverses questions doivent être prises en considération lors de la planification de l'offre de nouveaux venus dans la profession médicale.

#### **5.6.1.1 Formation en médecine**

Il y a 16 facultés de médecine dans le réseau d'universités canadiennes qui offrent des programmes d'études médicales en vue de l'obtention d'un diplôme de premier cycle correspondant à un Doctorat en médecine (M.D.) et des programmes de résidence d'études médicales postdoctorales en médecine

familiale ou dans une spécialité ou sous-spécialité. Les programmes de résidence pour les diverses spécialités sont évalués régulièrement par le comité d'agrément du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le Collège des médecins de famille du Canada joue le même rôle pour les médecins qui suivent un programme de résidence en médecine familiale.

### Formation médicales de premier cycle

Les critères d'admission des facultés de médecine canadiennes comportent de deux à quatre années d'études obligatoires au premier cycle. Toutefois, à l'exception du Québec, qui accepte des étudiants ayant terminé deux années d'études pré médicales, la plupart des autres universités exigent quatre années d'études de premier cycle comme critère d'admission. Au Nouveau-Brunswick, ces études préparatoires sont offertes à l'Université du Nouveau-Brunswick et à l'Université de Moncton. En réponse à l'augmentation du nombre d'étudiants qui remplissent les conditions d'admission aux facultés de médecine au Canada, le préalable relatif aux études pré médicales a été remplacé par des programmes d'études de premier cycle de quatre ans ou par un diplôme d'études de premier cycle dont le programme comporte les cours prescrits. L'Université de Moncton au Nouveau-Brunswick est en train de mettre sur pied un programme de quatre ans en vue de l'obtention d'un baccalauréat sous l'égide de sa faculté des sciences de la santé. Cette tendance signifie que les étudiants qui s'inscrivent à une faculté de médecine seront deux ans plus vieux. Toutes les facultés de médecine, à l'exception de celles de la province du Québec et celle de l'Université d'Ottawa en Ontario, exigent que les étudiants aient réussi l'examen MCAT pour être acceptés.

Le Nouveau-Brunswick est l'une de deux provinces canadiennes n'ayant pas de faculté de médecine. Bien que les étudiants du Nouveau-Brunswick soient libres de présenter une demande d'admission à n'importe quelle faculté de médecine du Canada, la province du Nouveau-Brunswick a des ententes de financement avec les facultés de médecine ci-dessous pour les études médicales des étudiants résidents du Nouveau-Brunswick. Ces ententes sont conçues pour permettre aux étudiants du Nouveau-Brunswick de poursuivre leurs études médicales dans la langue officielle de leur choix. Cependant, aucun moyen n'est en place pour assurer des places au programme de formation médicale postdoctorale pour les étudiants du Nouveau-Brunswick dans les spécialités pour lesquelles la province prévoit des pénuries à court et à long terme. Le financement ne s'applique pas à un étudiant, mais plutôt à une université. Le rendement des investissements faits par la province selon cette méthode doit être évalué.

Le tableau suivant indique les universités qui ont une entente avec la province du Nouveau-Brunswick pour le placement d'étudiants.

**Tableau 4 – Universités ayant une entente avec le Nouveau-Brunswick pour le placement d'étudiants**

Université	Nombre de places – septembre 2002
Memorial University (Terre-Neuve)	10
Dalhousie University (Nouvelle-Écosse)	20*
Université Laval (Québec)	2
Université de Montréal (Québec)	3
Université de Sherbrooke (Québec)	20
<b>Nombre total de places</b>	<b>55</b>
<i>*Le nombre d'admissions varie de 18 à 22 chaque année.</i>	



Les données obtenues de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) indiquent que, à compter de 2002, le contingent des 16 facultés de médecine canadiennes pour les programmes de formation médicale postdoctorale passe à 2 065 étudiants. Ce nombre dépasse l'objectif recommandé de 2 000, pour l'année 2000, par le groupe de travail I en matière d'études en médecine. L'AFMC a fait part de son intention d'augmenter le contingent des programmes offerts dans les facultés de médecine canadiennes à 2 500 d'ici à 2007. Depuis 1993-1994, le taux d'acceptation pour les étudiants du Nouveau-Brunswick à ces programmes a été relativement constant représentant, en moyenne, 3,2 % des résidents du Canada ayant reçu au moins une offre d'admission. Au cours de cette même période, le nombre d'étudiants et d'étudiantes du Nouveau-Brunswick ayant reçu une offre d'admission se répartissait, en général, de façon égale. À l'échelle nationale, la tendance indique qu'un plus grand nombre d'étudiantes reçoivent des offres d'admission aux facultés de médecine canadiennes. Quoique les étudiantes représentaient en moyenne 50 % du nombre total des offres actives d'admission entre 1993 et 1998, ce pourcentage est passé à 53 % en 1999-2000, à 56 % en 2000-2001 et à 60 % en 2001-2002. La probabilité d'un groupe composé majoritairement de femmes se joignant à la main-d'œuvre dans les dix prochaines années aura un impact sur la planification des ressources futures.

L'examen des données de l'AFMC révèle que, de façon générale, il y a eu une réduction progressive d'environ 10 % du nombre de diplômés des facultés de médecine au cours des dix dernières années au Canada : les facultés de médecine comptaient 1 446 diplômés en 2002. En réaction aux préoccupations nationales liées à la pénurie des ressources médicales au Canada, on a augmenté le nombre de places dans les facultés de médecine partout au pays au cours des deux dernières années. Le tableau suivant, fondé sur un aperçu des inscriptions réelles de 2002 au programme de premier cycle, présente le nombre prévu de diplômés des facultés de médecine canadiennes au cours des cinq prochaines années.<sup>30</sup> Il est à noter que l'Université de Montréal offre un programme d'études de premier cycle de cinq ans, que la McMaster University et University of Calgary offrent des programmes de trois ans (ce qui explique la légère augmentation en 2005) et que tous les autres programmes sont offerts sur une période de quatre ans.

**Tableau 5 – Finissants (M.D.) des facultés de médecine canadiennes de 2003 à 2007**

<b>Finissants/Année</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007*</b>
Total	1 677	1 777	2 010	1 755	140
Hommes	809 (48%)	814 (46%)	797 (40%)	720 (41%)	41(29%)
Femmes	868 (52%)	963 (54%)	1 213 (60%)	1 035 (59%)	99 (71%)
Total du N.-B.	50	58	65	49	4
% du N.-B.	3%	3,3%	3,2%	2,8%	2,8%

*\* L'Université de Montréal offre un programme d'études de premier cycle de cinq ans.*

Les données fournies par l'AFMC indiquent qu'il y a actuellement 226 étudiants du Nouveau-Brunswick inscrits à des programmes d'études pré-doctorales dans les facultés de médecine canadiennes. La répartition de ces étudiants est présentée dans le tableau ci-dessous.

<sup>30</sup> Association of Canadian Medical Colleges, 2002.

**Tableau 6 – Répartition des étudiants en médecine du N.-B. qui devraient recevoir un diplôme d'une faculté de médecine canadienne dans la période de 2003 à 2007**

<b>Université</b>	<b>Nombre d'étudiants inscrits sur toute la période</b>
Dalhousie University	77 (34%)
Université de Sherbrooke	62 (27%)
Memorial University	31 (14%)
Université d'Ottawa	14 (6,2%)
Université de Montréal	13 (5,7%)
Université Laval	10 (4,4%)
University of Toronto	5 (2,2%)
Queen's University	3 (1,3%)
University of Western Ontario	3 (1,3%)
University of Calgary	2 (< 1%)
McMaster University	2 (< 1%)
University of Saskatchewan	2 (< 1%)
University of Alberta	1 (< 1%)
<b>Total</b>	<b>226</b>

Des entrevues menées avec les coordonnateurs de la formation médicale anglophone et francophone, et avec le président du Comité provincial sur la formation médicale, indiquent que le Nouveau-Brunswick doit développer des relations plus étroites avec les étudiants en médecine au premier cycle. Le fait d'établir une relation directe en début de programme et de soigner cette relation d'aide tout au long du programme d'études médicales pourrait être très rentable en ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste des diplômés à la fin de leur formation. La province, les municipalités et la communauté médicale devront toutes être mises à contribution pour y consacrer le temps et l'argent nécessaires.

### **Formation médicale postdoctorale**

En plus de garantir des places aux diplômés des facultés de médecine canadiennes qui poursuivent la formation habituelle en vue d'obtenir une certification et une autorisation d'exercer, le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale a désigné quatre catégories de postes du niveau postdoctoral, parmi les postes de résidence. Il doit y avoir suffisamment de postes à pourvoir en résidence pour répondre aux besoins suivants :

- médecins diplômés désirant réintégrer la profession, habituellement dans un autre domaine de pratique;
- diplômés à l'étranger qui sont des résidents permanents au Canada et qui n'ont pas obtenu d'autorisation d'exercer la profession au Canada;
- médecins recevant leur formation en vertu d'une entente de service compensatoire dans un domaine et un milieu définis;

- 
- stagiaires de niveau postdoctoral qui exigent une formation plus longue pour acquérir les compétences requises en raison d'un changement de carrière ou d'un besoin de remédiation;
  - places permettant le changement de programme.

Il existe un débat pour ce qui est de savoir s'il existe des ressources suffisantes, dans les programmes de formation médicale postdoctorale, capables de répondre aux besoins des autres catégories de postes de formation. L'Association canadienne des internes et des résidents (CAIR) a indiqué qu'un nombre insuffisant de places est alloué pour répondre aux changements de programme et à la réintégration dans la formation pour les médecins établis qui désirent poursuivre des formations dans les nouveaux domaines de spécialité, particulièrement dans les domaines où la pénurie est réelle.<sup>31</sup> L'Association médicale canadienne et le Forum médical canadien (Task Force I Report, novembre 1999) soutiennent tous les deux qu'il faut un ratio de 120 postes de résidents pour chaque tranche de 100 diplômés des programmes de formation médicale de base pour répondre aux demandes variées relatives à ces postes, par opposition aux 100 postes actuellement financés<sup>32</sup> par la province. Cette augmentation est censée fournir le degré de flexibilité nécessaire pour répondre aux changements des exigences en matière de soins de santé communautaires, accéder aux exigences du client et aux objectifs professionnels et personnels des médecins.

Le Canadian Resident Matching Service (CaRMS) fournit des services de placement pour les étudiants en médecine à la première année des programmes postdoctoraux dans 13 des 16 facultés de médecine canadiennes. L'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke ne participent pas à ce service.

### **Analyse des inscriptions actuelles en formation médicale postdoctorale**

Le nombre actuel de diplômés des facultés de médecine canadiennes inscrits à la formation médicale postdoctorale au Canada a continué de baisser pour atteindre un nouveau record à la baisse de 1 388 diplômés en 2002 soit une diminution de 18,5 % par rapport aux 1 646 diplômés de 1995. Le nombre de médecins déjà actifs, qui réintègrent la formation a légèrement augmenté passant de 165 en 2001 à 176 en 2002. Les données du CAPER (système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique), indiquées dans cette partie du rapport, représentent ces inscriptions en formation médicale postdoctorale dans les 16 facultés de médecine canadiennes.

Au cours de la période 2002-2003, au total, 7 322 étudiants en médecine étaient inscrits au système de formation médicale postdoctorale au Canada. Parmi eux 21 % suivent une résidence en médecine familiale et 78 % en spécialité. Le perfectionnement général représente moins de 1 % de toutes les inscriptions en études médicales postdoctorales. Les données excluent les stagiaires étrangers qui

---

<sup>31</sup> L'Association canadienne des internes et des résidents, *The New Face of Medicine: Sustaining and Enhancing Medicare*, octobre 2001.

<sup>32</sup> All President's Forum, Association médicale canadienne, *From Debate to Action : Message to the First Ministers It's time to Put the Health of Canadians First*, janvier 2003.

---

viennent au Canada pour se former et ayant l'intention de retourner dans leur pays d'origine pour pratiquer.

En reconnaissant que des variations peuvent survenir dans les dates de fin d'études de ces diplômés inscrits dans des programmes de formation médicale postdoctorale, les hypothèses suivantes ont été formulées dans l'analyse des données sur l'offre du CAPER présentées dans le présent paragraphe du rapport.

- Tous les boursiers sont dans leur dernière année d'études, intégrant le marché en 2003.
- On a présumé que le stagiaire suivrait une année d'études en parallèle s'il avait l'occasion de le faire.
- Les stagiaires dont le niveau d'études est supérieur à la durée de formation de spécialité sont considérés comme étant à leur dernière année d'études et intégrant le marché en 2003.

La résidence des omnipraticiens est d'une durée de deux ans; les diplômés peuvent suivre une formation supplémentaire pendant une période de trois mois à un an. Ils peuvent choisir de continuer leur formation dans les domaines de l'anesthésie, de la médecine d'urgence, de l'obstétrique, de la psychiatrie, entre autres, plus particulièrement s'ils désirent exercer leur profession dans une région rurale. Une troisième année d'études est également offerte dans certaines universités laquelle permet aux médecins d'obtenir une compétence particulière en médecine d'urgence, en soins aux personnes âgées ou en soins palliatifs. Une recherche sur les sites Web des diverses facultés de médecine au Canada a démontré qu'un grand nombre de programmes de médecine semblent modifier leur programme d'études afin d'intégrer la médecine en milieu rural comme choix de carrière. Cette initiative positive permettra d'attirer l'attention sur la médecine rurale et pourrait avoir des avantages de recrutement en aval pour les communautés rurales peu desservies.

Actuellement, 96, ou 1,3 %, du nombre total d'étudiants en formation médicale postdoctorale au Canada proviennent du Nouveau-Brunswick, en affiliation avec les six universités suivantes : Dalhousie University (69), Université de Sherbrooke (22), University of Western Ontario (2), University of Toronto (1), University of Alberta (1) et University of British Columbia (1). Les dates prévues de fin d'études des résidents selon leur spécialité figurent au tableau suivant.

**Tableau 7 – Projection du nombre de diplômés du N.-B. des études médicales postdoctorales par année et par programme**

Spécialité/Université	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Anesthésie	2	1	0	3			6 (3 femmes, 3 hommes)
Pathologie anatomique	1	1	1				3 (1 femme, 2 hommes)
Radiologie diagnostique		1	1	1	1		4 (2 femmes, 2 hommes)
Médecine d'urgence				1	1		2 (femmes)
Médecine familiale	19	21					40 (20 femmes, 20 hommes)
Chirurgie générale			1	1	2	2	6 (2 femmes, 4 hommes)
Médecine interne	1	2		1			4 (3 femmes, 1 homme)
-Cardiologie		2					2 (hommes)
-Endocrinologie	1						1 (femme)
-Gastro-entérologie		1					1 (femme)
-Médecine respiratoire		1					1 (homme)
Neurologie		1					1 (femme)
Obstétrique/ Gynécologie	1		1	1			3 (femmes)
Ophthalmologie					1		1 (homme)
Oto-rhino-laryngologie		1	2	1	1		5 (2 femmes, 3 hommes)
Chirurgie orthopédique	1	1	1		1		4 (hommes)
Pédiatrie	1	1	1	1			4 (femmes)
Chirurgie plastique	1		1	2			4 (2 femmes, 2 hommes)
Médecine physique et réadaptation	1						1 (homme)
Psychiatrie		1					1 (femme)
Urologie			1		1		2 (1 femme, 1 homme)
<b>Total</b>							<b>96</b> (48 femmes, 48 hommes)

La répartition des étudiants du Nouveau-Brunswick parmi les internes en médecine familiale et en spécialités révèle que 40 (42 %) des étudiants en formation médicale postdoctorale du Nouveau-Brunswick sont inscrits en internat de médecine familiale et 56 (58 %) en internat de spécialités. Il y a un nombre égal d'hommes et de femmes parmi les résidents du Nouveau-Brunswick inscrits en internat de médecine familiale et en résidences de spécialité. Il existe des différences fondamentales dans la répartition des sexes dans toutes les spécialités. Parmi les internes du sexe féminin poursuivant une spécialité (n = 28), 22 ou 78,5 % sont en spécialités médicales contre 14 ou 50 % des résidents du sexe

---

masculin. Seulement 6 (21 %) des étudiantes se spécialisent en chirurgie par rapport à 12 (42,8 %) des étudiants internes en spécialités. Cette tendance est la même qu'à l'échelle nationale.

Des pourparlers entre la province du Nouveau-Brunswick et l'Université de Sherbrooke ont été engagés pour augmenter le programme de collaboration avec cette faculté de médecine en décentralisant une portion du programme didactique vers le Nouveau-Brunswick où sera aussi offerte une formation clinique.

Conformément au contrat (achat de places) signé avec la Memorial University, non seulement les étudiants du Nouveau-Brunswick reviennent-ils au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation clinique mais ils reçoivent aussi une allocation fixe de voyage à titre de compensation.

#### **5.6.1.2 Structure administrative de la formation médicale au Nouveau-Brunswick**

Le Nouveau-Brunswick est l'une des deux provinces canadiennes ne possédant pas de faculté de médecine. Il existe cependant dans la province une structure en place pour garantir que les résidents du Nouveau-Brunswick puissent avoir accès à une formation médicale. Il existe un Comité provincial de formation médicale dont le mandat est de surveiller les programmes de formation en médecine destinés aux résidents du Nouveau-Brunswick, en plus de deux coordonnateurs de la formation, un pour le secteur anglophone et un pour le secteur francophone. Le coordonnateur anglophone actuel est aussi le vice-doyen en éducation médicale universitaire de la Dalhousie University et de la Memorial University. Le coordonnateur francophone actuel est assistant du vice-doyen de l'Université de Sherbrooke. Ces coordonnateurs sont aussi responsables de surveiller les contrats d'affiliation que passe le Nouveau-Brunswick avec les facultés de médecine du Québec, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve.

Il existe actuellement une base de données provinciale en voie de développement pour enregistrer les étudiants du Nouveau-Brunswick inscrits à des programmes de formation médicale de base et le ministère travaille en vue d'augmenter cette base de données en suivant aussi les étudiants inscrits en études médicales postdoctorales. À l'heure actuelle, le coordonnateur francophone tient à jour une base de données distincte qui suit les étudiants de leur admission jusqu'à l'installation de leur premier cabinet. Les personnes qui dirigent la formation médicale de ce programme s'entendent pour dire qu'il est nécessaire d'avoir une base de données provinciale pour assurer le suivi des étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick depuis leur programme d'admission jusqu'à leur formation en études médicales postdoctorales et jusqu'à leurs dix premières années d'exercice de la médecine.

#### **5.6.1.3 Diversité de spécialités**

La diversité de spécialités du corps médical canadien est un facteur qui a d'importantes répercussions quand on considère la capacité de répondre à la demande.

La décision prise au début des années 1990 visant à remplacer le modèle précédent d'internat par roulement des études médicales postdoctorales par l'option de choisir entre deux courants d'internat (un internat de deux ans en médecine familiale menant à une certification du CMFC ou un internat en spécialité menant à une certification du Collège royal) a eu des répercussions. De nos jours, les diplômés ont moins de possibilités de retarder leurs choix de carrière, d'interrompre leur formation ou d'allonger

---

leur période de formation, et ils doivent attendre de deux à sept ans avant de pouvoir le faire.<sup>33</sup> L'effet de ce changement a entraîné une diminution du nombre de médecins-généralistes dont beaucoup avaient fourni des remplacements à un corps médical déjà mis à rude épreuve, avant de même pouvoir déterminer s'ils vont poursuivre une carrière de spécialiste.

De plus, une tentative de ramener le taux d'omnipraticiens et de spécialistes à 50/50 a eu pour résultat de modifier l'attribution des places de formation médicale post-doctorale. À partir du cycle de formation de 1994-1995, 40 % des diplômés des facultés canadiennes de médecine ont été affectés à la formation d'omnipraticien et 60 % à la formation de spécialiste afin de pouvoir corriger le déséquilibre accusé dans le nombre d'omnipraticiens. Cela a engendré une réduction de 30 % dans les inscriptions en médecine familiale (à l'exception de ceux poursuivant une autre spécialité après la médecine familiale) entre 1998 et 2002.<sup>34</sup> Une étude longitudinale des diplômés de 1994 montre qu'en 2001, parmi les diplômés de facultés de médecine canadiennes qui pratiquaient toujours au Canada, 43 % travaillaient en médecine familiale, et 57 % dans une spécialité.<sup>35</sup>

En moyenne, de 15 à 20 % des nouveaux omnipraticiens diplômés au Canada migrent vers les communautés rurales.<sup>36</sup> La tendance à un groupe plus restreint d'omnipraticiens diplômés a toutefois rendu encore plus difficile le recrutement et le maintien de médecins dans ces communautés et a entraîné des préoccupations en matière de politique de répartition géographique au sein des ministères de la Santé.

#### **5.6.1.4 Coût des études médicales**

Les coûts liés à la formation des médecins praticiens ne cessent d'augmenter. Le pourcentage des frais assumés par les étudiants a augmenté de façon considérable depuis 1997. Depuis 1998-1999, les étudiants en médecine ont constaté une augmentation de 39 % des coûts de leur formation de base, les frais de scolarité moyens étant de 6 654 \$ par année au Canada.<sup>37</sup> Le niveau d'endettement des étudiants/diplômés en médecine a augmenté de façon similaire. Même si la situation n'est pas nécessairement la même dans toutes les provinces, les étudiants de l'Ontario qui se sont inscrits en première année de médecine en 2001 s'attendent à avoir une dette médiane de 80 000 \$ à l'obtention de leur diplôme, comparativement à une dette de 57 000 \$ pour les étudiants qui étaient inscrits en quatrième année de médecine en 2001.<sup>38</sup> Cette

---

<sup>33</sup> Eva Ryten, Dianne Thurber et Linda Buske, *The Class of 1989 and Post-MD Training*, JAMC, 24 mars 1998, volume 6, p. 158.

<sup>34</sup> CAPER, *Annual Census of Post-M.D. Trainees*, 2002-2003, tableau I-7i. p.116.

<sup>35</sup> Dianne Thurber et Linda Buske, *The Class of '94: What has Changed in Post MD Training Since 1989?* AFMC Forum, 2002, volume 35, n° 3.

<sup>36</sup> Barer, Morris L. et Greg L. Stoddart, Centre for Health Services and Policy Resarch UBC, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, juin 1999, p. 4.

<sup>37</sup> *Ibid.*, page 33.

<sup>38</sup> *Ibid.*, page 27.

---

situation est attribuable en grande partie au précédent créé en Ontario en 1998 soit la déréglementation des frais de scolarité universitaires pour les programmes qui mènent à des carrières professionnelles. La déréglementation a entraîné le doublement des frais de scolarité de première année dans la plupart des facultés de médecine en Ontario en 1999-2000, comparativement à ceux de 1997-1998.<sup>39</sup> D'autres universités canadiennes ont mis en place des hausses semblables. Les frais d'admission liés à la formation pré-médicale de premier cycle exigés par plusieurs facultés de médecine aggravent la situation des étudiants en médecine.

L'étendue du fardeau financier a une influence sur les choix de carrière d'un grand nombre d'étudiants en médecine qui choisissent des disciplines et/ou l'endroit où ils exercent leur profession en vue de maximiser leur revenu. La priorité est accordée aux provinces ou aux états qui offrent les meilleures offres financières. Dans le même ordre d'idées, cette situation crée un problème lorsqu'on examine la tendance vers la diminution des subventions gouvernementales accordées aux universités d'une part et l'augmentation des incitatifs financiers qu'offrent de nombreux gouvernements provinciaux en vue de recruter des nouveaux médecins d'autre part, en grande partie accordés pour rembourser les frais d'études ou pour aider à la réduction de la dette après l'obtention du diplôme.

#### **5.6.1.5 Changements de répartition**

Dans un rapport publié par l'ICIS en 2001<sup>40</sup>, on signale qu'un grand nombre de tendances sont ressorties au cours de la décennie de 1989 à 1999 à propos de la répartition des médecins du régime de paiement à l'acte exerçant la médecine clinique, qui représentent le plus grand pourcentage de médecins, entre autres :

- Dans l'ensemble, le nombre de médecins du régime de paiement à l'acte par habitant a diminué de 4,4 % (7,8 % moins de médecins de soins primaires et 1,3 % moins de spécialistes.)
- Un changement dans les trois grandes catégories des soins primaires, des spécialités de chirurgie et des spécialités médicales vers une réduction progressive du nombre de médecins du régime de paiement à l'acte, tant chez les médecins de soins primaires que chez les chirurgiens spécialistes et une augmentation correspondante pour les spécialités médicales. Au cours de cette décennie, le Nouveau-Brunswick a constaté une augmentation soutenue du nombre de médecins de soins primaires et de chirurgiens spécialistes qui dépasse la moyenne nationale. Le Nouveau-Brunswick a aussi constaté une augmentation du nombre de médecins spécialistes semblable à celle des autres provinces.
- Une augmentation progressive du nombre relatif de femmes en médecine. Le pourcentage le plus élevé de femmes médecins est en soins primaires, et le nombre est le moins élevé dans les spécialités de chirurgie.

---

<sup>39</sup> *L'Escalade et la déréglementation des frais de scolarité des programmes de formation pré-doctorale en médecine*. Énoncé de principe de l'Association médicale canadienne, 2002.

<sup>40</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins en exercice au Canada, de 1989-1990 à 1998-1999*, 2001.



- 
- Le vieillissement de l'effectif des médecins. Cette tendance est moins prononcée dans les spécialités de chirurgie que dans les soins primaires ou les spécialités médicales.
  - Le Nouveau-Brunswick, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard comptaient le pourcentage le plus élevé de médecins du régime de paiement à l'acte qui étaient diplômés de facultés de médecine canadiennes. De ce groupe, les femmes représentaient le plus grand pourcentage (80 % comparativement à environ 70 % de leurs collègues masculins).
  - Un léger virage vers une plus forte concentration de médecins exerçant leur profession dans des petites localités par rapport aux régions métropolitaines.
  - Une augmentation du ratio d'activité des médecins dans chacune des trois grandes catégories soit les soins primaires, les spécialités chirurgicales et médicales, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce pour tous les groupes d'âge. Ce phénomène s'explique par une diminution du nombre de médecins par habitant et par une demande accrue de services, surtout pour les spécialités médicales. Il faut signaler qu'à l'échelle nationale, le ratio d'activité des femmes médecins correspond en moyenne à environ 75 % à 80 % de celui de leurs collègues masculins. L'écart entre les sexes est plus élevé pendant les années de plus grande activité.

## 5.7 Questions relatives à la demande de médecins

Les utilisateurs des services de soins de santé sont de plus en plus renseignés sur leur santé et la disponibilité de divers modes de traitement. La génération vieillissante des baby-boomers est plus avertie et plus exigeante dans ses attentes envers le système de soins de santé. Les baby-boomers s'attendent à participer activement aux décisions concernant leur santé et les soins de santé, y compris où et comment ils pourront y avoir accès, et le niveau de service. La société en général a adopté une orientation du service à la clientèle comme un facteur pouvant faire la différence. Les utilisateurs s'attendent à ce que leur système de soins de santé évolue pour passer d'un système axé sur le fournisseur actuel à un système qui met l'accent sur le client et sur les résultats. Ces attentes exerceront des pressions sur la demande de médecins et entraîneront des changements aux modèles actuels de prestation des services. Les utilisateurs devront participer activement à l'établissement d'un système qui répond à leurs besoins tout en étant économiquement viable.

L'accroissement de la demande de services médicaux découle de connaissances plus étendues et de la disponibilité des nouvelles technologies. La recherche et la promotion de la santé contribuent à accroître les besoins de la population en matière de soins de santé. À titre d'exemple, notons qu'en chirurgie orthopédique les remplacements d'articulations de plus en plus courants ont des répercussions sur les listes d'attente. Il existe des pressions similaires en ce qui concerne les pontages coronariens. En outre, l'évolution rapide des connaissances accroît la demande relative aux nouvelles interventions thérapeutiques dans des domaines tels que les maladies neurologiques (accident cérébrovasculaire, démyélinisation, épilepsie et démence), l'insuffisance rénale (dialyse et transplantation), et la cardiologie (angioplastie et utilisation de médicaments d'élimination de caillots). Les meilleurs traitements et résultats dans les domaines de la traumatologie et du cancer ont aussi engendré une demande accrue de médecins et d'autres ressources de soins de santé.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Le groupe de travail du Forum médical canadien, *Task Force on Physician Supply in Canada*, 1999, p. 8.

---

De plus, au cours de la période de prévision des dix prochaines années, on prévoit que le gouvernement accordera une priorité de plus en plus grande à la prévention des soins de santé au Nouveau-Brunswick. À ce titre, le dépistage des maladies et les demandes inhérentes sur le système de santé devront être pris en compte. Les programmes d'éducation publique portant sur le dépistage préventif pour les troubles de santé tels que le cholestérol, le cancer, etc. rendront les gens plus avertis, ce qui fera augmenter la demande pour les ressources du système de soins de santé.

À long terme, on pourrait prévoir une réduction du fardeau de la maladie en ayant de plus en plus recours aux soins préventifs. Une population en meilleure santé réduirait la demande des soins primaires et des soins actifs.

---

## 6. ANALYSE ET PRÉVISION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE MÉDECINS AU NOUVEAU-BRUNSWICK

---

### 6.1 Introduction

L'analyse du nombre actuel de médecins au Nouveau-Brunswick est générale et compte des variantes multiples, parce qu'elle analyse toutes les combinaisons pertinentes de variables (à l'aide des données disponibles) relatives à l'offre et à la demande de médecins. L'analyse est basée sur les données recueillies de diverses sources selon l'ensemble de données minimales énoncé par ce projet figurant à l'annexe B.

L'analyse de la demande de médecins se fonde sur l'utilisation actuelle des services médicaux, et une autre analyse visant à déterminer si l'utilisation actuelle est un reflet exact de la demande et des besoins des Néo-Brunswickois. L'utilisation actuelle des services médicaux est basée sur les données de l'Assurance-maladie et des Services hospitaliers pour représenter de façon exacte ou approximative l'utilisation totale des services médicaux au Nouveau-Brunswick, tant en milieu hospitalier qu'à l'extérieur.

### 6.2 Effectif de médecins au Nouveau-Brunswick – situation globale

#### 6.2.1 Aperçu général de la base de données des médecins

La base de données des médecins (ci-après appelée base de données) compte 1 239 médecins. La base de données est composée de 1 234 médecins actifs qui exercent actuellement la profession dans la province ainsi que de cinq médecins qui ont mentionné dans leur sondage qu'ils étaient inactifs, mais qu'ils avaient l'intention de reprendre l'exercice de leur profession dans un proche avenir. Ce nombre englobe aussi 25 médecins qui exercent leur profession dans la province, mais habitent à l'extérieur de la province. On considère donc que l'ensemble de la base de données comporte des praticiens actifs.

Les analyses des pages suivantes seront principalement fondées sur ces 1 239 médecins qui forment l'effectif médical du Nouveau-Brunswick. L'effectif médical actuel (effectif de base) correspond à un ratio de médecin par rapport à la population de **1,6 médecin par 1 000 habitants** au Nouveau-Brunswick. Le Rapport Barer-Stoddart de 1991 a recommandé que le Canada conserve un ratio de **1,8 à 1,9 médecin par 1 000 habitants** pour maintenir un système de prestation des soins de santé adéquat, et le Groupe de travail du Forum médical canadien sur les effectifs médicaux au Canada approuve cette recommandation. Cet indicateur de prestation des services n'est cependant pas assez complet, en ce sens qu'il ne tient pas compte de la façon dont les médecins exercent leur profession. La méthode utilisée dans la présente étude pour le compte du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick est plus complète en ce sens qu'elle incorpore les modes de pratique des médecins et reconnaît à quel point les différences entre les pratiques ont une incidence sur l'offre réelle de médecins.

#### 6.2.2 Sexe et âge des médecins au Nouveau-Brunswick

Sur les 1 239 médecins actifs, 881 (71 %) sont des hommes et 358 (29 %) sont des femmes. Selon les grands groupes de pratique, le groupe le plus important est la médecine familiale, qui compte 228 femmes médecins (37 %) sur un total de 612 praticiens. Des 627 médecins spécialistes, la majorité soit 497 (79 %) sont des hommes et 130 (21 %) sont des femmes. Dans les spécialités médicales (un sous-ensemble des

---

médecins spécialistes), on retrouve 112 femmes (26 %) sur un total de 431 médecins alors que dans le groupe de chirurgie, on dénombre 19 femmes (9 %) sur un total de 210 médecins. Ces données permettent d'illustrer la répartition relative des femmes dans l'effectif actuel des médecins.

Dans les spécialités, la gériatrie compte le plus grand pourcentage de femmes, avec cinq femmes sur six médecins (83 %), suivie de la microbiologie médicale, qui compte trois femmes sur cinq médecins (60 %), la radiothérapie, qui compte cinq femmes sur neuf médecins (56 %) et la dermatologie, qui compte quatre femmes sur huit médecins (50 %).

Les spécialités comptant la plus grande proportion de femmes doivent faire face à des problèmes supplémentaires liés à la planification des ressources humaines, dans la mesure où les femmes de moins de 40 ans sont en âge d'avoir des enfants et quittent ainsi la vie active de façon temporaire pour avoir des enfants. Il faut donc tenir compte de cette réalité et planifier en conséquence. De plus, il est important de tenir compte de la tendance générale chez les femmes de carrière d'aujourd'hui d'avoir des enfants après l'âge de 40 ans.

Pour l'effectif de médecins du Nouveau-Brunswick, les points susmentionnés sont importants dans la mesure où environ 20 % (251) de l'effectif de médecins total de la province est composé de femmes de moins de 45 ans (15 % ont moins de 40 ans) et où 70 % du nombre total de femmes médecins (358) ont moins de 45 ans (51 % ont moins de 40 ans).

Les répercussions de ces considérations démographiques sur la planification des effectifs deviennent encore plus évidentes d'après les réponses données à la question du sondage des médecins à savoir combien de temps avait été pris au cours des deux dernières années comme congé de maternité ou pour des raisons familiales. Cinquante-huit pour cent de toutes les femmes médecins de moins de 40 ans dans la base de données (n = 105) ont répondu à la question. Soixante et onze pour cent d'entre elles n'ont pris aucun de ces types de congé au cours des deux dernières années. Sur les femmes qui ont pris congé, 10 % ont déclaré avoir pris de un à trois mois de congé à cette fin, et 15 % ont pris entre quatre et six mois de congé. Dix pour cent des hommes médecins répondants, âgés de 40 ans ou moins, ont aussi signalé avoir pris moins d'un mois de congé pour des raisons familiales.

### **6.2.3 Profil linguistique**

Cette analyse se fonde sur les résultats du sondage des médecins, dans lequel on leur a demandé d'indiquer leurs compétences linguistiques perçues : anglais seulement, français seulement ou en anglais et en français (à l'oral et à l'écrit). Les médecins qui ont indiqué avoir des « compétences égales en français et en anglais » ont été classés comme étant bilingues aux fins d'analyse.

Les résultats suivants (tableau – Langue par spécialité) sont fondés sur les réponses au sondage de tous les médecins : omnipraticiens et spécialistes, ce qui représente 56 % des médecins de la province.

**Tableau 8 – Langue par spécialité**

<b>Compte % colonne % rangée</b>	<b>Bilingue</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Total</b>
<b>Médecine familiale</b>	96 54,6 28,4	215 44,0 63,6	27 79,4 8,0	338
<b>Médecine interne</b>	13 7,4 21,3	48 9,8 78,7	0 0,0 0,0	61
<b>Spécialités de médecine de laboratoire</b>	4 2,3 18,2	17 3,5 77,3	1 3,0 4,5	22
<b>Spécialités médicales</b>	35 20,0 21,7	122 25,0 75,8	4 11,8 2,5	161
<b>Spécialités de chirurgie</b>	28 15,9 23,9	87 17,8 74,3	2 5,9 1,7	117
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>489</b>	<b>34</b>	<b>699</b>

Selon les résultats du sondage, le quart des médecins se considèrent comme étant bilingues; 70 % sont unilingues anglais et 5 %, unilingues français. Ces résultats sont importants sur le plan statistique au niveau des 95 %.

Les omnipraticiens sont généralement plus portés que la moyenne à se considérer comme bilingues; 28,4 % des répondants de cette catégorie étaient classés bilingues en fonction de leurs réponses.

Les spécialistes en médecine interne sont plus susceptibles que les autres médecins de maîtriser uniquement l'anglais (78,7 %). Ce groupe comptait la plus forte proportion de médecins unilingues anglophones parmi les cinq principales catégories de médecins.

Les spécialistes de médecine de laboratoire sont les moins susceptibles d'être bilingues; 18,2 % de ces médecins se considèrent comme bilingues.

Fait intéressant, les médecins au Nouveau-Brunswick ont signalé 48 langues maternelles; où 43 de ces langues comptent moins de cinq médecins qui parlent chacune de ces langues. L'anglais est la langue maternelle la plus courante chez les médecins (59,8 %), suivie par le français (26,3 %). Ces deux langues représentent 86,1 % de toutes les langues maternelles. L'urdu est la troisième langue maternelle en importance (1,4 %), suivie par l'arabe (1,2 %).

Une analyse poussée mettant en corrélation la langue maternelle avec la compétence linguistique clarifie davantage la question, comme l'illustre le tableau et l'explication qui suivent.

**Tableau 9 – Analyse des compétences linguistiques par langue maternelle**

<b>Compte % colonne</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Bilingue</b>	<b>Total % colonne</b>
<b>Anglais</b>	399 81,9	0 0	18 10,2	417 59,8
<b>Français</b>	3 0,6	31 91,2	149 84,7	183 26,3
<b>Anglais et français</b>	2 0,4	0 0	1 0,6	3 0,4
<b>Autres</b>	83 17,0	3 8,8	8 4,5	94 13,5
<b>Total</b>	487	34	176	697
<b>% rangée</b>	69,9	4,9	25,2	100

Le tableau ci-dessus montre le lien entre la langue maternelle des médecins (rangées) et leurs compétences linguistiques (colonnes). Les compétences linguistiques sont une variable dérivée calculée en fonction de l'autoévaluation des compétences linguistiques à l'écrit et à l'oral des médecins ayant répondu au sondage. Les répartitions en pourcentage du tableau indiquent la langue maternelle des médecins anglophones, francophones et bilingues.

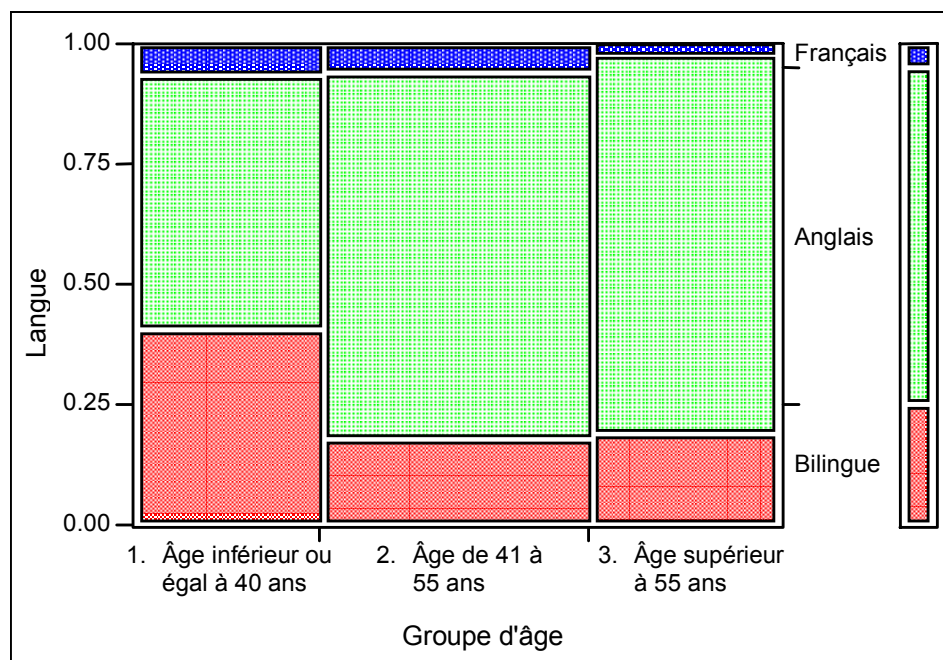
Une analyse du tableau ci-dessus montre que la plupart des médecins anglophones de la province (81,9 %) ont l'anglais comme langue maternelle et parlent uniquement l'anglais. Environ 4 % des médecins (18) ayant l'anglais comme langue maternelle sont bilingues.

Plus de neuf médecins sur 10 (91 %) des 34 médecins qui parlent le français ont le français comme langue maternelle. Le 9 % des médecins qui reste qui parlent français ont une autre langue maternelle.

Environ 85 % des médecins bilingues dans la province sont de langue maternelle française; 10 % des médecins bilingues sont de langue maternelle anglaise.

Les deux tableaux suivants permettent aussi d'établir une relation statistiquement importante entre les compétences linguistiques des médecins et leur groupe d'âge, pour les deux langues officielles de la province.

**Tableau 10 – Compétences linguistiques par groupe d'âge**



**Tableau 11 – Compétences linguistiques par groupe d'âge**

Compte Total % colonne % rangée	Bilingue	Anglais	Français	
Âge inférieur ou égal à 40 ans	84	108	13	205
	12,0	15,5	1,9	29,3
	47,7	22,1	38,2	
	41,0	52,7	6,3	
Âge de 41 à 55 ans	54	224	17	295
	7,7	32,1	2,4	4,2
	30,7	45,8	50,0	
	18,3	75,9	5,8	
Âge supérieur à 55 ans	38	157	4	199
	5,4	22,5	0,6	28,5
	21,6	32,1	11,8	
	19,1	78,9	2,0	
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>489</b>	<b>34</b>	<b>699</b>
<b>% rangée</b>	<b>25,2</b>	<b>70</b>	<b>4,8</b>	

Environ 41 % des médecins de 40 ans ou moins sont bilingues, comparativement à 18 % des médecins de 41 à 55 ans, et à 19 % des médecins de plus de 55 ans; le niveau moyen de bilinguisme est de 25,2 % pour tous les médecins.

Les résultats du sondage indiquent que 88,2 % des 34 médecins qui se déclarent unilingues français ont 55 ans ou moins; 38,24 % de ces médecins sont âgés de 40 ans ou moins.

Les résultats de ces analyses montrent une relation inverse entre l'âge et le niveau de bilinguisme. Cette nouvelle réalité est un facteur positif qui facilitera le recrutement futur d'un effectif bilingue. Un facteur qui risque d'atténuer cette situation est la mesure dans laquelle la province de Québec devient plus concurrentielle en ouvrant ses portes aux médecins de l'extérieur de la province pour remédier à une pénurie croissante d'effectifs dans cette province.

#### 6.2.4 Régions sanitaires

La base de données classe les médecins en groupes en fonction des sept régions sanitaires de la province, et des médecins habitant à l'extérieur de la province (désigné comme région 9 dans les tableaux de données). Dans certains cas, la région 1 pourrait être délimitée davantage, mais avec difficulté, étant donné qu'une proportion élevée de médecins exercent leur profession dans la région 1 Sud-Est (SE) et la région 1 Beauséjour (B). Par conséquent, l'analyse se concentre surtout sur la région 1 dans son ensemble, et, là où c'est possible, l'analyse examinera les régions 1SE et 1B séparément.

Le tableau suivant présente le nombre de médecins qui travaillent dans chaque région sanitaire et le pourcentage du nombre total de médecins de la province que ce nombre représente.

**Tableau 12 – Médecins en exercice dans chaque région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
346 (28%)	305 (25%)	238 (19%)	84 (7%)	59 (5%)	123 (10%)	59 (5%)	25 (2%)	<b>1 239</b> (100%)
* EP = extérieur de la province								

Cette répartition est conforme à la répartition de la population du Nouveau-Brunswick signalée par Statistique Canada (recensement de 2001), où, par exemple 71 % des Néo-Brunswickois vivent dans les régions 1, 2 et 3.

La région 1 est divisée en deux soit Sud-Est et Beauséjour. La base de données compte un total de 346 médecins exerçant dans la région 1, la répartition est comme suit :

- Région 1 Beauséjour – 147 médecins
- Région 1 Sud-Est – 182 médecins
- Région 1 sans répartition – 17 médecins, tous psychiatres

En plus de la répartition par région sanitaire, l'affiliation hospitalière est aussi consignée, laquelle ne correspond pas nécessairement à la répartition par région. À l'heure actuelle, 152 médecins sont affiliés à l'hôpital D<sup>r</sup> Georges-L. Dumont, 192 médecins sont affiliés au Moncton Hospital (région 1 Sud-Est). L'affiliation hospitalière de deux médecins était inconnue.

#### 6.2.5 Aperçu de l'analyse des équivalents temps plein (ÉTP)

L'analyse des équivalents temps plein (ÉTP) se fonde sur la plus récente année complète de données de facturation de l'Assurance-maladie (2002), exprimées en ÉTP dans la base de données de l'Assurance-maladie. Sur les 1 239 ÉTP compris dans la base de données (aperçu en mars 2003), des données sur les ÉTP sont disponibles pour 1 223 (98 %) d'entre eux et l'analyse suivante est fondée sur ce groupe.



**Tableau 13 – Répartition des ÉTP**

<b>Échelle des ÉTP</b>	<b>&lt;=0,25</b>	<b>0,25-0,50</b>	<b>0,51-0,75</b>	<b>0,76-0,99</b>	<b>1,00</b>	<b>1,01-1,25</b>	<b>1,26-1,50</b>	<b>&gt;1,50</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FEMMES</b> <i>(% rangée)</i> <i>(% colonne)</i>	29 <i>(8,2%)</i> <i>(34%)</i>	34 <i>(9,6%)</i> <i>(49%)</i>	55 <i>(15,5%)</i> <i>(42%)</i>	79 <i>(22,3%)</i> <i>(40%)</i>	42 <i>(11,8%)</i> <i>(28%)</i>	75 <i>(21%)</i> <i>(24%)</i>	31 <i>(8,8%)</i> <i>(16%)</i>	9 <i>(2,5%)</i> <i>(7%)</i>	<b>354</b>
<b>HOMMES</b> <i>(% rangée)</i> <i>(% colonne)</i>	57 <i>(6,5%)</i> <i>(66%)</i>	35 <i>(4%)</i> <i>(51%)</i>	74 <i>(8,5%)</i> <i>(58%)</i>	119 <i>(13,7%)</i> <i>(60%)</i>	106 <i>(12%)</i> <i>(72%)</i>	234 <i>(27%)</i> <i>(76%)</i>	162 <i>(18,6%)</i> <i>(84%)</i>	82 <i>(9,4%)</i> <i>(93%)</i>	<b>869</b>
<b>TOTAL DES MÉDECINS</b> <i>(% rangée)</i>	<b>86</b> <i>(7%)</i>	<b>69</b> <i>(6%)</i>	<b>129</b> <i>(11%)</i>	<b>198</b> <i>(16%)</i>	<b>148</b> <i>(12%)</i>	<b>309</b> <i>(25%)</i>	<b>193</b> <i>(16%)</i>	<b>91</b> <i>(7%)</i>	<b>1 223</b>

Comme le montre le tableau ci-dessus, la plupart des médecins (60 %) travaillent 1,0 ÉTP ou plus; une plus grande partie du nombre total d'hommes médecins (67 %) travaillent à ce niveau que les femmes médecins (44 %). Trente-deux pour cent (32 %) des femmes médecins sur le marché du travail travaillent plus de 1,0 ÉTP; comparativement à 55 % des hommes médecins. En pourcentage, un nombre nettement plus élevé d'hommes médecins travaillent plus de 1,5 ÉTP.

### **6.2.6 Stabilité de l'effectif de médecins au Nouveau-Brunswick – Analyse des données historiques**

Selon les rapports de l'Assurance-maladie de 1989 à 2003 sur les déplacements des médecins, présentés au tableau à la page suivante, le Nouveau-Brunswick a connu un gain net de 272 médecins au cours de la période de 14 ans, ce qui représente un gain net moyen de 19 médecins par année durant cette période.

Aux fins de comparaisons, au cours des dix dernières années, les rapports de déplacement indiquent que le Nouveau-Brunswick a connu un gain net de 163 médecins, ce qui va à l'encontre des chiffres signalés dans le Net Interprovincial Migration of Physicians Report (rapport sur la migration interprovinciale nette des médecins) publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ce rapport de l'ICIS montre qu'au cours des dix dernières années, le Nouveau-Brunswick a connu un gain net de 40 médecins, par rapport à un gain net de 30 médecins à l'Île-du-Prince-Édouard, une perte nette de 42 médecins en Nouvelle-Écosse; et une perte nette de près de 400 médecins à Terre-Neuve. Cette contradiction s'explique en partie par le fait que les données de l'Assurance-maladie portent sur les « déplacements » de médecins, comparativement aux données de l'ICIS, qui consignent la « migration » de médecins. Les déplacements de médecins (à l'intérieur et à l'extérieur de la province) comptent un plus grand nombre de raisons pour lesquelles les médecins mettent fin à leur pratique au Nouveau-Brunswick que les statistiques de l'ICIS sur la migration, entre autres la retraite, le décès, le retour aux études, la migration, l'immigration et l'émigration, la perte du droit d'exercer sa profession, et raison inconnue. Il est donc important de souligner que les variations sont causées par une différence dans les méthodes de repérage et de consignation des données. La comparaison ci-dessus fait ressortir le dilemme auquel les planificateurs sont confrontés lorsqu'ils tentent de brosser le véritable tableau de la situation.

Cette analyse des données historiques est pertinente par rapport aux résultats indiqués dans le paragraphe 6.0 du présent rapport, qui signalent que la demande future de médecins va dépasser les gains nets historiques tant pour les omnipraticiens que les spécialistes.

**Tableau 14 – Déplacement des médecins du Nouveau-Brunswick**

**DÉPLACEMENT DES MÉDECINS DU NOUVEAU-BRUNSWICK  
1989-1990 JUSQU'À 2002-2003**

<b>1989-1990</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	13	40	27
Spécialistes	24	25	1
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>65</b>	<b>28</b>
Décès	4	É.-U.	3
Retraite	5	Autres	1
Canada	18	Inconnu	6

<b>1990-1991</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	19	44	25
Spécialistes	15	24	9
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>68</b>	<b>34</b>
Décès	2	É.-U.	1
Retraite	2	Autres	1
Canada	25	Inconnu	3

<b>1991-1992</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	23	42	19
Spécialistes	18	36	18
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>78</b>	<b>37</b>
Décès	2	É.-U.	2
Retraite	2	Autres	2
Canada	28	Inconnu	5

<b>1992-1993</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	27	37	10
Spécialistes	14	14	0
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>51</b>	<b>10</b>
Décès	1	É.-U.	5
Retraite	2	Autres	2
Canada	15	Inconnu	16

<b>1993-1994</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	17	27	10
Spécialistes	14	20	6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>47</b>	<b>16</b>
Décès	1	É.-U.	1
Retraite	6	Autres	0
Canada	13	Inconnu	10

<b>1994-1995</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	28	33	5
Spécialistes	21	35	14
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>68</b>	<b>19</b>
Décès	1	É.-U.	5
Retraite	13	Autres	1
Canada	8	Inconnu	21

<b>1995-1996</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	32	27	-5
Spécialistes	44	50	6
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>77</b>	<b>1</b>
Décès	4	É.-U.	10
Retraite	17	Autres	11
Canada	22	Inconnu	12

<b>1996-1997</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	18	15	-3
Spécialistes	27	38	11
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>53</b>	<b>8</b>
Décès	2	É.-U.	5
Retraite	9	Autres	10
Canada	8	Inconnu	11

<b>1997-1998</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	14	25	11
Spécialistes	27	32	5
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>57</b>	<b>16</b>
Décès	1	É.-U.	3
Retraite	13	Autres	7
Canada	12	Inconnu	5

<b>1998-1999</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	18	28	10
Spécialistes	33	40	7
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>68</b>	<b>17</b>
Décès	2	É.-U.	5
Retraite	18	Autres	10
Canada	15	Inconnu	1

<b>1999-2000</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	16	31	15
Spécialistes	44	42	-2
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>73</b>	<b>13</b>
Décès	2	É.-U.	4
Retraite	18	Autres	3
Canada	31	Inconnu	2

<b>2000-2001</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	24	31	7
Spécialistes	40	56	16
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>87</b>	<b>23</b>
Décès	2	É.-U.	1
Retraite	11	Autres	13
Canada	33	Inconnu	4

<b>2001-2002</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	21	37	16
Spécialistes	45	56	11
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>93</b>	<b>27</b>
Décès	1	É.-U.	8
Retraite	15	Autres	14
Canada	25	Inconnu	3

<b>2002-2003</b>	<b>Nombre de départs</b>	<b>Nombre d'arrivées</b>	<b>Total net</b>
Omnipraticiens	21	33	12
Spécialistes	36	47	11
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>80</b>	<b>23</b>
Décès	2	É.-U.	7
Retraite	10	Autres	15
Canada	21	Inconnu	1

---

## **6.3 Médecine générale et médecine familiale (omnipraticiens) – situation actuelle et aperçu de la situation future**

### **6.3.1 Formation des omnipraticiens**

Dans toute cette partie du rapport, les termes « médecins de famille » et « omnipraticiens » sont synonymes.

Les médecins de famille sont des praticiens qui ont terminé leur résidence dans un programme de médecine familiale agréé par le Collège des médecins de famille du Canada. Il convient de souligner que les omnipraticiens peuvent offrir un large éventail de services spécialisés compte tenu d'une combinaison de facteurs incluant la nature de leurs compétences, l'emplacement géographique ou le milieu de travail.

La médecine familiale exige un minimum de 24 mois de résidence en médecine familiale, dans un programme agréé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Toutes les 16 facultés de médecine à l'échelle du pays offrent des programmes de résidence dans ce domaine, dont un grand nombre sont répartis dans des programmes de médecine familiale offerts dans des localités avec lesquelles la faculté de médecine a conclu des ententes. De plus, un certain nombre de programmes favorisent la médecine en milieu rural et il semble y avoir un effort en ce sens dans tout le réseau. Toutes les facultés de médecine offrent également une troisième année de formation. Il s'agit des programmes agréés par le CMFC, notamment les services d'urgence, les soins aux personnes âgées et les soins palliatifs. Une formation spécialisée est également offerte dans un certain nombre de secteurs-cibles, notamment l'anesthésie, l'obstétrique, la psychiatrie et la médecine sportive. Le nombre de postes n'est pas préétabli dans une année donnée, puisque ces postes dépendent de l'intérêt des médecins et des fonds disponibles.

Le Nouveau-Brunswick est surtout une province rurale et les demandes relatives à la médecine familiale en milieu rural diffèrent souvent de la médecine en milieu urbain. Le recrutement et le maintien en poste des médecins en général, et des omnipraticiens en particulier, pour répondre aux besoins des communautés rurales au Nouveau-Brunswick constituent un défi permanent. La mesure selon laquelle le programme de formation médicale favorise l'expérience de l'exercice de la médecine en milieu rural peut influencer le choix d'exercer plus tard la médecine en région.

Le groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada sur la formation postdoctorale relative à la médecine familiale en milieu rural (1999) a recommandé que les expériences de base en milieu hospitalier et au niveau des études postdoctorales en milieu rural fassent partie intégrante de tous les programmes de résidence de deux ans en médecine familiale au Canada en plus du choix de poursuivre des études relatives à la pratique en milieu rural. Dans sa présentation à la Commission Romanow (2001), la Société de la médecine rurale du Canada a cité des recherches qui prouvent que l'expérience de la médecine en milieu rural au cours des études et le fait d'être originaire d'un milieu rural sont des facteurs déterminants qui influent sur le choix du nouveau médecin de s'installer en milieu rural. Des résultats semblables mentionnés dans les recherches portant sur les indicateurs prévisionnels de la pratique en milieu rural ont permis de déterminer que les médecins qui ont grandi dans des communautés rurales sont deux fois plus susceptibles que ceux provenant des communautés non rurales de choisir et de

---

maintenir un cabinet en région.<sup>42</sup> Une réforme nationale des programmes de formation médicale est présentée comme partie intégrante d'une stratégie nationale de santé rurale.

Cependant, les occasions offertes aux étudiants néo-brunswickois de recevoir leur formation clinique au Nouveau-Brunswick, dans le cadre des programmes énumérés dans le tableau des universités ayant conclu des ententes relativement au placement des étudiants du Nouveau-Brunswick, varient grandement tant pour les stages en milieu hospitalier que pour les programmes de résidence des études médicales postdoctorales.

Proportionnellement, les résidents en médecine familiale ont habituellement représenté environ 40 % du nombre de médecins qui terminent leur formation médicale postdoctorale au Canada. Les données du CAPER (Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique) relativement à l'année 2002-2003 indiquent que, l'heure actuelle, à l'échelle nationale, 1 424 résidents (870 femmes et 554 hommes) se sont engagés dans un programme de résidence en médecine familiale, les dates de terminaison de résidence étant énumérées au tableau ci-dessous :

**Tableau 15 – Résidents en médecine familiale au Canada**

2003	2004	Total
722	702	1 424

De ce nombre, les données de l'AFMC et du CAPER indiquent que 40 (2,8 % de toutes les inscriptions) sont des résidents du Nouveau-Brunswick qui sont répartis dans tout le réseau canadien des facultés de médecine.

**Tableau 16 – Résidents en médecine familiale provenant du Nouveau-Brunswick**

Université	2003	2004	Total
Université Dalhousie	10	10	20
Université de Sherbrooke	9	11	20

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent qu'à l'échelle nationale, 23 % des résidents financés par le ministère choisissent une formation additionnelle en médecine familiale, ce qui représente une augmentation de 35 places par rapport à l'année 2001-2002. Une analyse, selon le sexe, des programmes de résidence en médecine familiale de la troisième année, indique le nombre de diplômés prévu en 2003 (voir le tableau ci-dessous).

---

<sup>42</sup> Mark Estabrook et coll., *Rural Background and Clinical Rural Rotations During Medical Training : Effect on Practice Location*, JAMC, le 20 avril 1999, volume 160, p. 8.

**Tableau 17 – Résidence en médecine familiale de troisième année**

<b>Programme R3</b>	<b>Nombre prévu de diplômés en 2003</b>
Médecine d'urgence (CMFC)	<b>99</b> (31 femmes, 68 hommes)
Soins aux personnes âgées (CMFC)	<b>15</b> (11 femmes, 4 hommes)
Autres études en médecine familiale	<b>21</b> (12 femmes, 9 hommes)
Médecine palliative*	<b>13</b> (6 femmes, 7 hommes)
<i>*La médecine palliative est un programme de un an de compétences ajoutées agréé conjointement par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada.</i>	

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 7 827 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en médecine familiale. Le nombre annuel de diplômés s'élève à une moyenne de 602 pour cette période de 13 ans, passant d'un minimum de 509 à un maximum de 684. En moyenne, le nombre de diplômés au cours des deux prochaines années est prévu augmenter de 18 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie; cependant, le nombre de diplômés a été inférieur à la moyenne au cours des trois dernières années, passant de 565, à 534 et à 509 respectivement. Il convient également de souligner que les résidents peuvent choisir de poursuivre leurs études dans la spécialité de la médecine familiale pour une autre année tel qu'il est mentionné ci-dessus, ce qui peut retarder leur arrivée sur le marché du travail.

### **6.3.2 Situation actuelle de l'effectif d'omnipraticiens au Nouveau-Brunswick**

#### **6.3.2.1 Sexe et âge**

La base de données des médecins de famille ou des omnipraticiens du Nouveau-Brunswick compte 612 effectifs. Sur les 612, 384 (63 %) sont des hommes et 228 (37 %) sont des femmes.

Les éléments de données relatifs à l'âge, au sexe et à la région sont entièrement définis dans la base de données et révèlent ce qui suit :

**Tableau 18 – Analyse selon le groupe d'âge et le sexe**

	<=30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	>80	<b>Total</b>
<b>Hommes</b>	16	37	45	78	54	51	53	19	17	9	3	2	<b>384</b>
<b>% rangée</b>	4%	10%	12%	20%	14%	13%	14%	5%	4%	2%	1%	1%	63%
<b>% colonne</b>	33%	46%	50%	61%	62%	75%	88%	95%	100%	100%	75%	100%	
<b>Femmes</b>	32	43	45	49	33	17	7	1			1		<b>228</b>
<b>% rangée</b>	14%	19%	20%	21%	14%	7%	3%	0%			0%		37%
<b>% colonne</b>	67%	54%	50%	39%	38%	25%	12%	5%			25%		
<b>TOTAL</b>	48	80	90	127	87	68	60	20	17	9	4	2	<b>612</b>
<b>% rangée</b>	8%	13%	15%	21%	14%	11%	10%	3%	3%	1%	1%	0%	100%

Le tableau ci-dessus dresse un portrait intéressant de l'effectif d'omnipraticiens selon l'âge et le sexe. Les données appuient l'information anecdotique au sujet du « nouvel effectif » composé majoritairement de femmes, puisque 20 % de l'effectif total d'omnipraticiens du Nouveau-Brunswick sont des femmes de 40 ans ou moins, par opposition à 16 % de médecins masculins dans le même groupe d'âge. De tout l'effectif d'omnipraticiennes, 90 % sont âgées de moins de 50 ans par rapport à 60 % de l'effectif d'omnipraticiens. En fait, plus de la moitié de l'effectif féminin soit 53 % (120), est âgée de 40 ans ou moins par rapport à 22 % (98) de l'effectif masculin. Par conséquent, tout au long de la pratique, le nombre d'omnipraticiennes est supérieur à celui des omnipraticiens dans la catégorie d'âge des moins de 35 ans, ce nombre est égal pour les 36 à 40 ans. Il représente une proportion toujours décroissante de l'effectif âgé de 41 ans à 65 ans où le nombre d'hommes domine l'effectif d'omnipraticiens.

Étant donné la tendance vers une proportion croissante de femmes dans les programmes de résidence en médecine familiale, les planificateurs de l'effectif de médecins doivent tenir compte de cette répartition et être prêts à tenir compte des besoins en congés de maternité et en congés à court terme pour d'autres raisons familiales en reconnaissant la nécessité de prévoir une marge suffisante dans le réseau pour permettre le remplacement d'un médecin au cours de ces congés temporaires. À la suite de cette prochaine cohorte, les diplômés des facultés de médecine représentent une proportion toujours grandissante de femmes (60 %), ce qui laisse supposer que cette tendance se poursuivra. Étant donné la proportion grandissante de l'effectif d'omnipraticiennes, il faudra également accorder une attention particulière à leurs modes de pratique avec le temps, en relation avec l'impact général sur le système de prestation des soins primaires.

Si l'on considère les omnipraticiens qui sont à une étape avancée de leur carrière, 25 % (154 des 612) de la cohorte des 50 ans et plus sont des hommes, par rapport à seulement 4 % (26 des 612) qui sont des femmes. Des 612 omnipraticiens de la province qui ont répondu soit à partir de l'Assurance-maladie ou à partir du sondage des médecins, qu'ils exercent encore leur profession dans une certaine mesure, 8 % (52) d'entre eux sont âgés de plus de 60 ans et donc, susceptibles de prendre leur retraite au cours de la période de prévision de dix ans. De plus, un autre 10 % (60) sont dans la tranche d'âge de 56 à 60 ans et pourraient éventuellement prendre leur retraite ou réduire considérablement leur charge de travail au cours de la période de prévision de dix ans. Cela équivaut à un total de 112 omnipraticiens (18 %) qui, éventuellement, quitteront le service ou offriront moins de services au cours de la période de prévision de dix ans.

### 6.3.2.2 Régions sanitaires

La répartition des médecins de famille selon la région sanitaire, basée sur l'ensemble des données, se présente comme suit (tableau – Répartition des médecins de famille selon la région sanitaire) :

Tableau 19 – Répartition des médecins de famille selon la région sanitaire

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
162 (26%)	143 (23%)	128 (21%)	43 (7%)	28 (5%)	67 (11%)	33 (5%)	8 (1%)	612 (100%)
* EP = extérieur de la province								

Cette répartition correspond à la répartition de l'ensemble de la population à l'échelle des régions sanitaires.

---

Les éléments de données suivants ont été définis à partir des réponses des médecins au questionnaire de l'analyse de l'offre et de la demande des ressources médicales du Nouveau-Brunswick et, à ce titre, ils ne sont pas entièrement définis. Le niveau ou la proportion des données est indiqué dans le cadre de l'analyse pour chaque élément de données.

Dans l'ensemble, 55 % (339 des 612) de tous les omnipraticiens ont répondu au questionnaire, répartis comme suit (tableau – Taux de réponse au sondage de la médecine familiale selon la région), représentés comme le pourcentage relatif de tous les omnipraticiens dans chaque région.

**Tableau 20 – Taux de réponse au sondage de la médecine familiale selon la région**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7
76	75	75	27	18	43	24
47%	52%	59%	63%	64%	64%	64%

### **6.3.2.3 Langue**

Comme il est présenté au paragraphe 6.2.3, les omnipraticiens sont généralement plus portés à se considérer comme bilingues que les médecins en général; 28,4 % des répondants dans cette catégorie étaient classés bilingues, compte tenu de leurs réponses au sondage des médecins. La langue n'a pas influé de façon statistiquement significative sur la manière dont les médecins consacrent leur temps à divers domaines de pratique.

### **6.3.2.4 Profil de pratique**

L'analyse du profil de pratique vise à comprendre où et comment les omnipraticiens exercent leur profession en analysant les domaines de pratique clinique, les activités dans cette pratique et les milieux de soins de santé dans lesquels ils travaillent. Les tableaux suivants et les analyses connexes établissent ce profil détaillé des omnipraticiens, basé sur les réponses au sondage.

## **Domaines de pratique clinique**

D'un point de vue de la planification de l'effectif de médecins, la question de la **pratique fonctionnelle** est importante. Le champ d'exercice des médecins n'est pas déterminé strictement par leur accréditation ou leur titre officiel. Le chevauchement des champs d'exercice est assez répandu chez certains spécialistes, de même qu'entre spécialistes et omnipraticiens. Les réalités régionales (pratique en milieu urbain ou rural) et la masse critique des fournisseurs de services ou de la population desservie constituent des facteurs influant sur ce phénomène.

En ce qui concerne le groupe de la médecine familiale, il faut comprendre la pratique fonctionnelle d'un médecin selon la manière dont les services de soins primaires sont offerts aux Néo-Brunswickois par rapport aux services hospitaliers ou aux soins secondaires spécialisés dispensés par des omnipraticiens. Par conséquent, comprendre comment les médecins exercent à l'heure actuelle leur profession est significatif du point de vue de la planification de l'effectif et des services de santé. Les mesures, telles que les ratios de population par fournisseur, ne présentent pas le degré de spécificité qui est essentiel à une planification efficace.

Afin de comprendre le type de travail effectué par les omnipraticiens dans leur pratique quotidienne, les répondants au sondage des omnipraticiens devaient compléter le tableau suivant, décrivant les domaines de pratique clinique.

**Tableau 21 – Pratique clinique et taux du temps consacré**

<b>Domaines de pratique clinique</b>	<b>Pourcentage du temps consacré</b>
Médecine familiale	
Médecine d'urgence	
Obstétrique	
Gériatrie	
Assistant en salle d'opération	
Anesthésie	
Allergologie	
Médecine palliative	
Médecine douce	
Autres (veuillez préciser)	
<b>Total du temps consacré</b>	<b>100%</b>

Une analyse des réponses à cette question a été entreprise selon l'âge, le sexe, la langue et la région. Les tableaux suivants présentent les détails de cette analyse qui révèle, en général, ce qui suit :

Parmi tous les omnipraticiens qui ont répondu au sondage, 293 (86 %) ont indiqué que la médecine familiale représente 73 % de tout leur temps consacré dans l'éventail des domaines de pratique type de la médecine familiale. La médecine d'urgence était le deuxième plus important domaine de pratique, représentant 38 % du temps total des médecins; 168 (48 %) omnipraticiens ont indiqué avoir travaillé dans ce domaine de pratique. La gériatrie représentait le troisième plus grand domaine de pratique avec 113 (39 %) omnipraticiens y consacrant 15 % de leur temps et 110 autres (32 %) accordant presque 10 % de leur temps au domaine de pratique d'assistant en salle d'opération.

Selon le sexe, les femmes médecins indiquent avoir passé deux fois plus de temps que leurs collègues masculins en obstétrique (17 % par rapport à 8 %). Les femmes médecins passent également plus de temps en gériatrie que leurs collègues masculins (19,6 % par rapport à 13 %). Les hommes médecins représentent la totalité de ceux qui pratiquent l'anesthésie et quatre omnipraticiens y consacrent 27 % de leur temps. De plus, presque deux fois plus de médecins que de femmes médecins sont portés à travailler dans un domaine de pratique d'assistant en salle d'opération (11 % par rapport à 6,7 %).

La langue n'influe habituellement pas sur la proportion du temps consacré par les médecins à divers domaines de pratique.

Les différences d'âge parmi les omnipraticiens influent sur le temps consacré dans les domaines de la médecine familiale et de la médecine d'urgence. Les médecins plus jeunes, âgés de moins de 41 ans, consacrent plus de temps à la médecine d'urgence (42,6 %) que les médecins âgés de plus de 55 ans



(26 %). Cependant, les médecins plus âgés passent plus de temps en médecine familiale (82 %) que les médecins plus jeunes (66 %). L'âge est également inversement proportionnel au temps consacré à l'obstétrique, ce qui représente environ 15 % du temps des omnipraticiens plus jeunes par rapport à 4,6 % du temps des omnipraticiens plus âgés.

Le tableau suivant présente la répartition des pratiques selon les omnipraticiens et les omnipraticiennes.

### Domaines de pratique clinique selon le sexe

**Tableau 22 – Répartition des pratiques selon les omnipraticiens et les omnipraticiennes**

Moyenne de la rangée	% d'hommes	% de femmes	Toutes les réponses
Médecine familiale	178 72,55	115 74,24	293 73,21
Médecine d'urgence	109 37,52	59 38,66	168 37,92
Obstétrique	32 7,90	29 16,93	61 12,20
Gériatrie	77 13,09	36 19,56	113 15,15
Assistant en salle d'opération	75 11,00	35 6,71	110 9,63
Anesthésie	4 26,75	0 0	4 26,75
Allergologie	12 28,33	4 32,25	16 29,31
Médecine palliative	48 8,37	36 10,42	84 9,25
Médecine douce	5 8,20	2 5,00	7 7,28
Autres (veuillez préciser)	28 21,96	5 9,80	33 20,12

La portion de temps relative accordée par les omnipraticiennes et les omnipraticiens ne diffère pas de façon statistiquement significative dans de nombreux domaines de pratique clinique. Cependant, l'obstétrique constitue une exception notable. Bien qu'environ le même nombre d'hommes et de femmes médecins pratiquent l'obstétrique, les femmes y consacrent deux fois plus de temps que les hommes. Ce résultat est statistiquement significatif dans un intervalle de confiance de 99,99 %.

Dans l'ensemble, 293 des 339 omnipraticiens ont signalé que 73,21 % de leur temps était consacré à la médecine familiale. La médecine d'urgence se classe au deuxième rang; les hommes et les femmes consacrent tous deux environ 38 % de leur temps à ce domaine.

Le tableau suivant donne un aperçu de la répartition des omnipraticiens selon leurs aptitudes linguistiques.

## Domaines de pratique clinique selon la langue

**Tableau 23 – Répartition des omnipraticiens selon leurs aptitudes linguistiques**

Moyenne de la rangée	Anglais	Français	Bilingue	Toutes les réponses
Médecine familiale	82 69,50	185 76,31	26 62,84	293 73,21
Médecine d'urgence	54 39,46	93 39,72	21 26,00	168 37,92
Obstétrique	17 17,35	41 9,49	3 20,00	61 12,20
Gériatrie	28 18,04	72 14,68	13 11,54	113 15,15
Assistant en salle d'opération	24 10,96	75 8,74	11 12,81	110 9,63
Anesthésie	4 26,75	0 0	0 0	4 26,75
Allergologie	1 5,00	14 33,07	1 1,00	16 29,31
Médecine palliative	25 8,80	52 9,86	7 6,29	84 9,25
Médecine douce	2 3,50	4 9,75	1 5,00	7 7,28
Autres (veuillez préciser)	7 39,00	25 15,28	1 9,00	33 20,12

En général, la langue parlée par un médecin n'influe pas sur le pourcentage de temps consacré à divers domaines de pratique.

À l'exception de l'anesthésie, de l'allergologie et des « autres » activités, il n'existe aucune différence significative dans les réponses parmi les trois groupes linguistiques travaillant dans les domaines de pratique. De plus, ces différences ne sont pas statistiquement significatives en raison des différences importantes dans le nombre de répondants pour chaque groupe linguistique.

D'après les résultats du sondage, 100 % des omnipraticiens qui pratiquent l'anesthésie ont indiqué l'anglais comme langue maîtrisée. En revanche, l'allergologie compte surtout des omnipraticiens qui ont indiqué le français comme langue maîtrisée; 14 omnipraticiens francophones mènent des activités en allergologie, comparativement à un omnipraticien bilingue et un répondant anglophone.

Le tableau suivant donne un aperçu de la répartition des omnipraticiens selon les cohortes d'âge.

## Domaines de pratique clinique selon l'âge

Tableau 24 – Répartition des omnipraticiens selon les cohortes d'âge

Moyenne de la rangée	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
Médecine familiale	93 66,32	136 73,92	64 81,72	293 73,21
Médecine d'urgence	71 42,56	75 36,93	22 26,32	168 37,92
Obstétrique	28 15,46	28 10,29	5 4,60	61 12,20
Gériatrie	25 14,36	58 13,29	30 19,40	113 15,15
Assistant en salle d'opération	35 7,831	55 8,38	20 16,25	110 9,63
Anesthésie	0 0	2 35,00	2 18,50	4 26,75
Allergologie	0 0	9 18,56	7 43,14	16 29,31
Médecine palliative	25 7,88	40 8,92	19 11,74	84 9,25
Médecine douce	2 5,00	2 3,50	3 11,33	7 7,29
Autres (veuillez préciser)	6 21,67	17 15,23	10 27,50	33 20,12

L'âge influe sur le temps qu'accordent les omnipraticiens à la médecine familiale, où le pourcentage de temps augmente avec l'âge. Cette relation est statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 99,98 %.

Le tableau ci-dessus indique également que, comparativement aux médecins plus âgés, les jeunes omnipraticiens sont plus actifs dans certains domaines, tels que l'obstétrique et la médecine d'urgence, et sont moins susceptibles de travailler dans les domaines de l'allergologie et de l'anesthésie. En revanche, les omnipraticiens plus âgés sont plus susceptibles de travailler comme assistant en salle d'opération ou comme allergologue.

## Domaines de pratique clinique selon la région

Tableau 25 – Répartition des omnipraticiens selon la région

Moyenne de la rangée	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
Médecine familiale	63 78,70	64 79,52	69 73,43	25 58,64	15 60,73	37 66,84	19 75,63	1 50,00	293 73,21
Médecine d'urgence	25 40,00	24 52,54	39 32,20	26 30,27	14 36,79	24 40,96	15 36,27	1 25,00	168 37,92
Obstétrique	16 12,81	12 13,83	14 7,71	5 18,40	3 8,33	4 17,25	7 11,29	0 0,00	61 12,20
Gériatrie	21 20,29	23 13,04	24 10,79	11 13,91	8 12,50	16 13,87	9 25,22	1 25,00	113 15,15
Assistant en salle d'opération	23 15,13	17 7,47	33 6,42	11 10,09	9 18,00	8 9,12	9 3,00	0 0,00	110 9,63
Anesthésie	0 0	1 2,00	2 27,50	0 0	0 0	0 0	1 50,00	0 0,00	4 26,75
Allergologie	4 16,25	6 42,50	4 12,00	1 1,00	0 0	1 100,00	0 0,00	0 0,00	16 29,31
Médecine palliative	14 11,86	15 8,40	19 13,68	6 7,17	8 10,87	14 4,36	8 4,25	0 0,00	84 9,25
Médecine douce	2 3,50	1 30,00	1 5,00	0 0	0 0	2 3,50	1 2,00	0 0,00	7 7,29
Autres (veuillez préciser)	9 25,00	8 18,00	10 15,80	4 6,75	0 0	2 55,00	0 0	0 0	33 20,12

\*Nota : L'abréviation « EP » désigne les médecins qui demeurent à l'extérieur de la province.

La région sanitaire où un médecin exerce sa profession influe sur le temps consacré aux domaines de pratique. Plusieurs des différences dans les réponses indiquées dans le tableau ci-dessus sont statistiquement significatives à divers intervalles de confiance.

Les omnipraticiens des régions 4, 5 et 6 et ceux qui habitent à l'extérieur de la province sont moins susceptibles de pratiquer la médecine familiale que ceux des régions 1, 2, 3 et 7. (Ces données sont significatives à un intervalle de confiance de 99,97 %). Ces résultats pourraient sous-entendre que les médecins dans ces régions ont un champ d'exercice plus large et ont moins accès à des spécialistes ou y acheminent moins de patients.

Il existe une différence statistiquement significative dans le temps consacré par les médecins de diverses régions au domaine de pratique d'assistant en salle d'opération; 110 omnipraticiens accordent un certain

temps à ce domaine de pratique. La moyenne globale du temps consacré par tous ces médecins est de 9,63 %, mais les médecins de la région 5 déploient le plus d'efforts dans ce domaine; autrement dit, ils consacrent six fois plus de temps à ce domaine que les médecins de la région 7 qui, eux, consacrent le moins de temps à ce domaine de pratique.

Pour mieux comprendre le temps consacré aux diverses activités liées à une pratique, on a demandé aux répondants au sondage de remplir le tableau suivant.

**Tableau 26 – Pourcentage du temps consacré par l'omnipraticien aux activités liées à sa pratique**

Activités	Pourcentage du temps consacré
Pratique clinique assurable – facturable à l'Assurance-maladie du N.-B. (excluant les heures d'appel); p. ex. paiement à l'acte, salaire, séance ou autres modes de paiement	
Pratique clinique non assurable (paiement par des tiers); p. ex. CSSIAT, GRC, demandes d'indemnité	
Administration médicale; p. ex. chef de département, médecin-chef, vice-président de la médecine	
Travail au sein de comités; p. ex. gouvernement, Régie régionale de la Santé, Société médicale du Nouveau-Brunswick	
Enseignement	
Temps accordé au travail administratif; p. ex. formulaires, lettres, demandes d'indemnité, appels téléphoniques	
Autres (veuillez préciser)	
<b>Total du temps consacré</b>	<b>100%</b>

Les détails relatifs aux réponses qui indiquent le pourcentage de temps relatif consacré par l'omnipraticien aux sept types d'activités, sont classés selon le sexe des médecins et présentés dans le tableau ci-après. Chaque rangée du tableau indique le pourcentage de temps que les médecins (ayant indiqué une réponse) ont consacré à l'activité. Les résultats n'affichent pas un total de 100 %, car le nombre de médecins ayant répondu au sondage variait dans chaque catégorie.

**Tableau 27 – Pourcentage du temps consacré par l'omnipraticien aux activités liées à sa pratique selon le sexe**

Activités	% du temps consacré – médecins Compte	% du temps consacré – femmes médecins Compte	% total du temps consacré Total
Pratique clinique assurable – facturable à l'Assurance-maladie du N.-B. ( <b>excluant les heures d' appel</b> ); p. ex. paiement à l'acte, salaire, séance ou autres modes de paiement	75,2 204	75,9 125	75,5 329
Administration médicale; p. ex. chef de département, médecin-chef, vice-président de la médecine	16,0 56	14,0 23	15,5 79
Temps accordé au travail administratif; p. ex. formulaires, lettres, demandes d'indemnité, appels téléphoniques	11,0 161	13,1 113	11,9 274
Enseignement	8,2 62	10,4 33	8,9 95
Pratique clinique non assurable (paiement par des tiers); p. ex. CSSIAT, GRC, demandes d'indemnité	8,2 178	8,1 103	8,2 281
Travail au sein de comités; p. ex. gouvernement, régie régionale de la santé, Société médicale du Nouveau-Brunswick	4,6 67	5,0 28	4,7 95
Autres (veuillez préciser)	14,1 17	5,1 8	11,2 25

Les omnipraticiens, peu importe leur sexe, consacrent la majeure partie de leur temps aux domaines de pratique clinique. En fait, 329 des 339 omnipraticiens ayant répondu au sondage ont indiqué consacrer plus des trois quarts de leur temps aux activités de pratique clinique assurable; 281 médecins consacrent également un certain temps aux activités de pratique clinique non assurable. Les femmes médecins consacrent environ 2 % de plus de leur temps aux activités liées à l'enseignement que les hommes, mais dans l'ensemble, ce pourcentage est faible et se chiffre à environ 10 %.

En tout, 23 omnipraticiennes et 56 omnipraticiens accordent un certain temps aux activités d'administration médicale. Parmi ces médecins, les hommes consacrent environ 2 % de plus de temps à l'administration médicale que les femmes, bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives.

**Tableau 28 – Pourcentage du temps consacré par l'omnipraticien aux activités liées à sa pratique selon le groupe d'âge**

Activités	Âge inférieur ou égal à 40 ans % du temps consacré	Âge de 41 à 55 ans % du temps consacré	Âge supérieur à 55 ans % du temps consacré	% total du temps consacré
<b>HÔPITAL</b>				
▪ Service d'urgence	42,70	34,01	24,00	36,08
▪ Gériatrie et soins de longue durée	9,86	6,73	9,63	8,15
▪ Médecine hospitalière	12,57	15,07	21,67	15,67
▪ Hospitalisation des patients	12,46	12,24	15,30	12,91
▪ Oncologie	13,78	10,69	1,00	10,31
▪ Autres (veuillez préciser)	49,00	27,83	11,86	24,81
▪ Service de consultations externes	7,48	2,68	6,50	5,00
▪ Assistance en salle d'opération	6,24	7,06	11,52	7,59
<b>MÉDECINE COMMUNAUTAIRE</b>				
▪ Centre de santé communautaire	19,50	49,43	52,5	37,87
▪ Extra-mural	3,11	3,04	3,66	3,04
▪ Gouvernement ou société d'État	26,17	35,60	15,00	28,08
▪ Visites à domicile	2,26	3,32	3,14	3,00
▪ Remplacement	51,67	4,67	40,00	39,92
▪ Clinique de santé mentale <sup>1</sup>	***	***	***	***
▪ Foyer de soins	9,56	10,50	13,38	11,00
▪ Autres (veuillez préciser)	14,33	23,75	12,40	16,96
▪ Cabinet de médecin	56,55	63,11	73,30	65,58
▪ Secteur privé (y compris les essais cliniques)	3,00	11,58	14,50	10,17
▪ Santé publique	3,88	8,29	10,00	6,19
▪ Clinique sans rendez-vous ou après les heures normales	8,38	9,05	18,50	9,80

<sup>1</sup> Moins de cinq réponses.

---

La majeure partie du temps des médecins, peu importe leur âge, est consacrée aux services de santé dispensés dans leur cabinet. En effet, un total de 252 (74 %) des 339 omnipraticiens qui ont répondu au sondage ont indiqué qu'ils passent près des deux tiers de leur temps dans leur cabinet.

Le temps consacré est directement lié à l'âge du médecin, et les différences dans les réponses sont statistiquement significatives dans un intervalle de confiance de 99 %. Les médecins plus âgés passent considérablement plus de temps dans leur cabinet que les médecins plus jeunes.

Les médecins qui consacrent du temps à la médecine communautaire passent une grande partie de ce temps dans des centres de santé communautaires, bien qu'il n'y ait pas de différences importantes dans les réponses parmi les différents groupes d'âge. Il convient de signaler qu'au moment du sondage, il n'existait aucun centre de santé communautaire comme tel, et les « centres de santé » comprennent les cabinets de médecin qui peuvent offrir ou non d'autres programmes ou services de santé dans le même établissement.

En milieu hospitalier, la principale source d'activité pour les omnipraticiens est les services d'urgence. Les résultats illustrés au tableau montrent que les omnipraticiens plus jeunes passent plus de temps aux services d'urgence que les omnipraticiens plus âgés, et que cette relation se maintient à mesure que les jeunes médecins vieillissent. Ces résultats sont importants sur le plan statistique à un intervalle de confiance de 95 %.

Les données semblent indiquer que les médecins plus jeunes passent plus de temps dans les services d'urgence et moins de temps dans leur cabinet que les médecins plus âgés, mais que cette relation se renverse avec l'âge. Néanmoins, il est important de signaler que 165 (49 %) des 339 omnipraticiens ont indiqué passer du temps dans les services d'urgence, donc cette relation n'est pas strictement déterministe.

#### **6.3.2.5 Niveaux d'activité**

Le sondage des médecins a posé une série de questions conçues pour mesurer le niveau d'activité des omnipraticiens d'après le nombre estimé de dossiers médicaux actifs que compte le cabinet du médecin, le nombre de patients avec rendez-vous qu'un médecin rencontrerait normalement au cours d'une semaine moyenne, le nombre d'heures par semaine passées à accomplir des activités de pratique clinique et le nombre normal de jours par semaine qu'un médecin a passé à son cabinet. Dans la mesure du possible, on a comparé les niveaux d'activité déclarés par les médecins aux consultations et procédures réelles en cabinet médical facturées à l'Assurance-maladie en 2002-2003 pour tenter de déterminer la validité des données.

On a mené une analyse sur les résultats du sondage des médecins en ce qui concerne la taille de la clientèle selon le groupe d'âge du médecin, le sexe et la région où ils exercent leur profession. Étant donné la nature dynamique de la relation entre le patient et son médecin, la validation des données déclarées par les médecins n'a pas été possible, ce qui pose des limites quant à la fiabilité des données.

Les cellules que renferme chacun des tableaux suivants montrent le nombre de médecins ayant répondu au sondage et la répartition des réponses en pourcentage dans chacune des colonnes du tableau.



## Dossiers médicaux actifs

Tableau 29 – Dossiers médicaux actifs selon le groupe d'âge

Compte % colonne	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
Moins de 1 000	17 16,50	7 4,76	6 8,00	30
1 000-1 500	18 17,48	11 7,48	6 8,00	35
1 501-2 000	16 15,53	15 10,20	7 9,33	38
2 001-2 500	14 13,59	18 12,24	9 12,00	41
2 501-3 500	10 9,71	45 30,61	16 21,33	71
3 501-4 500	1 0,97	20 13,61	11 14,67	32
4 501-5 500	1 0,97	8 5,44	4 5,33	13
Plus de 5 500	1 0,97	2 1,36	8 10,67	11
Sans objet	25 24,27	21 14,29	8 10,67	54
Total	103	147	75	325

L'âge du médecin a une incidence statistiquement significative sur la taille de sa clientèle, comme le montre le tableau ci-dessus. Les différences entre les réponses sont statistiquement significatives dans un intervalle de confiance de 95 %.

Les médecins dont l'âge est inférieur ou égal à 40 ans sont plus susceptibles d'avoir une clientèle plus petite que les médecins âgés entre 41 et 55 ans. Par exemple, 17,48 % des omnipraticiens du groupe d'âge le plus jeune ont une clientèle dont la taille varie entre 1 000 et 1 500 patients, comparativement à 7,5 % des omnipraticiens appartenant au groupe d'âge entre 41 et 55 ans.

Les omnipraticiens appartenant au groupe d'âge entre 41 et 55 ans tendent à détenir la part la plus importante des clientèles de taille moyenne. Les clientèles dont la taille varie entre 2 501 et 4 500 patients représentent 44,2 % de toutes les clientèles pour ce groupe d'âge.

**Tableau 30 – Dossiers médicaux actifs selon le sexe**

<b>Compte % colonne</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
Moins de 1 000	19 15,32	11 5,47	30
1 000-1 500	20 16,13	15 7,46	35
1501-2 000	17 13,71	21 10,45	38
2 001-2 500	14 11,29	27 13,43	41
2 501-3 500	20 16,13	51 25,37	71
3 501-4 500	6 4,84	26 12,94	32
4 501-5 500	3 2,42	10 4,98	13
Plus de 5 500	2 1,61	9 4,48	11
Sans objet	23 18,55	31 15,42	54
Total	124	201	325

Le sexe de l'omnipraticien a une influence directe sur la taille de la clientèle et cette relation est statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 95 %.

En d'autres termes, les omnipraticiens tendent à avoir des clientèles plus nombreuses que les omnipraticiennes. Par exemple, 31,4 % des omnipraticiennes ont une clientèle de moins de 1 500 patients, comparativement à 12,9 % des omnipraticiens dont la clientèle est de taille semblable. Si on considère l'influence de l'âge et du sexe sur la taille de la clientèle des répondants au sondage, 48 % de toutes les omnipraticiennes de moins de 41 ans administrent les dossiers médicaux actifs de 1 500 patients ou moins, comparativement à 11 % dans le cas des omnipraticiens de la même tranche d'âge.

De même, le quart (25,4 %) des omnipraticiens ont une clientèle dont la taille varie entre 2 501 et 3 500 patients, comparativement à seulement 16,1 % dans le cas des omnipraticiennes. Dans le prochain groupe, le pourcentage d'omnipraticiens (12,9 %) dont la clientèle varie entre 3 501 et 4 500 patients dépasse de près de trois fois le pourcentage d'omnipraticiennes (4,8 %). Lorsqu'on associe l'âge au sexe, 39 % des omnipraticiennes appartenant au groupe d'âge entre 41 et 55 ans ont une clientèle variant entre 2 501 et 4 500 patients, comparativement à 47 % dans le cas des omnipraticiens.

Chez les répondants au sondage âgés de 55 ans et plus, la combinaison du sexe et de l'âge démontre qu'une proportion plus grande d'omnipraticiens tend à avoir des cabinets administrant un plus grand nombre de dossiers médicaux actifs. Cinquante pour cent des omnipraticiennes appartenant à ce groupe

d'âge ont une clientèle dont la taille est de 2 500 patients ou moins, comparativement à 35 % dans le cas des omnipraticiens.

Chacune des rangées du tableau suivant montre les différences entre les réponses selon les régions pour des clientèles de taille déterminée.

**Tableau 31 – Dossiers médicaux actifs selon les régions sanitaires**

Compte % colonne	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 9	Total
Moins de 1 000	5 6,94	4 5,56	5 6,94	4 14,81	3 16,67	8 20,51	0 0,00	1 100,00	30
1 000-1 500	12 16,67	3 4,17	5 6,94	7 25,93	1 5,56	1 2,56	6 25,00	0 0,00	35
1 501-2 000	7 9,72	11 15,28	8 11,11	4 14,81	4 22,22	1 2,56	3 12,50	0 0,00	38
2 001-2 500	7 9,72	7 9,72	12 16,67	2 7,41	1 5,56	7 17,95	5 20,83	0 0,00	41
2 501-3 500	15 20,83	19 26,39	22 30,56	5 18,52	4 22,22	4 10,26	2 8,33	0 0,00	71
3 501-4 500	6 8,33	11 15,28	7 9,72	1 3,70	1 5,56	3 7,69	3 12,50	0 0,00	32
4 501-5 500	2 2,78	3 4,17	5 6,94	0 0,00	1 5,56	2 5,13	0 0,00	0 0,00	13
Plus de 5 500	0 0,00	1 1,39	1 1,39	1 3,70	0 0,00	7 17,95	1 4,17	0 0,00	11
Sans objet	18 25,00	13 18,06	7 9,72	3 11,11	3 16,67	6 15,38	4 16,67	0 0,00	54
Total	72	72	72	27	18	39	24	1	325

Les résultats figurant au tableau ci-dessus montrent que la taille de clientèle la plus courante varie entre 2 501 et 3 500 patients et s'applique à 71 (22 %) des 325 omnipraticiens qui ont répondu à cette question.

Les régions 4 à 6 inclusivement tendent à présenter un pourcentage plus élevé d'omnipraticiens dont la clientèle compte moins de 1 000 patients que les régions 1 à 3 inclusivement.

La taille de clientèle la plus courante dans les régions 1 à 3 varie entre 2 501 et 3 500 patients. Dans ces régions, on compte respectivement 20,8 %, 26,4 % et 30,6 % des médecins qui ont indiqué cette taille de clientèle.

Près de la moitié (47,2 %) des cabinets d'omnipraticiens de la région 3 comptent une clientèle entre 2 001 et 3 500 patients. On ne retrouve pas le même degré de concentration dans d'autres régions. La région 2 possède la concentration de médecins la plus élevée pour une clientèle dont la taille varie entre 3 501 et 4 500 patients.

Environ 16,7 % de tous les omnipraticiens qui ont répondu à cette question ont indiqué qu'elle était « sans objet » en ce qui concerne leur clientèle.

Lorsqu'on combine l'âge et les régions sanitaires comptant des cabinets, on dénombre 35 répondants âgés de plus de 50 ans dont la clientèle est de 3 500 patients ou plus. Parmi ces répondants, il semble que les régions 2, 3 et 6 regroupent le plus grand nombre de médecins correspondant à ce profil (10, 9 et 10 respectivement). Au cours de la période de planification de 10 ans, on s'attend à ce que ces médecins commencent à réduire leur charge de travail ou prennent leur retraite, laissant des clientèles de taille appréciable sans médecin.

### Nombre de patients reçus par les médecins

D'après les réponses fournies au sondage, le nombre normal de patients que reçoivent les omnipraticiens a fait l'objet d'une analyse selon la taille de la clientèle, le groupe d'âge du médecin, le sexe du médecin et les dossiers médicaux actifs.

**Tableau 32 – Nombre moyen de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon le groupe d'âge**

Compte % colonne	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
Moins de 50	10 9,80	8 5,33	11 14,67	29
51-100	37 36,27	30 20,00	16 21,33	83
101-150	31 30,39	46 30,67	11 14,67	88
151-200	9 8,82	36 24,00	25 33,33	70
Plus de 200	1 0,98	16 10,67	6 8,00	23
Sans objet	14 13,73	14 9,33	6 8,00	34
Total	102	150	75	327

Le nombre de patients rencontrés par semaine est directement lié à l'âge des médecins, comme le montre le tableau ci-dessus. Les médecins appartenant au groupe d'âge médian (41 à 55 ans) rencontrent le plus grand nombre de patients et les médecins plus âgés tendent à rencontrer un nombre moins élevé de patients.

Notamment, deux tiers des médecins âgés de moins de 41 ans rencontrent entre 51 et 150 patients par semaine. Toutefois, 50,7 % des médecins âgés entre 41 et 55 ans et 36 % des médecins âgés de plus de 55 ans rencontrent entre 51 et 150 patients par semaine.

Les médecins appartenant au groupe d'âge médian sont les plus susceptibles de rencontrer un grand nombre de patients soit plus de 200 patients par semaine. Un peu plus de 10 % des médecins de ce groupe d'âge rencontrent un nombre plus élevé de patients.

Le tableau suivant donne un aperçu du nombre de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon le sexe.

**Tableau 33 – Nombre de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon le sexe**

Compte % colonne	Femmes	Hommes	Total
Moins de 50	10 8,00	19 9,41	29
51-100	46 36,80	37 18,32	83
101-150	43 34,40	45 22,28	88
151-200	12 9,60	58 28,71	70
Plus de 200	3 2,40	20 9,90	23
Sans objet	11 8,80	23 11,39	34
Total	125	202	327

Il existe une relation directe statistiquement significative entre le nombre de patients que rencontrent les omnipraticiens et le sexe. Les omnipraticiennes sont plus susceptibles de rencontrer un nombre moins élevé de patients durant une semaine normale que les omnipraticiens, bien qu'il soit probable, autant pour les hommes que pour les femmes, qu'ils rencontrent moins de 50 patients par semaine.

La plus grande proportion du nombre de patients rencontrés par semaine indique que les omnipraticiens (9,9 %) sont quatre fois plus susceptibles de rencontrer plus de 200 patients durant une semaine normale que les omnipraticiennes (2,4 %).

De même, les omnipraticiens sont trois fois plus susceptibles de rencontrer entre 151 et 200 patients que les omnipraticiennes durant une semaine normale; en effet, 28,7 % des omnipraticiens ont indiqué rencontrer ce nombre de patients, comparativement à 9,6 % dans le cas des omnipraticiennes.

Lorsqu'on combine l'âge et le sexe, pour ce qui est des omnipraticiens de moins de 41 ans, on dénombre 61 % plus d'omnipraticiennes que d'omnipraticiens dans ce groupe d'âge et 60 % de ces omnipraticiennes rencontrent 100 patients ou moins par semaine, comparativement à 23 % dans le cas des omnipraticiens. Le sexe joue un rôle moins important dans le cas des omnipraticiens de moins de 41 ans qui rencontrent entre 101 et 200 patients par semaine, car 37 % des omnipraticiennes et 43 % des omnipraticiens indiquent rencontrer ce nombre de patients avec rendez-vous par semaine.

Parmi les répondants appartenant au groupe d'âge entre 41 et 55 ans, 69 % des omnipraticiennes indiquent qu'elles rencontrent 150 patients ou moins avec rendez-vous par semaine, comparativement à 49 % dans le cas des omnipraticiens. Quarante-cinq pour cent des omnipraticiens de ce groupe d'âge rencontrent 151 patients ou plus avec rendez-vous, comparativement à seulement 16 % dans le cas des omnipraticiennes.

Une analyse combinée de l'impact du sexe et de l'âge sur le nombre de patients dans le groupe de répondants âgés de plus de 55 ans a révélé que, en plus de représenter un nombre proportionnellement moins élevé dans l'ensemble, on note, somme toute, une différence significative moins grande au niveau du nombre de patients, sauf qu'aucune omnipraticienne n'indique rencontrer plus de 200 patients avec rendez-vous par semaine, comparativement à 10 % dans le cas des omnipraticiens.

**Tableau 34 – Nombre de patients que rencontrent les omnipraticiens par semaine selon les dossiers médicaux actifs**

Compte % colonne	Moins de 1 000	1 000- 1 500	1 501- 2 000	2 001- 2 500	2 501- 3 500	3 501- 4 500	4 501- 5 500	Plus de 5 500	s. o.	Total
Moins de 50	8 27,59	6 17,65	4 10,00	2 4,88	3 4,29	3 9,38	0 0,00	0 0,00	3 6,38	29
51-100	18 62,07	21 61,76	11 27,50	11 26,83	4 5,71	3 9,38	1 7,69	5 45,45	6 12,77	80
101-150	2 6,90	6 17,65	18 45,00	18 43,90	26 37,14	5 15,62	2 15,38	1 9,09	5 10,64	83
151-200	0 0,00	1 2,94	6 15,00	7 17,07	33 47,14	13 40,62	6 46,15	2 18,18	0 0,00	68
Plus de 200	0 0,00	0 0,00	1 2,50	3 7,32	4 5,71	8 25,00	4 30,77	3 27,27	0 0,00	23
Sans objet	1 3,45	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	33 70,21	34
Total	29	34	40	41	70	32	13	11	47	317

Le tableau ci-dessus montre le nombre normal de patients rencontrés par semaine, comparativement à la taille de la clientèle des omnipraticiens mesurée selon le nombre de dossiers médicaux actifs.

Comme on pouvait s'y attendre, le tableau indique une relation directe entre le nombre de patients rencontrés par semaine et la taille de la clientèle. Plus la taille de la clientèle est élevée, plus le nombre de patients que le médecin rencontre durant une semaine normale est élevé.

Par exemple, comme le montre le tableau, près de 80 % des omnipraticiens qui rencontrent moins de 100 patients par semaine ont une clientèle dont la taille est inférieure à 1 000 patients.

À l'autre extrémité, environ 77 % des omnipraticiens qui rencontrent plus de 151 patients par semaine ont une clientèle de taille variant entre 4 501 et 5 500 patients.

D'après les résultats du tableau, la plupart des omnipraticiens qui rencontrent entre 151 et 200 patients par semaine ont une clientèle dont la taille est de plus de 2 500 patients, sans toutefois dépasser 5 500 patients.

## Nombre de jours de travail prévus à l'horaire

### Selon l'âge

Le nombre de jours de travail durant lesquels les médecins rencontrent des patients avec rendez-vous est directement lié à leur âge. Les médecins âgés entre 41 et 55 ans travaillent davantage de semaines de quatre et cinq jours que ceux âgés de moins de 40 ans ou ceux âgés de plus de 55 ans.

Le tableau suivant donne un aperçu du nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon l'âge.

**Tableau 35 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon l'âge**

Compte % rangée	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
1	1 50,00	1 50,00	0 0,00	2 0,61
2	11 55,00	5 25,00	4 20,00	20 6,13
3	26 57,78	17 37,78	2 4,44	45 13,80
4	31 33,33	45 48,39	17 18,28	93 28,53
5	16 13,45	61 51,26	42 35,29	119 36,50
Plus de 5	1 16,67	2 33,33	3 50,00	6 1,84
Sans objet	16 39,02	17 41,46	8 19,51	41 12,58
<b>Total</b>	102 31,29	148 45,40	76 23,31	326

## Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le sexe

Le nombre de jours de travail prévus à l'horaire par semaine est également lié directement au sexe des omnipraticiens; en effet, 21 % des omnipraticiennes travaillent trois jours par semaine, comparativement à 9 % dans le cas des omnipraticiens, et 60 % des omnipraticiennes travaillent de quatre à cinq jours par semaine, comparativement à 68 % dans le cas des omnipraticiens. Il n'existe aucune différence entre les sexes en ce qui a trait au nombre d'omnipraticiens qui ont indiqué travailler de un à deux jours par semaine.

---

Le tableau suivant donne un aperçu du nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le sexe.

**Tableau 36 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le sexe**

<b>Compte % rangée</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	1 50,00	1 50,00	2 0,61
<b>2</b>	10 50,00	10 50,00	20 6,13
<b>3</b>	26 57,78	19 42,22	45 13,80
<b>4</b>	42 45,16	51 54,84	93 28,53
<b>5</b>	32 26,89	87 73,11	119 36,50
<b>Plus de 5</b>	2 33,33	4 66,67	6 1,84
<b>Sans objet</b>	11 26,83	30 73,17	41 12,58
<b>Total</b>	124 38,04	202 61,96	326

### **Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon la région sanitaire**

La grande majorité des omnipraticiens ont indiqué travailler de quatre à cinq jours par semaine, parmi lesquels les répondants au sondage exerçant dans les régions 2 et 3 se sont montrés les plus susceptibles de travailler de quatre à cinq jours par semaine.

Le tableau suivant donne un aperçu du nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon la région sanitaire.



**Tableau 37 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon la région sanitaire**

<b>Compte % colonne % rangée</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>Total</b>
1	1 1,43 50,00	0 0,00 0,00	0 0,00 0,00	1 3,70 50,00	0 0,00 0,00	0 0,00 0,00	0 0,00 0,00	0 0,00 0,00	2 0,61
2	2 2,86 10,00	4 5,56 20,00	0 0,00 0,00	4 14,81 20,00	0 0,00 0,00	9 20,93 45,00	0 0,00 0,00	1 100,00 5,00	20 6,13
3	15 21,43 33,33	1 1,39 2,22	9 12,50 20,00	7 25,93 15,56	6 33,33 13,33	5 11,63 11,11	2 8,70 4,44	0 0,00 0,00	45 13,80
4	19 27,14 20,43	28 38,89 30,11	20 27,78 21,51	7 25,93 7,53	6 33,33 6,45	8 18,60 8,60	5 21,74 5,38	0 0,00 0,00	93 28,53
5	22 31,43 18,49	30 41,67 25,21	36 50,00 30,25	3 11,11 2,52	3 16,67 2,52	12 27,91 10,08	13 56,52 10,92	0 0,00 0,00	119 36,50
Plus de 5	0 0,00 0,00	0 0,00 0,00	3 4,17 50,00	0 0,00 0,00	1 5,56 16,67	2 4,65 33,33	0 0,00 0,00	0 0,00 0,00	6 1,84
Sans objet	11 15,71 26,83	9 12,50 21,95	4 5,56 9,76	5 18,52 12,20	2 11,11 4,88	7 16,28 17,07	3 13,04 7,32	0 0,00 0,00	41 12,58
<b>Total</b>	70 21,47	72 22,09	72 22,09	27 8,28	18 5,52	43 13,19	23 7,06	1 0,31	326

### Heures par semaine en pratique clinique

On a effectué une analyse des réponses au sondage fournies par les omnipraticiens relativement au nombre d'heures qu'ils passent par semaine dans tous les domaines de pratique clinique. Cette section comprend trois analyses distinctes qui examinent les heures que passent les médecins par semaine en pratique clinique selon le groupe d'âge, le sexe et la région où ils exercent leur profession.

Chacune des rangées du tableau ci-dessous montre les différences entre les heures travaillées par semaine selon le groupe d'âge. Les cellules que renferme chaque tableau montrent le nombre d'omnipraticiens ayant répondu au sondage et la répartition des réponses en pourcentage dans chacune des colonnes du tableau.

**Tableau 38 – Heures par semaine en pratique clinique selon le groupe d'âge**

Compte % colonne	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
Moins de 20	3 2,83	3 1,99	5 6,58	11
21 – 40	31 29,25	29 19,21	16 21,05	76
41 – 60	46 43,40	69 45,70	32 42,11	147
61 – 80	17 16,04	39 25,83	18 23,68	74
Plus de 80	2 1,89	7 4,64	2 2,63	11
Sans objet	7 6,60	4 2,65	3 3,95	14
Total	106	151	76	333

Les résultats contenus dans le tableau ci-dessus montrent que le nombre d'heures que travaillent le plus souvent les médecins par semaine en pratique clinique dans les trois groupes d'âge varie de 41 à 60 heures. Parmi les 333 médecins qui ont répondu au sondage, 147 (44,1 %) ont travaillé ce nombre d'heures par semaine.

Les omnipraticiens âgés entre 41 et 55 ans travaillent davantage de longues heures que l'autre groupe d'âge, avec près de la moitié (45,7 %) d'entre eux travaillant entre 41 et 60 heures et 25,8 % travaillant entre 61 et 80 heures. Près des deux tiers (63,8 %) de tous les médecins qui travaillent plus de 80 heures par semaine sont âgés entre 41 et 55 ans (bien que le nombre d'omnipraticiens qui ont indiqué travailler ce nombre d'heures par semaine est faible).

Les médecins âgés de plus de 55 ans comptent pour près de la moitié (45 %) des médecins qui ont travaillé moins de 20 heures par semaine en clinique.

Il n'existe aucune différence au niveau du pourcentage d'omnipraticiens et d'omnipraticiennes qui travaillent un ou deux jours par semaine.

Les omnipraticiens (3 %) sont trois fois plus susceptibles que les omnipraticiennes (1 %) de travailler plus de cinq jours par semaine.

---

Le tableau suivant donne un aperçu des heures de pratique clinique par semaine selon le sexe.

**Tableau 39 – Heures de pratique clinique par semaine selon le sexe**

<b>Compte % colonne</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
Moins de 20	1 0,78	10 4,90	11
21 – 40	40 31,01	36 17,65	76
41 – 60	65 50,39	82 40,20	147
61 – 80	12 9,30	62 30,39	74
Plus de 80	5 3,88	6 2,94	11
Sans objet	6 4,65	8 3,92	14
Total	129	204	333

Bien que la majorité des omnipraticiens et omnipraticiennes travaillent entre 41 et 60 heures par semaine, il existe une relation certaine entre le sexe du médecin et le nombre d'heures de pratique clinique par semaine.

Les femmes médecins sont plus susceptibles de travailler moins d'heures par semaine que les médecins; 31,0 % des femmes médecins qui ont répondu travaillent entre 21 et 40 heures par semaine. En comparaison, il n'y a que 17,6 % des médecins qui se retrouvent dans cette catégorie.

Les médecins travaillent généralement plus d'heures par semaine que les femmes médecins. Près d'un tiers des médecins (30,1 %) travaillent entre 61 et 80 heures par semaine; ce pourcentage est considérablement plus élevé que celui des femmes médecins qui n'est que de 9,3 % dans cette catégorie.

Le tableau suivant donne un aperçu des heures de pratique clinique par semaine selon la région sanitaire.

**Tableau 40 – Heures de pratique clinique par semaine selon la région sanitaire**

Compte % colonne	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 9	Total
Moins de 20	4 5,56	1 1,33	2 2,70	2 7,41	1 5,56	0 0,00	0 0,00	1 100,00	11
21-40	17 23,61	17 22,67	15 20,27	8 29,63	2 11,11	12 27,91	5 21,74	0 0,00	76
41-60	37 51,39	31 41,33	31 41,89	12 44,44	6 33,33	18 41,86	12 52,17	0 0,00	147
61-80	8 11,11	19 25,33	22 29,73	3 11,11	7 38,89	10 23,26	5 21,74	0 0,00	74
Plus de 80	4 5,56	2 2,67	3 4,05	1 3,70	1 5,56	0 0,00	0 0,00	0 0,00	11
Sans objet	2 2,78	5 6,67	1 1,35	1 3,70	1 5,56	3 6,98	1 4,35	0 0,00	14
Total	72	75	74	27	18	43	23	1	333

La majorité des médecins de toutes les régions travaillent entre 41 et 60 heures de pratique clinique par semaine, à l'exception des médecins de la région 5 dont la majorité déclarent travailler entre 61 et 80 heures par semaine.

La semaine de travail des médecins des régions 4 et 6 est souvent plus courte (moins de 40 heures) que plus longue (plus de 61 heures).

Les médecins pratiquant dans les régions 3 et 5 sont plus susceptibles de travailler plus de 61 heures par semaine que de travailler moins d'heures par semaine que la moyenne.

### **Pourcentage des patients traités ne résidant pas au Nouveau-Brunswick**

Cinq régions géographiques ont été examinées en détail, y compris les provinces voisines (la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec). Les omnipraticiens ont traité le nombre le moins élevé de patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick, car 34 % des médecins n'ont traité aucun patient ne résidant pas au Nouveau-Brunswick. Seule une petite portion (9,6 %) d'omnipraticiens fournit des services à plus de 5 % des patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick.

Le plus souvent, les omnipraticiens offrent des services à des résidents du Québec et de la Nouvelle-Écosse, quoique 86 d'entre eux déclarent prodiguer des services à des résidents des États-Unis. Environ 32 % des omnipraticiens offrent des services à des résidents du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

Il est intéressant de noter que 38 % des répondants (omnipraticiens et spécialistes) au sondage travaillant dans la région 5 ont déclaré avoir traité le nombre le plus élevé de patients (entre 11 et 25 %) ne résidant pas au Nouveau-Brunswick. Dans le cas des omnipraticiens, 16 % d'entre eux ont déclaré qu'entre 11 et 25 % de leurs patients proviennent de l'extérieur de la province. Étant donné la proximité, on pourrait présumer qu'il s'agit de résidents du Québec. Toutefois, on ne peut le confirmer à partir des données du sondage, ni le vérifier par l'entremise de l'Assurance-maladie, car il n'existe aucune entente de facturation réciproque entre le Nouveau-Brunswick et le Québec.

## Nouveaux patients

D'après les résultats du sondage, 77 % (261 répondants sur 339) des omnipraticiens ont indiqué avoir ajouté des nouveaux patients à leur clientèle depuis les 12 derniers mois.

## Clientèle ouverte et fermée des omnipraticiens

Parmi tous les médecins, les omnipraticiens sont les plus susceptibles de desservir une clientèle fermée; en effet, plus de 82 % ont une clientèle fermée, comparativement aux chirurgiens spécialistes dont la clientèle est fermée dans moins de 6 % des cas.

## Profil des médecins en appel

Cette section comprend trois analyses distinctes qui examinent le temps que passent les médecins en appel selon le groupe d'âge, le sexe et la région où ils exercent leur profession. Les données en pourcentage présentées dans le tableau ci-dessous montrent le pourcentage de médecins dans chaque groupe d'âge et catégorie de services d'appel qui démontrent qu'ils ont offert des services d'appel.

**Tableau 41 – Catégorie de services d'appel selon le groupe d'âge**

Catégorie de services d'appel % « en appel »	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur ou égal à 55 ans	Total
Salle d'urgence	48 44,86	57 36,77	17 22,08	122
PEM	7 6,54	15 9,68	5 6,49	27
Patients hospitalisés	78 72,90	110 70,97	46 59,74	234
Patients en consultation externe	14 13,08	46 29,68	23 29,87	83
Autres régions sanitaires	0 0	0 0	0 0	0
Appel militaire d'urgence – Évacuation aérienne	0 0	1 0,65	0 0	1
Obstétrique	25 23,36	24 15,48	4 5,19	53
Autres	15 14,02	25 16,13	13 16,88	53

Catégorie de services d'appel % « en appel »	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur ou égal à 55 ans	Total
N'offre aucun service sur appel	7 6,54	14 9,03	17 22,08	38

Aucun omnipraticien ne travaille sur appel pour d'autres régions sanitaires et seulement un omnipraticien a offert des services militaires d'urgence sur appel.

Dans l'ensemble, quel que soit le groupe d'âge, on compte plus d'omnipraticiens qui offrent des services d'appel que d'omnipraticiens qui n'en offrent pas. Les services d'appel offerts aux patients hospitalisés constituent le type de service d'appel qu'offrent le plus souvent les omnipraticiens au Nouveau-Brunswick soit 234 omnipraticiens sur 339 (69 %).

Les omnipraticiens plus jeunes sont, dans une proportion de près de 22 %, plus susceptibles que les omnipraticiens plus âgés d'offrir des services d'appel aux patients hospitalisés. Pour la plupart des catégories, il existe une relation inverse entre l'âge et la prestation de services d'appel, car il est probable que le nombre de médecins offrant des services d'appel diminue avec l'âge. Les médecins offrant des services d'appel aux patients en consultation externe constituent l'exception, car plus le médecin est âgé, plus il est probable qu'il sera en appel.

Le tableau suivant donne un aperçu des catégories de services sur appel selon le sexe.

**Tableau 42 – Catégorie de services sur appel selon le sexe**

Catégorie de services d'appel % « en appel »	Femmes	Hommes	Total
Salle d'urgence	38 29,23	84 40,19	122
PEM	14 10,77	13 6,22	27
Patients hospitalisés	95 73,08	139 66,51	234
Patients en consultation externe	23 17,69	60 28,71	83
Autres régions sanitaires	0 0	0 0	0
Appel militaire d'urgence – Évacuation aérienne	0 0,00	1 0,48	1
Obstétrique	26 20,00	27 12,92	53
Autres	20 15,38	33 15,79	53
N'offre aucun service d'appel	12 9,23	26 12,44	38

La majorité des omnipraticiens des deux sexes offrent des services sur appel et les patients hospitalisés constituent la catégorie de services d'appel la plus active.

Les omnipraticiennes sont moins susceptibles que les omnipraticiens d'offrir des services d'appel en salle d'urgence et aux patients en clinique externe; 40 % des omnipraticiens ont indiqué qu'ils offrent des services d'appel en salle d'urgence, comparativement à 29 % dans le cas des omnipraticiennes, et 28 % des omnipraticiens ont indiqué qu'ils offrent des services d'appel aux patients en clinique externe, comparativement à 18 % dans le cas des omnipraticiennes.

Les omnipraticiennes sont beaucoup plus susceptibles d'offrir des services d'obstétrique sur appel que les omnipraticiens; en effet, 20 % des omnipraticiennes offrent ces services d'appel, comparativement à 12,9 % dans le cas des omnipraticiens.

Un plus grand nombre d'omnipraticiens que d'omnipraticiennes ont indiqué n'offrir aucun service d'appel.

**Tableau 43 – Catégorie de services d'appel selon la région sanitaire**

Catégorie de services d'appel % « en appel »	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 9	Total
Salle d'urgence	17 22,37	14 18,67	26 34,67	24 88,89	13 72,22	17 39,53	10 41,67	1 100,00	122
PEM	5 6,58	7 9,33	10 13,33	1 3,70	0 0,00	2 4,65	2 8,33	0 0,00	27
Patients hospitalisés	54 71,05	45 60,00	58 77,33	21 77,78	17 94,44	24 55,81	15 62,50	0 0,00	234
Patients en consultation externe	26 34,21	14 18,67	22 29,33	8 29,63	3 16,67	5 11,63	5 20,83	0 0,00	83
Autres régions sanitaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Appel militaire d'urgence – Évacuation aérienne	0 0,00	0 0,00	1 1,33	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1
Obstétrique	17 22,37	8 10,67	12 16,00	4 14,81	2 11,11	4 9,30	6 25,00	0 0,00	53
Autres	12 15,79	15 20,00	13 17,33	4 14,81	3 16,67	0 0,00	6 25,00	0 0,00	53
N'offre aucun service d'appel	4 5,26	10 13,33	8 10,67	1 3,70	1 5,56	11 25,58	3 12,50	0 0,00	38

---

Le tableau ci-dessus montre des différences majeures et importantes entre les régions au niveau de la prestation de services d'urgence d'appel par les omnipraticiens au Nouveau-Brunswick. Près de neuf omnipraticiens sur 10 (environ 90 %) dans la région 4 et 72 % des omnipraticiens de la région 5 offrent ces services. Par contre, 22 % des omnipraticiens de la région 1 et 19 % de ceux de la région 2 offrent des services d'urgence sur appel.

Tous les omnipraticiens de la région 5 offrent des services d'appel aux patients hospitalisés; 60 % des omnipraticiens de la région 2 offrent ces services.

Les services d'obstétrique sur appel sont les plus souvent offerts par les omnipraticiens de la région 1 (22 %) et de la région 6 (25 %).

La région 6 enregistre le pourcentage le plus élevé d'omnipraticiens qui indiquent ne pas offrir de services d'appel; en effet, 26 % des omnipraticiens n'offrent pas ces services.

### **Nombre moyen d'appels placés auprès des médecins en appel par mois**

Le nombre moyen d'appels placés auprès des omnipraticiens en appel par mois est supérieur au double de la moyenne pour les spécialistes, à l'exception des spécialistes en médecine de laboratoire. Cette analyse est statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 99 %.

### **Congé de la pratique**

On a demandé aux omnipraticiens d'indiquer dans le sondage le temps qu'ils ont passé en congé de leur pratique au cours des 12 derniers mois pour suivre une formation médicale continue (FMC) et pour des raisons personnelles (vacances, maladie, etc.). Soixante-quatorze pour cent des 334 répondants ont indiqué avoir pris moins de deux semaines de congé pour suivre une FMC, tandis que 25 % ont indiqué avoir pris entre deux et quatre semaines de congé. Cinquante-cinq pour cent des répondants ont indiqué avoir pris entre deux et quatre semaines de congé pour des raisons personnelles, tandis que 24 % d'entre eux ont indiqué avoir pris entre cinq et sept semaines de congé. La capacité de remplacer un médecin en congé au sein de son propre groupe de pratique médicale ou en faisant appel à un médecin suppléant varie.

### **Modifications prévues à la pratique**

Le sondage des médecins a demandé aux omnipraticiens d'indiquer si, au cours des cinq prochaines années, ils planifiaient augmenter ou réduire leurs activités pour des raisons personnelles, comme des congés de maternité ou pour des raisons familiales, la retraite, des raisons liées à la formation, etc., ou encore pour des raisons influencées par d'autres personnes au sein de leur pratique ou de leur communauté. Parmi les 334 omnipraticiens qui ont répondu à cette question, 149 (45 %) ont indiqué prévoir réduire leurs activités, tandis que 12 (4 %) prévoyaient augmenter leurs activités et 173 (52 %) ont indiqué ne pas prévoir modifier leurs activités actuelles. Parmi les 149 omnipraticiens qui prévoient réduire leurs activités, 106 indiquent prévoir les réduire de façon permanente; en effet, 16 prévoient les réduire de 100 %, 18 d'au moins 50 % et 68 d'au moins 25 %.



---

Lorsqu'on analyse les chiffres relatifs à l'âge et au sexe, 46 % de toutes les omnipraticiennes de moins de 41 ans (n = 33) ont indiqué prévoir réduire leurs activités au cours des cinq prochaines années, comparativement à 40 % dans le cas des omnipraticiens (n = 17). Dans les cas des médecins âgés entre 41 et 55 ans, 43 % des omnipraticiens (n = 44) et 25 % des omnipraticiennes (n = 13) prévoient réduire leurs activités. Soixante-sept pour cent (n = 40) des omnipraticiens de plus de 55 ans prévoient réduire leurs activités au cours des cinq prochaines années, comparativement à 33 % (n = 2) dans le cas des omnipraticiennes appartenant à ce groupe d'âge.

Lorsque ces réductions prévues sont examinées en fonction de la région sanitaire où les médecins exercent leur profession, l'incidence semble répartie de manière relativement uniforme, car les régions 1 et 5 présentent un pourcentage potentiellement plus élevé de médecins prévoyant réduire leurs activités dans une proportion respective de 56 % et de 53 % des répondants (n = 42 et n = 9, respectivement) et la région 3 présente le pourcentage potentiellement le moins élevé, car 28 % des répondants (n = 21) prévoient réduire leurs activités. Les répondants des autres régions sanitaires prévoient réduire leurs activités dans une proportion variant entre 44 et 48 %. On a pris en considération l'ampleur et la durée des augmentations et des réductions signalées dans le modèle de prévision, étant donné qu'elles ont une incidence sur l'offre possible d'omnipraticiens au cours de la période de prévision de 10 ans.

### **Pratique médicale interdisciplinaire**

On a demandé aux répondants au sondage des médecins d'indiquer leur degré d'intérêt à travailler dans une équipe médicale interdisciplinaire soit dans leur cabinet soit dans les centres de santé communautaires (CSC) au moyen des qualificatifs suivants : très intéressé, un peu intéressé ou pas intéressé.

**Cabinet :** On a dénombré 271 omnipraticiens (sur 339 répondants) qui ont répondu à la question relative à ce modèle de pratique dans leur cabinet. L'analyse indique que l'âge des omnipraticiens est la variable la plus importante et influence directement le niveau d'intérêt des médecins à participer à une pratique médicale interdisciplinaire. Cette relation est statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 95 %. Quarante-huit pour cent des omnipraticiens de moins de 40 ans se sont montrés très intéressés par ce modèle de pratique. La plupart des médecins âgés entre 41 et 55 ans étaient plus ou moins intéressés et certains d'entre eux se sont également montrés très intéressés, dans une proportion de quatre médecins sur cinq. Les médecins âgés de plus de 55 ans ont été les moins susceptibles d'être intéressés, dont 40 % d'entre eux n'ont démontré aucun intérêt pour la pratique médicale interdisciplinaire dans leur cabinet.

Lorsqu'on examine cette question en fonction du sexe, on ne note aucune différence statistiquement significative dans le niveau d'intérêt exprimé par les omnipraticiens ou les omnipraticiennes à travailler avec d'autres professionnels de la santé dans leur cabinet.

Lorsqu'on examine cette question en fonction de la région, les omnipraticiens de la région 4 ont indiqué un degré d'intérêt plus grand pour la pratique médicale interdisciplinaire dans leur cabinet dans une proportion de près du double (près de 60 %) que dans le cas de leurs collègues de la région 5 (33 %). En moyenne, 39 % des omnipraticiens des régions 1, 2, 3, 6 et 7 se sont montrés intéressés par ce modèle de pratique.

**Centre de santé communautaire :** L'analyse concernant l'intérêt des médecins à travailler selon un modèle fondé sur une équipe multidisciplinaire œuvrant dans un CSC a révélé que près de 50 % des médecins du groupe d'âge le plus jeune présentent un degré d'intérêt élevé. Les médecins âgés entre 41 et

---

55 ans ne montrent aucune tendance forte particulière, mais ont légèrement tendance à témoigner d'un intérêt moindre pour ce modèle de pratique, tandis que les médecins plus âgés sont les moins intéressés par ce modèle de pratique.

En tenant compte du sexe, les omnipraticiennes ont plus tendance à être intéressées (78 %) à travailler dans des équipes multidisciplinaires à l'intérieur d'un CSC que les omnipraticiens (61 %); en effet, 44 % des omnipraticiennes expriment un degré d'intérêt élevé, comparativement à 28 % dans le cas des omnipraticiens.

En tenant compte de la région, les omnipraticiens des régions 2 et 6 ont montré le moins d'intérêt pour la pratique médicale interdisciplinaire dans un CSC; en effet, 55 % et 61 % des médecins de ces régions respectives ont indiqué être très intéressés ou plus ou moins intéressés, comparativement aux médecins des autres régions, dont entre 66 % et 79 % d'entre eux démontrent de l'intérêt. Par conséquent, plus de 50 % de tous les répondants se sont montrés très intéressés ou plus ou moins intéressés par ce modèle de pratique.

#### **6.3.2.6 *Activité relative des omnipraticiens selon l'âge et le sexe***<sup>44</sup>

Il existe des différences systématiques entre le niveau d'activité relative des omnipraticiens et des omnipraticiennes d'âges différents. La facturation annuelle, la « taille de la liste » (nombre de patients attribués à chaque médecin) et le nombre de jours « actifs » suivent tous des modèles semblables, qui sont restés stables pendant toute la période étudiée (exercices financiers 2000-2001 à 2002-2003). Les omnipraticiennes plus jeunes (moins de 35 ans) qui comptent au moins 50 jours actifs de pratique par année représentent en moyenne 60 % des mesures d'activité générale de l'omnipraticien actif « type ». Les omnipraticiennes plus âgées (plus de 35 ans) représentent en moyenne entre 85 % et 90 % de la facturation d'un omnipraticien actif « type ». Par contre, les niveaux d'activité des omnipraticiens âgés de moins de 45 ans se situent dans la moyenne et ceux des médecins de 45 à 65 ans sont les plus élevés, leur facturation en médecine familiale étant en moyenne de 20 à 35 % plus élevée que celle du médecin actif moyen. Les trois tableaux ci-après présentent ces différences pour les exercices financiers 2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003.

---

<sup>44</sup> Cette analyse est fondée sur les données de facturation à l'Assurance-maladie et les données des services hospitaliers par comparaison aux données du sondage.

**Tableau 44 – Mesures d'activité moyenne selon l'âge et le sexe des omnipraticiens pour l'exercice financier 2000-2001 (omnipraticiens qui passent au moins 50 jours en clinique par année et qui n'ont pas commencé ni abandonné la pratique clinique active)**

Âge du médecin	Sexe :	Nombre	Moyenne pondérée	Nombre moyen de jours actifs	Nombre moyen de patients
Moins de 35	F	37	0.68	137	716
	M	32	1.00	169	1,096
35 - 44	F	79	0.85	165	1,055
	M	97	1.05	170	1,243
45 - 54	F	32	0.83	166	1,124
	M	86	1.34	198	1,675
55 - 64	F	5	0.89	166	1,134
	M	57	1.21	196	1,517
65 - 74	M	15	0.91	165	961
75+	M	3	0.53	162	712

**Tableau 45 – Mesures d'activité moyenne selon l'âge et le sexe des omnipraticiens pour l'exercice financier 2001-2002 (omnipraticiens qui passent au moins 50 jours en clinique par année et qui n'ont pas commencé ni abandonné la pratique clinique active)**

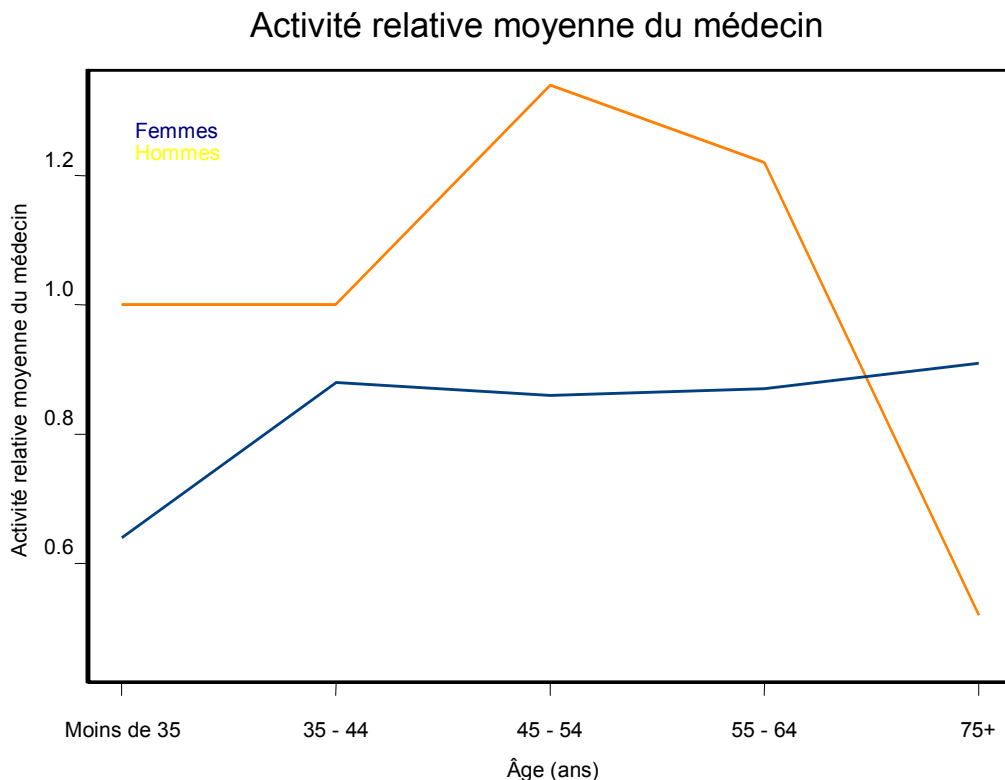
Âge du médecin	Sexe :	Nombre	Moyenne pondérée	Nombre moyen de jours actifs	Nombre moyen de patients
Moins de 35	F	41	0.64	128	693
	M	29	1.05	173	1,101
35 - 44	F	75	0.89	166	1,067
	M	90	1.00	167	1,175
45 - 54	F	37	0.86	169	1,090
	M	93	1.35	192	1,589
55 - 64	F	5	0.87	163	1,110
	M	61	1.22	192	1,488
65 - 74	M	14	0.96	171	1,017
75+	M	2	0.35	106	448

**Tableau 46 – Mesures d'activité moyenne selon l'âge et le sexe des omnipraticiens pour l'exercice financier 2002-2003 (omnipraticiens qui passent au moins 50 jours en clinique par année et qui n'ont pas commencé ni abandonné la pratique clinique active)**

Âge du médecin	Sexe :	Nombre	Moyenne pondérée	Nombre moyen de jours actifs	Nombre moyen de patients
Moins de 35	F	48	0.64	124	678
	M	28	0.92	149	993
35 - 44	F	73	0.88	155	1,024
	M	80	1.00	163	1,157
45 - 54	F	37	0.91	165	1,133
	M	92	1.30	182	1,538
55 - 64	F	7	0.82	161	1,035
	M	65	1.32	192	1,546
65 - 74	M	16	0.89	164	975
75+	M	3	0.52	124	579

Le graphique ci-après illustre les différences entre l'activité des médecins selon l'âge et le sexe.

**Figure 9 – Activité relative moyenne pondérée annuelle des médecins, selon l'âge et le sexe du médecin (moyenne des trois exercices financiers 2000-2001 à 2002-2003)**



Les incidences de ces modes de pratique sur la planification des ressources médicales sont très nettes et à ce titre, une méthode de dénombrement des médecins propre au Nouveau-Brunswick a été établie fondée sur l'analyse décrite ci-dessus, qui a permis de déterminer les besoins en matière de médecins, plutôt que l'outil de mesure habituel en fonction des équivalents temps plein (ÉTP). Ce nouvel outil de mesure se présente comme une « pondération de la charge de travail et de l'activité » et intègre les données de facturation de l'Assurance-maladie en corrélation avec les données des Services hospitaliers qui sont ensuite classées selon l'âge et le sexe puis comparées aux facturations moyennes des omnipraticiens afin de déterminer une pondération en fonction de l'âge et du sexe. Afin d'établir un point de contrôle, on a comparé les résultats aux réponses au sondage des médecins du Nouveau-Brunswick concernant l'âge et le sexe des omnipraticiens et leur niveau d'activité relative. Les résultats sont présentés au paragraphe 6.3.2.8.

### **6.3.2.7 Profil sommaire – Omnipraticiens**

L'analyse actuelle de l'effectif des omnipraticiens au Nouveau-Brunswick démontre clairement une tendance vers une réduction de l'effectif réel.

---

D'après la présente analyse de l'offre, une transition s'est amorcée dans la répartition des médecins dans les programmes de résidence clinique en médecine familiale et en médecine spécialisée; ainsi, le nombre de résidents en médecine familiale décroît sans cesse depuis les trois ou quatre dernières années et une proportion grandissante de femmes médecins, toujours d'après notre analyse, voient moins de clients et travaillent moins d'heures par semaine que leurs collègues masculins. Cette tendance ne peut que se poursuivre car les étudiantes représentent une proportion toujours croissante des diplômés des facultés de médecine.

L'examen du profil de pratique de la médecine familiale des répondants, généralisé à la population totale des omnipraticiens au Nouveau-Brunswick, tend à démontrer qu'un grand nombre d'omnipraticiens exercent leur profession autrement que selon le modèle « traditionnel » de médecine familiale, ce qui témoigne d'une accessibilité réduite aux soins de santé primaires.

Le fait que 82 % des omnipraticiens ayant participé au sondage ont indiqué qu'ils n'acceptaient plus de nouveaux patients ne fait qu'ajouter au risque inhérent à la situation.

D'après la facturation de l'Assurance-maladie, il existe une différence dans les modes de pratique selon l'âge et le sexe et il est primordial d'en tenir compte dans la planification de l'effectif de médecins du Nouveau-Brunswick. Les données révèlent que la pratique des femmes médecins de moins de 35 ans (proportion croissante de l'effectif d'omnipraticiens) représente environ 60 % de celle d'un omnipraticien actif type; après quoi, elle augmente à 85 ou 90 % de celle d'un omnipraticien actif type. Selon les données actuelles, les femmes médecins constituent une proportion décroissante de la main-d'œuvre plus âgée et ont tendance à abandonner leur pratique plus tôt. Les omnipraticiens âgés de 45 à 65 ans ont tendance à travailler de 25 à 35 % plus que l'omnipraticien actif type; par conséquent, il est nécessaire de tenir compte de ces tendances dans la planification de ressources de remplacement, de même que de l'énorme écart à combler du point de vue de l'accessibilité aux services.

Les nouveaux effectifs (hommes et femmes) ont tendance à préférer des cabinets de taille réduite (le nombre de dossiers médicaux dans leur pratique). Les résultats du sondage indiquent que la taille d'un cabinet type varie entre 2 500 et 3 500 patients. Si l'on tient compte de l'âge, les médecins plus jeunes ont déclaré travailler dans un cabinet plus petit, ce qui pourrait, d'une part, constituer une étape en vue du développement de leur pratique ou, d'autre part, marquer une préférence pour les petites pratiques (environ 1 500 patients) dans lesquelles leur travail n'est pas exclusivement consacré à la médecine familiale. Proportionnellement, les femmes (proportion croissante de l'effectif d'omnipraticiens) exploitent de plus petites pratiques. Les jeunes médecins semblent intéressés à travailler selon le modèle de pratique en collaboration soit dans un bureau traditionnel soit dans les centres de santé communautaires (CSC). Étant donné que le nombre de patients est généralement plus petit dans ces modèles de prestation des services, la main-d'œuvre vieillissante prenant en charge une large clientèle peut exercer des pressions sur le système des soins de santé si une planification rigoureuse de la relève n'est pas assurée. L'étude de la situation au Nouveau-Brunswick a permis de démontrer qu'à l'heure actuelle, le système des soins de santé ne peut prendre en charge les patients des médecins laissant une clientèle importante, et ce, en raison de la façon dont les médecins pratiquent.

Cent quarante-neuf (45 %) répondants au sondage ont signalé leur intention de réduire leurs activités au cours des cinq prochaines années.

L'impact direct de tous ces facteurs est la réduction de l'offre réelle. Les incidences sur la planification de l'effectif de médecins sont évidentes. La planification doit être proactive et doit prendre en compte, non

---

seulement la gamme des services qu'offriront les nouveaux médecins, mais également leur niveau d'activité prévu dans les cinq à dix premières années de pratique, de même que la tendance de la main-d'œuvre vieillissante à réduire progressivement le nombre de ses patients. Il s'agit d'un phénomène courant pour la plupart des professions qui doit être intégré dans tout modèle de planification de la relève.

### **6.3.2.8 Prévion de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens**

En fonction de l'information comprise dans les paragraphes précédents, les résultats du modèle de prévion de l'offre pour les omnipraticiens intègrent les hypothèses suivantes :

#### **Gains**

- Le Nouveau-Brunswick attire le pourcentage suivant de diplômés en études médicales postdoctorales à l'échelle nationale :
  - 2 % entre 2003 et 2013, selon les données historiques (durant cette période, le Nouveau-Brunswick peut espérer recevoir entre 13 et 14 diplômés en études médicales postdoctorales), et une proportion accrue d'omnipraticiennes qui viendront bientôt rejoindre les rangs de la main-d'œuvre.
- En fonction des moyennes historiques, le Nouveau-Brunswick recrutera trois omnipraticiens diplômés à l'étranger par année entre 2003 et 2013.
- Le Nouveau-Brunswick recrutera un omnipraticien immigré ou de retour de séjour à l'étranger, outre les diplômés à l'étranger, entre 2003 et 2013.

#### **Départs**

- En fonction des moyennes historiques propres aux taux de départ à la retraite et du profil démographique des omnipraticiens dans la province, entre neuf et 14 omnipraticiens du Nouveau-Brunswick prendront leur retraite chaque année entre 2003 et 2013.
- En fonction des moyennes historiques propres aux taux de mortalité des médecins, un ou deux omnipraticiens du Nouveau-Brunswick décèderont chaque année entre 2003 et 2013.
- En fonction des moyennes historiques propres à l'émigration des médecins, quatre omnipraticiens du Nouveau-Brunswick émigreront chaque année entre 2003 et 2013.

De plus, en fonction des données historiques de migration interprovinciale des médecins, la migration interprovinciale est nulle car, au cours de la période de prévion, le nombre d'omnipraticiens qui quittent la province est égal au nombre d'omnipraticiens qui viennent y travailler.

Étant donné la nature dynamique de l'effectif des médecins, les scénarios de simulation ci-après démontrent les incidences de l'offre future possible d'omnipraticiens au Nouveau-Brunswick.

---

## SCÉNARIO 1A – Scénario de référence (tous les omnipraticiens)

Dans le présent scénario, les 609 omnipraticiens<sup>45</sup> inscrits dans la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick sont entrés dans le modèle, peu importe le niveau d'activité ou les domaines de pratique (clinique, administration, enseignement, etc.).

Le tableau ci-après donne les résultats de ce scénario de simulation qui illustre l'offre prévue de médecins au Nouveau-Brunswick à la fin de chaque exercice.

Tableau 47 – SCÉNARIO 1A – Scénario de référence (tous les omnipraticiens)

Tous les nouveaux omnipraticiens du Nouveau-Brunswick			
FIN DE L'EXERCICE	TOTAL DES OMNIPRATICIENS	% Femmes	% >55
Effectif minimal Mars 2003	609	37%	20%
2003	612	38%	18%
2004	615	39%	19%
2005	619	40%	21%
2006	622	42%	21%
2007	627	43%	22%
2008	632	44%	24%
2009	639	44%	25%
2010	648	45%	26%
2011	654	46%	26%
2012	660	47%	26%
2013	665	48%	29%

## SCÉNARIO 1B – Scénario de référence tenant compte de la pondération de la charge de travail

Selon les données de l'Assurance-maladie recueillies au cours des trois dernières années (2000-01 à 2002-03) (voir le paragraphe 6.3.2.6 – Activité relative des omnipraticiens selon l'âge et le sexe), et comme le révèlent les données de sondage des médecins, un outil de mesure et de dénombrement néo-brunswickois a été mis au point et permet de dresser un portrait assez précis de la façon dont les médecins exercent leur profession au Nouveau-Brunswick et les changements à prévoir au cours de la période de prévision de dix ans.

La pondération de la charge de travail tient compte des hypothèses et des observations suivantes :

- Les femmes médecins représentent une proportion croissante de l'effectif total des omnipraticiens.

---

<sup>45</sup> La base de données des médecins contient 612 omnipraticiens, dont trois ont plus de 80 ans. Ces derniers n'ont pas été inclus dans le modèle de prévision. Par conséquent, aux fins des modèles de prévision, on utilise un effectif de base de 609 omnipraticiens.

- Les femmes médecins voient moins de patients que leurs collègues masculins et quittent leur pratique plus tôt.
- Les nouveaux médecins ne travaillent pas de la même façon (cabinet plus petit et nombre moins élevé de patients) que les médecins plus âgés.
- Les médecins plus âgés réduisent progressivement leur pratique en préparation à leur retraite.
- La pondération de la charge de travail et de l'activité (présentée dans le tableau ci-après) est constante au cours de la période de prévision (par exemple la pondération propre à une femme médecin de 34 ans est de 0,65).

Le tableau ci-après présente la pondération de la charge de travail appliquée à l'effectif total des omnipraticiens.

**Tableau 48 – Activité relative des omnipraticiens selon l'âge et le sexe**

Âge	Sexe	Moyenne pondérée <sup>46</sup>
Moins de 35	F	0,65
	M	0,99
35-44	F	0,87
	M	1,02
45-54	F	0,87
	M	1,33
55-64	F	0,86
	M	1,25
65-74	F	s.o.
	M	0,92
75+	F	s.o.
	M	0,48

Les résultats du scénario 1B, présentés dans le tableau ci-après, prévoient l'effectif total des omnipraticiens tenant compte de la pondération de la charge de travail (par exemple résultats du scénario 1A multipliés par la pondération du tableau précédent).

<sup>46</sup> Moyenne pondérée des données de facturation de l'Assurance-maladie pour 2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003.



Tableau 49 – SCÉNARIO 1B – Scénario de référence tenant compte de la pondération de la charge de travail

<b>Tous les omnipraticiens – Charge de travail pondérée</b>	
<b>FIN DE L'EXERCICE</b>	<b>TOTAL des omnipraticiens charge de travail pondérée</b>
Effectif minimal Mars 2003	617
2004	626
2005	630
2006	635
2007	637
2008	635
2009	638
2010	644
2011	651
2012	652
2013	654

#### **SCÉNARIO 2A – Médecine familiale globale**

Le scénario 2 permet d'éliminer par filtrage plusieurs omnipraticiens en fonction de leurs réponses au sondage des médecins et de l'analyse de la facturation de l'Assurance-maladie propre à la prestation de services dans le cabinet de l'omnipraticien, comme il est décrit ci-dessous.

Dans le présent scénario, il est compris que les omnipraticiens ne sont pas en mesure d'offrir des soins primaires complets dans les cas suivants, et, par conséquent, ils en ont été exclus :

- s'ils travaillent en grande partie (>80 %) en salle d'urgence
- s'ils exercent en grande partie (>80 %) des fonctions d'assistant en salle d'opération
- s'ils assument en grande partie (>80 %) des fonctions d'administration médicale ou d'enseignement ou du travail au sein de comités
- s'ils sont en grande partie (>80 %) à l'emploi du gouvernement ou du secteur privé

**Le scénario 2A semble être un reflet plus réel de la situation future des omnipraticiens qui fournissent présentement à la population des services de soins primaires complets et fondamentaux.** Il représente les données actuelles (de même que l'information non confirmée) selon lesquelles une nouvelle tendance est apparue chez les omnipraticiens à offrir d'autres services que ceux offerts dans les bureaux traditionnels, un élément essentiel à la planification.

---

Les résultats du scénario 2A sont présentés dans le tableau ci-dessous<sup>47</sup>.

**Tableau 50 – SCÉNARIO 2A – Médecine familiale globale**

<b>Omnipraticiens – médecine familiale globale</b>			
<b>FIN DE L'EXERCICE</b>	<b>TOTAL DES OMNIPRATICIENS</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	533	38%	21%
2003	536	39%	19%
2004	541	40%	20%
2005	545	41%	21%
2006	549	42%	22%
2007	554	43%	22%
2008	560	45%	24%
2009	569	46%	26%
2010	578	47%	25%
2011	586	48%	26%
2012	593	49%	26%
2013	599	49%	29%

### **Omnipraticiens qui exercent leur profession autrement que dans un cabinet médical**

Aux fins de la planification de l'accès aux soins primaires, on a insisté sur le fait qu'il faudrait que les omnipraticiens se partagent la prestation de services dans des bureaux communautaires et la prestation de services autres que des soins primaires dans un cabinet médical. La facturation relative à l'emplacement du bureau devrait alors être considérée comme une mesure des services de soins primaires communautaires fondamentaux offerts par les omnipraticiens, ce qui nous amènerait à reconnaître que les omnipraticiens offrent des services à l'extérieur de leur cabinet dans le cadre de la médecine familiale globale et les facturent à l'Assurance-maladie. Le nombre d'omnipraticiens qui fournissent d'autres services que ceux offerts dans les bureaux traditionnels est considérable et peut mettre en péril l'efficacité du système des soins de santé dans la province. Au fil du temps, il faudra surveiller attentivement le pourcentage relatif des omnipraticiens qui offrent des soins autrement que dans un cabinet médical, par rapport à la demande réelle de soins primaires.

L'analyse de l'effectif actuel des omnipraticiens révèle qu'environ 76 omnipraticiens jouent un rôle important dans le système de santé autrement que dans un cabinet médical : ils travaillent par exemple en salle d'urgence, en salle d'opération ou dans les foyers de soins, ils assument des fonctions

---

<sup>47</sup> Nota : Les données de facturation de l'Assurance-maladie de l'exercice 2002-03 ne correspondent pas exactement à l'aperçu de l'offre actuelle tiré de la base de données de l'Assurance-maladie en mars 2003, à laquelle ont été ajoutées les données du sondage des médecins qui s'est tenu d'avril à juin 2003. Le scénario 2 représente donc une combinaison des données de ces deux sources.

d'administration médicale ou d'enseignement, ou ils sont à l'emploi du secteur privé ou du gouvernement. La grande majorité (40 d'entre eux soit près de 60 %) de ces omnipraticiens travaillent surtout en salle d'urgence; les autres exercent des fonctions d'assistant en salle d'opération (20 d'entre eux, ou 35 %) et des fonctions d'administration médicale (quatre omnipraticiens) et quelques-uns travaillent dans des foyers de soins ou sont à l'emploi du secteur privé ou du gouvernement.

Des 76 omnipraticiens exerçant ces fonctions dans le système de la santé, 16 d'entre eux sont présentement âgés de plus de 50 ans et seront admissibles à la retraite au cours de la période de prévision de 10 ans.

### SCÉNARIO 2B – Médecine familiale globale – charge de travail pondérée

On a utilisé la même méthode que celle utilisée dans le scénario 1B; les résultats du scénario 2B sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 51 – Médecine familiale globale – charge de travail pondérée

<b>Médecine familiale globale – charge de travail pondérée</b>	
<b>FIN DE L'EXERCICE</b>	<b>MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE charge de travail pondérée</b>
Effectif minimal Mars 2003	541
2004	548
2005	551
2006	557
2007	559
2008	559
2009	562
2010	568
2011	575
2012	579
2013	581

### SCÉNARIOS 3A et 3B – Médecine familiale globale – charge de travail pondérée et changements de pratique prévus

Les scénarios 3A et 3B reposent sur le scénario 2A. À la lumière des réponses au sondage des médecins toutefois, la pondération des médecins fluctue à la hausse ou à la baisse en fonction des changements de pratique prévus déclarés (augmentation ou diminution), l'ampleur prévue de tels changements (entre 0 et 100 %) et la durée. Seuls les médecins qui ont indiqué que leurs plans de pratique étaient permanents ont été inclus dans la présente pondération qui sera appliquée à toute la durée de la période de prévision. Il faut noter que cette pondération ne s'applique qu'à 55 % des omnipraticiens qui ont répondu au sondage et, par conséquent, il est possible que l'offre du présent scénario soit surestimée.

En outre, comme il a déjà été mentionné, le scénario 3B est inclus dans la pondération de la charge de travail. Les résultats de ces scénarios sont présentés dans le tableau ci-dessous.

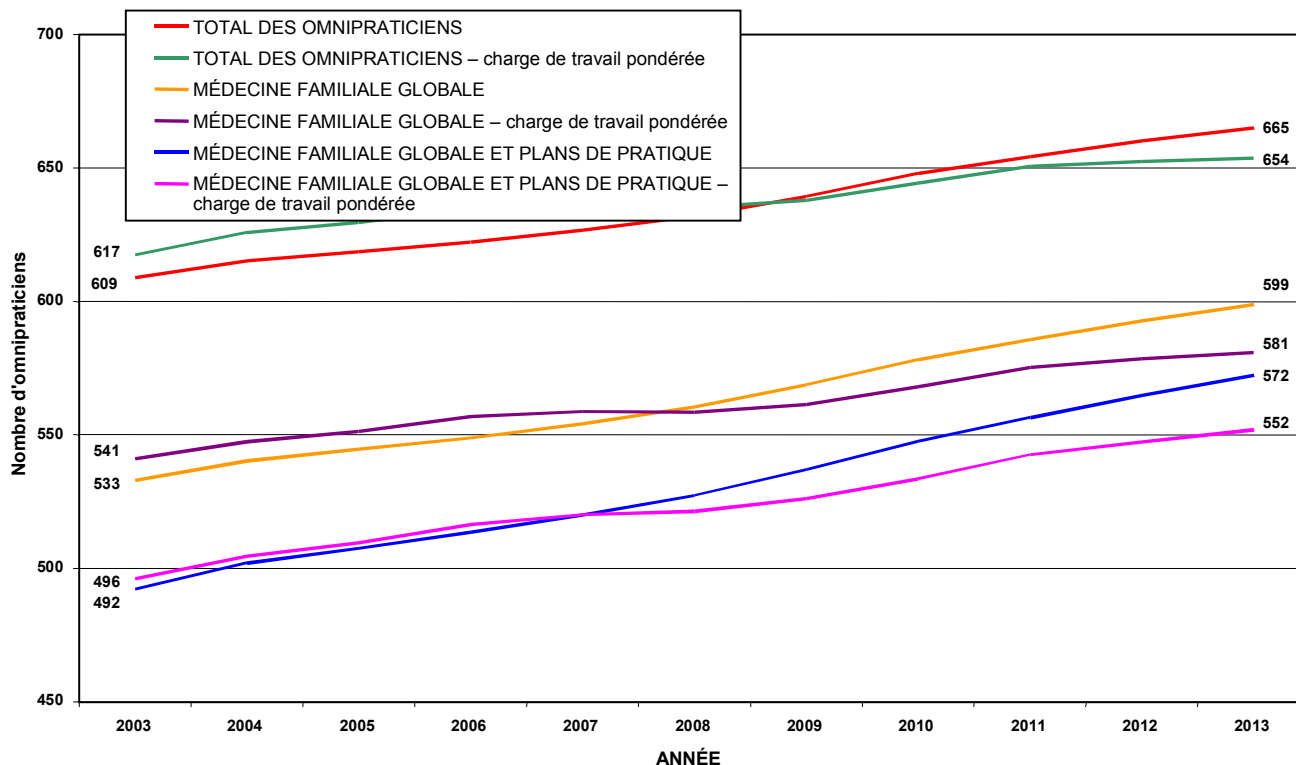
**Tableau 52 – SCÉNARIOS 3A et 3B – Médecine familiale globale – charge de travail pondérée et changements de pratique prévus**

<b>Médecine familiale globale – charge de travail pondérée et changements de pratique prévus</b>		
<b>FIN DE L'EXERCICE</b>	<b>Scénario 3A</b>	<b>Scénario 3B</b>
	<b>MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE</b>	<b>MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE <i>charge de travail pondérée</i></b>
2003	492	496
2004	502	505
2005	508	510
2006	513	516
2007	520	520
2008	527	521
2009	537	526
2010	548	534
2011	557	543
2012	565	547
2013	572	552

### **Sommaire des scénarios de simulation**

En fonction des trois scénarios décrits, le nombre d'omnipraticiens qui peuvent être disponibles au cours de la période de prévision de 10 ans (2003 à 2013) est présenté dans la figure ci-après.

**Figure 10 – Prédiction de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens (scénarios 1, 2 et 3)**



Comme l'illustre la figure ci-dessus, et en fonction du scénario utilisé pour décrire l'effectif d'omnipraticiens, l'offre des omnipraticiens varie de 492 à 617 médecins en 2003 à entre 552 et 665 médecins en 2013. La nature de la croissance de l'effectif d'omnipraticiens actuel et futur se caractérise comme suit :

- L'effectif actuel total de 609 omnipraticiens (ligne rouge) passe à 617 (ligne verte) si l'on applique la pondération de la charge de travail, ce qui veut dire que la partie de la main-d'œuvre dont la pondération moyenne est  $>1,0$  (hommes de plus de 65 ans) est plus importante que la partie de la main-d'œuvre dont la pondération moyenne est  $<1,0$  (femmes).
- Cette tendance demeure plus ou moins constante jusqu'en 2008-2009, où les lignes se recoupent, ce qui veut dire que le nombre de femmes médecins (pondération  $<1,0$ ) plus le nombre d'hommes médecins de plus de 65 ans (pondération de  $<1,0$ ) est plus grand que les hommes médecins de plus de 65 ans (pondération  $>1,0$ ).
- Par la suite (jusqu'en 2013), l'écart se creuse entre le nombre actuel d'omnipraticiens (ligne rouge) et les omnipraticiens dont la charge de travail a été pondérée (ligne verte), ce qui veut dire que, au cours de cette période, la partie de la main-d'œuvre dont la pondération est  $<1,0$  continue à croître et que la partie de la main-d'œuvre dont la pondération moyenne est  $>1,0$  continue à décroître.
- On a observé une tendance semblable dans l'effectif d'omnipraticiens global; l'écart entre le nombre d'omnipraticiens qui fournissent des soins de santé globaux (ligne orange) et les omnipraticiens dont

---

la charge de travail a été pondérée et qui fournissent des soins de santé globaux (ligne mauve) se rétrécit au début de la période de prévision, ce qui veut dire qu'il y a plus d'omnipraticiens dont la charge de travail a été pondérée à <1,0 (généralement des femmes) et cette tendance continue à croître au fil des ans.

- En outre, l'intersection des deux lignes (orange et mauve) se produit plus rapidement pour l'effectif total d'omnipraticiens et l'écart se creuse davantage entre 2007 et 2013, ce qui veut dire les omnipraticiennes et les omnipraticiens de plus de 65 ans continuent de former l'effectif médical au cours de cette période.
- Si l'on tient compte des changements de pratique prévus dans l'effectif d'omnipraticiens global, on remarque que le nombre de médecins qui prévoient réduire leurs activités dépasse largement le nombre de médecins qui veulent les accroître. Cette situation entraîne une réduction marquée de l'offre réelle de médecins desservant la population de la province.

En résumé, comme il a souvent été mentionné dans les paragraphes précédents, la présente analyse des ressources médicales du Nouveau-Brunswick reflète la tendance nationale soit la féminisation croissante de la profession médicale et le vieillissement de l'effectif d'omnipraticiens. À la lumière du fait que les omnipraticiennes tendent à réduire la taille de leur pratique et à traiter un plus petit nombre de patients que leurs collègues masculins, et que la charge de travail et le niveau d'activité des médecins plus âgés sont inférieurs à ceux des médecins de moins de 65 ans, on peut conclure que **les ressources médicales du Nouveau-Brunswick ne décroissent pas nécessairement en chiffres absolus, cependant, les médecins travaillent autrement et voient un nombre moindre de patients.** Cette conclusion s'appuie sur les changements de pratique prévus exprimés par les médecins qui ont répondu au sondage; les médecins de tous les groupes d'âge prévoient réduire leurs niveaux d'activité de 25 à 100 % de manière permanente. La mesure dans laquelle les niveaux d'acuité des cas a une incidence sur le nombre de patients rencontrés n'a pas été quantifiée dans la présente étude.

**Les incidences de cette analyse font qu'il est fort probable qu'un plus grand nombre d'omnipraticiens sera désormais nécessaire pour conserver le même niveau de soins primaires requis aujourd'hui par la population néo-brunswickoise.**

#### **Prévision de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire**

Selon le tableau et la figure de la page suivante, la prévision de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire évalue les taux de croissance de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens pour la période de dix ans (2003 à 2013) comme suit :

**Tableau 53 – Taux de croissance de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens (2003 à 2013)**

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7
<b>% croissance</b>	28%	15%	17%	26%	0%	15%	33%

Ces taux de croissance sont basés sur les données estimées suivantes :

**Gains** = Nouveaux venus aux études médicales postdoctorales et diplômés à l'étranger

---

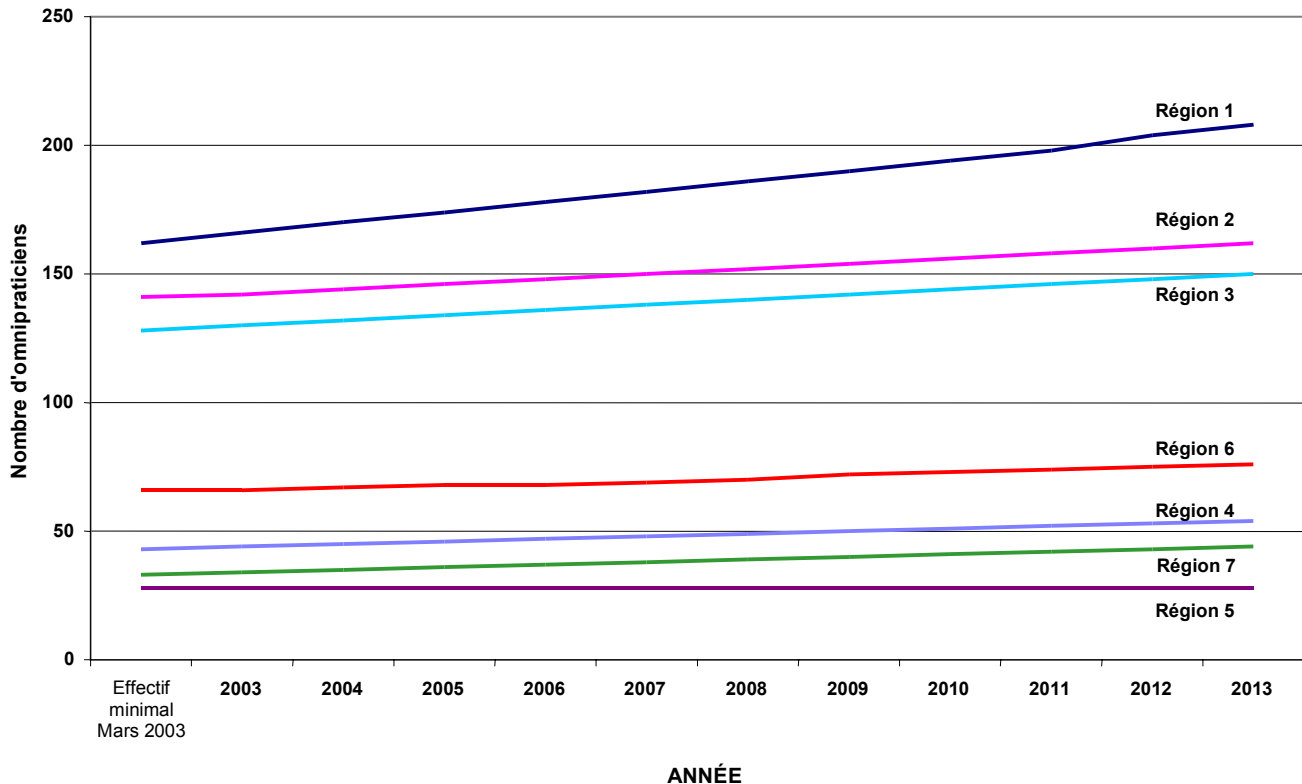
**Départs** = Retraites et décès

En raison de la faible taille des groupes sur le plan statistique aux fins de la prévision des besoins dans les régions sanitaires, les données suivantes auront un impact négligeable : immigration, émigration et migration interprovinciale.

**Tableau 54 – Prévision de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire**

<b>OMNIPRATICIENS – Prévision de l'offre selon la région sanitaire</b>							
<b>ANNÉE</b>	<b>Région 1</b>	<b>Région 2</b>	<b>Région 3</b>	<b>Région 4</b>	<b>Région 5</b>	<b>Région 6</b>	<b>Région 7</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>162</b>	<b>141</b>	<b>128</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>66</b>	<b>33</b>
2003	166	142	130	44	28	66	34
2004	170	144	132	45	28	67	35
2005	174	146	134	46	28	68	36
2006	178	148	136	47	28	68	37
2007	182	150	138	48	28	69	38
2008	186	152	140	49	28	70	39
2009	190	154	142	50	28	72	40
2010	194	156	144	51	28	73	41
2011	198	158	146	52	28	74	42
2012	204	160	148	53	28	75	43
2013	208	162	150	54	28	76	44

Figure 11 – Prédiction de l'offre de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire



En raison de la faible taille des groupes, une analyse plus détaillée des données régionales n'aurait aucune importance sur le plan statistique. Toutefois, les points saillants de la composition de l'effectif d'omnipraticiens actuel ajoutent à l'importance de la situation de la planification régionale, et devraient être surveillés pendant la période de planification afin d'améliorer la planification des ressources humaines en matière d'omnipraticiens selon chaque région.

Le tableau ci-après présente les régions sanitaires les plus touchées par les retraites prévues au cours de la période de prévision de dix ans, c'est-à-dire les régions 2, 5 et 6. Dans ces régions, 36 % de l'effectif d'omnipraticiens est âgé de plus de 50 ans et par conséquent font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

Tableau 55 – Retraites éventuelles au cours de la période de prévision de 10 ans par région sanitaire

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7
<b>Nombre (%) d'omnipraticiens de plus de 50 ans.</b>	33 sur 162 (20%)	52 sur 143 (36%)	40 sur 128 (31%)	9 sur 43 (21%)	10 sur 28 (36%)	24 sur 67 (36%)	10 sur 33 (30%)



En outre, comme le présente le tableau ci-dessous, les régions sanitaires 1, 3 et 6 sont les régions qui sont le plus actuellement la féminisation de la profession médicale, et par le fait même, se caractérisent par un plus petit nombre de patient et des pratiques plus petites. Ces régions emploient 46 %, 40 % et 39 % d'omnipraticiennes respectivement. Comme il a déjà été mentionné, la féminisation de la profession devrait continuer au-delà de la période de prévision de 10 ans.

Cette tendance doit maintenant faire partie intégrante de la planification des effectifs, car les modes de pratique des femmes diffèrent de ceux des hommes et les départs temporaires en raison de congés de maternité feront partie de la réalité. Les changements dans la composition selon le sexe de l'effectif régional d'omnipraticiens devraient faire l'objet d'un suivi au fil des ans afin d'assurer qu'on a tenu compte des considérations appropriées relatives à la planification des ressources médicales selon les variations régionales.

**Tableau 56 – Composition selon le sexe de l'effectif d'omnipraticiens selon la région sanitaire**

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7
<b>Hommes</b>	88 (54%)	101 (71%)	77 (60%)	29 (67%)	19 (68%)	41 (61%)	25 (76%)
<b>Femmes</b>	74 (46%)	42 (29%)	51 (40%)	14 (33%)	9 (32%)	26 (39%)	8 (24%)
<b>Total</b>	162	143	128	43	28	67	33

#### **6.3.2.9 Demande de services de médecine familiale<sup>48</sup>**

Un schéma de la méthode d'analyse de la demande est présenté au paragraphe 4.4.1 et la méthode détaillée figure à l'annexe H. Les principaux facteurs et résultats de l'analyse de la demande de services de médecine familiale sont présentés dans cette partie du rapport.

#### **Sources de données**

Les sources de données ayant servi à l'analyse et à la prévision de la demande d'omnipraticiens incluent :

- les données de facturation de l'Assurance-maladie pour 2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003;
- les données sur les congés des patients de 2001-2002.

L'analyse a initialement été effectuée pour 2001-2002 en recoupant les données de facturation de l'Assurance-maladie avec les données sur les congés des patients afin de vérifier la validité des données. Toutes les analyses de la demande actuelle et future étaient basées sur les données de facturation de l'Assurance-maladie et ont d'abord été effectuées pour 2001-2002, puis vérifiées avec les données de 2002-2003. Les résultats étaient très semblables pour les deux années.

---

<sup>48</sup> Les données et les analyses pour cette partie du rapport sont fournies par la direction des Services hospitaliers du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick avec l'aide du D<sup>r</sup> Antoni Basinski de THiiNC iMi.

Cette analyse a été effectuée pour tous les médecins inscrits en tant qu'omnipraticiens dans la base de données de facturation. Les médecins pratiquant à salaire ou à la séance peuvent ne pas être inclus. Les résultats des analyses doivent donc être interprétés en tenant compte des variations connues de la répartition et des niveaux d'activité des médecins ayant une pratique à salaire ou à la séance.

### **Influence des changements démographiques sur l'utilisation prévue des services d'omnipraticiens d'ici à 2013**

Environ 66 % de la population du Nouveau-Brunswick a eu au moins une consultation au cabinet au cours de l'année. Cependant, l'utilisation prévue des services de médecine familiale par la population varie selon l'âge et le sexe du patient. Comme prévu, pratiquement tous les enfants de quatre ans et moins voient un omnipraticien au moins une fois par année. Les enfants plus âgés et les adolescents ont des contacts moins fréquents avec les omnipraticiens, si bien que seulement 60 % des enfants de 10 à 14 ans consultent un omnipraticien chaque année. Plus de 80 % des femmes consultent un omnipraticien annuellement tout au long de leur vie, tandis que la proportion d'hommes ayant une consultation annuelle en médecine familiale augmente graduellement pour passer de 50 % dans le cas des hommes de 20 à 24 ans à 80 % dans le cas des hommes de plus de 65 ans. De plus, le nombre annuel moyen de consultations en médecine familiale selon l'âge et le sexe suit la même courbe. La figure 12 illustre les différences dans les facturations par personne selon l'âge et le sexe. La figure 13 montre la probabilité de consultation en médecine familiale selon l'âge et le sexe et la figure 14 présente le nombre annuel de consultations en médecine familiale selon l'âge et le sexe des patients. Il est clair que l'âge et le sexe ont une incidence significative sur l'utilisation des services de médecine familiale.

**Figure 12 – Utilisation des services de médecine familiale par personne, selon l'âge**

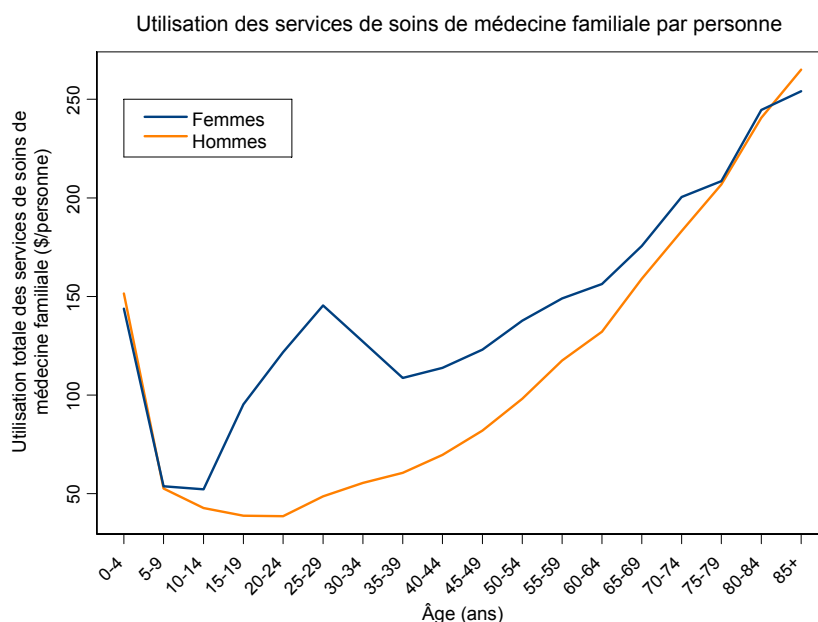


Figure 13 – Probabilité de consultation en médecine familiale, selon l'âge et le sexe

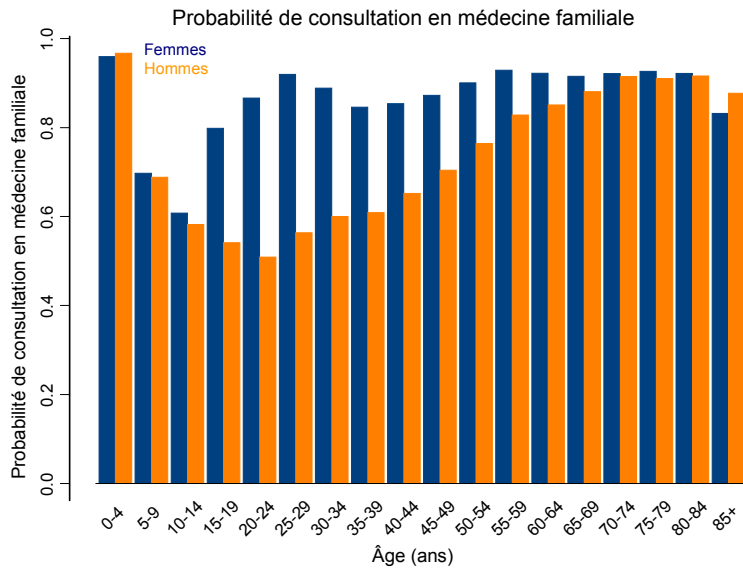
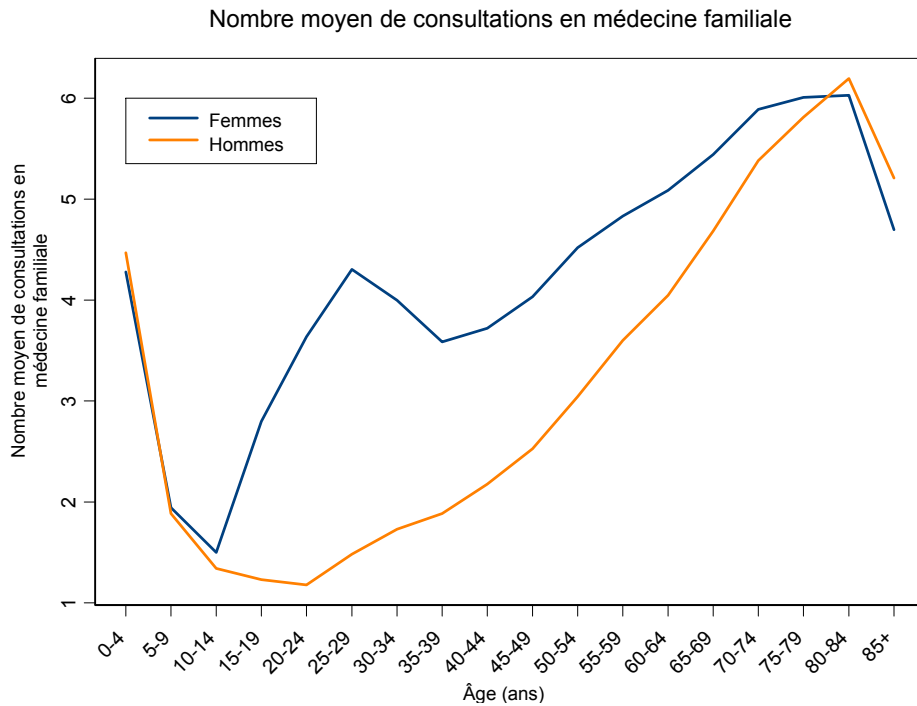


Figure 14 – Nombre moyen de consultations en médecine familiale par année, selon l'âge et le sexe



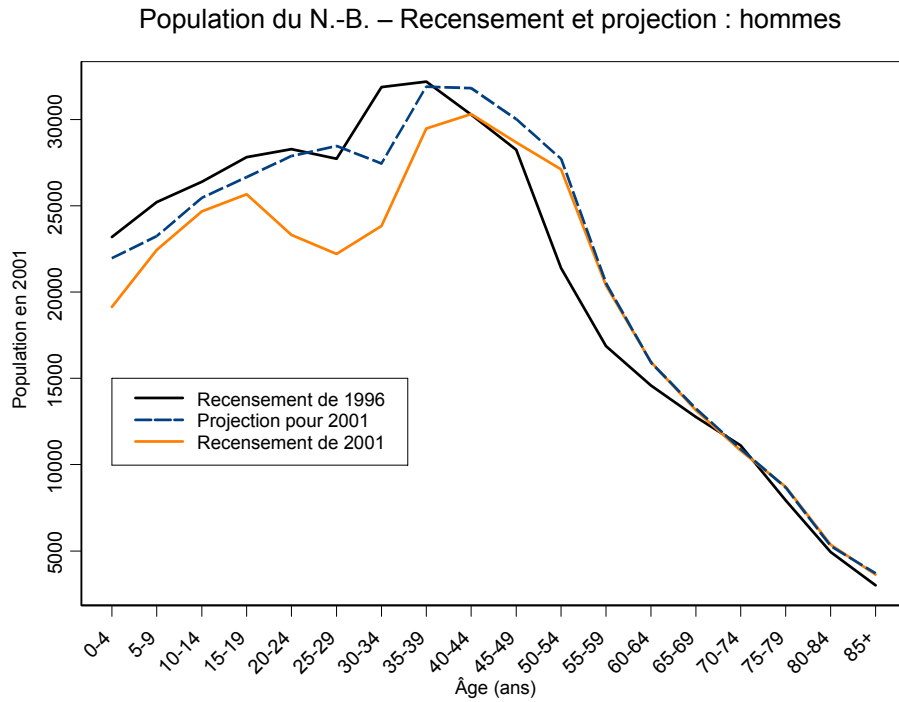
---

Le demande prévue de services de médecine familiale dépend donc du taux d'utilisation des services selon l'âge et le sexe et de la structure de la population. Afin d'estimer la demande future de services de médecine familiale, les taux actuels de services (facturation annuelle des services de « médecine familiale globale » par personne selon l'âge et le sexe) ont été calculés et appliqués à la taille et à la structure prévues de la population pour chaque région du Nouveau-Brunswick, pour chacune des années de 2001-2002 ou 2002-2003 à 2013.

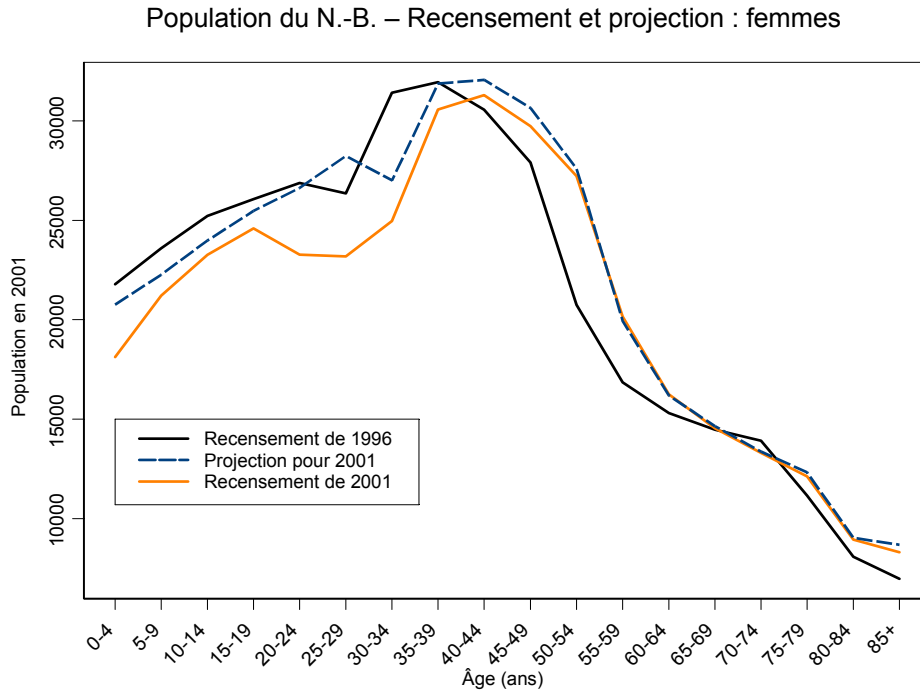
Les projections de la demande de services de médecine familiale sont basées sur les prévisions démographiques du Nouveau-Brunswick jusqu'en 2013, qui ont été préparées en 2000 à partir des projections existantes de Statistique Canada (basées sur les données du recensement de 1996). Malheureusement, les données du recensement de 2001 indiquent que les projections relatives à la structure de la population du Nouveau-Brunswick sont sérieusement compromises par des erreurs significatives.

Les prévisions démographiques ont grandement surestimé la taille globale et la structure de la population. Le vieillissement de la population a par contre été estimé correctement (comme le montre l'estimation correcte de la population des personnes de plus de 50 ans), mais les projections n'ont pas prévu l'importante migration nette des hommes de 20 à 35 ans et des femmes dans la vingtaine ainsi que la combinaison de l'exode des jeunes enfants qui accompagnent leurs parents et de la baisse du taux de natalité provincial causée par l'émigration des jeunes familles. Les chiffres suivants illustrent l'écart important entre les projections pour 2001 (basées sur le recensement de 1996) et les chiffres réels du recensement de 2001.

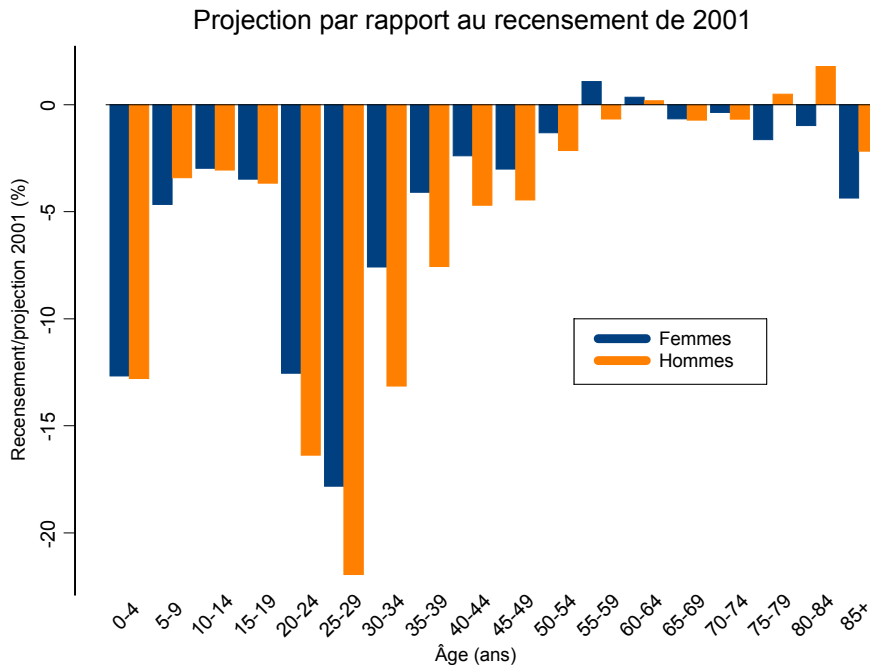
Figure 15 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Hommes



**Figure 16 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Femmes**



**Figure 17 – Prévisions démographiques comparées au recensement de 2001**



La structure de la population de la province en 2001 était donc complètement différente de la projection qui en avait été faite en 2000 à partir des données du recensement de 1996. Puisque les prévisions démographiques existantes d'ici à 2016 sont basées sur la même méthode, qui n'a pas tenu compte du phénomène de migration des jeunes adultes, les estimations de la demande future de services de médecine familiale doivent être considérées avec prudence.

Étant donné que les patients de 50 ans et plus comptent pour environ 50 % de la facturation des services de médecine familiale, l'augmentation de la demande due au vieillissement de la population doit être estimée avec précision à partir des prévisions démographiques existantes. Par contre, si le phénomène de migration se poursuit, entraînant une baisse globale de la population jeune, les modes de projection existants surestimeront l'augmentation des besoins de services de médecine familiale, surtout dans les domaines de la pédiatrie et de l'obstétrique.

L'augmentation prévue de la demande de services de médecine familiale a été calculée selon la méthode présentée à l'annexe H. Les besoins en fonction de la population et les exigences réelles quant au nombre de médecins par région sanitaire pour les années 2001 à 2013 ont ensuite été estimés à l'aide de ces prévisions. Les nombres prévus d'omnipraticiens ont alors été calculés pour les années à venir, en fonction de l'augmentation prévue de la demande. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 57 – Omnipraticiens « actifs » prévus par région pour 2001 et 2003 à 2013**

Région	Omnipraticiens « actifs » prévus 2001	Omnipraticiens « actifs » prévus 2003	Omnipraticiens « actifs » prévus 2004	Omnipraticiens « actifs » prévus 2005	Omnipraticiens « actifs » prévus 2006	Omnipraticiens « actifs » prévus 2007	Omnipraticiens « actifs » prévus 2008	Omnipraticiens « actifs » prévus 2009	Omnipraticiens « actifs » prévus 2010	Omnipraticiens « actifs » prévus 2011	Omnipraticiens « actifs » prévus 2012	Omnipraticiens « actifs » prévus 2013
1	121.1	122.5	123.7	125.0	126.2	127.3	128.4	129.4	130.5	131.5	132.4	133.2
2	112.7	113.4	114.1	114.9	115.6	116.3	117.1	117.9	118.7	119.4	120.2	121.0
3	106	107.1	108.1	109.2	110.2	111.2	112.3	113.3	114.3	115.3	116.2	117.2
4	33.9	34.3	34.7	35.1	35.5	35.8	36.2	36.5	36.8	37.1	37.4	37.6
5	20.1	20.2	20.3	20.4	20.5	20.6	20.8	20.9	21.0	21.0	21.2	21.3
6	54.3	54.8	55.2	55.6	56.1	56.5	56.9	57.3	57.7	58.1	58.5	58.8
7	30.2	30.3	30.4	30.5	30.6	30.7	30.9	31.0	31.1	31.2	31.5	31.6
Total	478.3	482.5	486.5	490.7	494.6	498.5	502.5	506.3	510.1	513.7	517.3	520.7

#### Prise en compte de la demande actuelle insatisfaite

**Le tableau ci-dessus présente les besoins prévus en matière de médecine familiale, selon l'utilisation passée des services de l'effectif d'omnipraticiens existant et les changements démographiques prévus au cours de la période de prévision de 10 ans.**

En plus de cette approche basée uniquement sur l'utilisation et la démographie, il est essentiel de prendre en compte ce qui est perçu comme étant une demande insatisfaite dans la province. La mesure de cette demande insatisfaite a été déterminée, d'après le comité directeur, être la pénurie actuelle d'omnipraticiens dans le système.

Un aperçu en date du 30 avril 2003 de la pénurie d'omnipraticiens (incluant les postes vacants, les nouveaux postes pas encore comblés et la pénurie par rapport aux objectifs de 2003-2004 établis par le Comité consultatif sur les ressources médicales) indiquait **61 postes d'omnipraticiens à combler** dans la province. Ce nombre s'ajoute au nombre prévu d'omnipraticiens « actifs » en 2003 (482,5), pour donner une demande perçue totale de 543,5 omnipraticiens. Le taux de croissance appliqué au nombre prévu d'omnipraticiens « actifs » est ensuite appliqué à ce nouveau nombre afin d'obtenir la demande perçue totale pour chaque année de la période de prévision. Le tableau correspondant figure à la page suivante.

**Tableau 58 – Demande perçue totale**

Année	OMNIPRATICIENS « ACTIFS » PRÉVUS <i>en fonction de l'utilisation et de la population</i>	TOTAL DE LA DEMANDE PERÇUE
2003	482.5	543.5
2004	486.5	548.0
2005	490.7	552.7
2006	494.6	557.1
2007	498.5	561.5
2008	502.5	566.0
2009	506.3	570.3
2010	510.1	574.6
2011	513.7	578.6
2012	517.3	582.7
2013	520.7	586.5

### **Santé de la population et services de médecine familiale**

Les données sur la santé de la population ne sont pas incluses dans l'analyse et la prévision de la demande de services de médecine familiale, puisque les variables confusionnelles influant sur la demande de services de médecine familiale sont trop nombreuses pour permettre l'établissement de liens directs entre la morbidité prévalente et la demande de services de médecine familiale correspondante.

### **Entrées pondérées sur la demande**

Un processus de planification rationnelle des ressources médicales devrait inclure une quantification des répercussions de toute politique provinciale sur la santé ou des modifications apportées aux modèles de prestation des services ayant une incidence matérielle sur la demande de services de médecins. Le plan provincial des services de santé, en cours d'élaboration par le gouvernement, est un élément crucial de la planification des ressources médicales. Les détails de ce plan n'étaient pas disponibles et n'ont donc pas pu être inclus dans ce rapport. Toutefois, à mesure que ces détails sont définis, ils doivent être intégrés dans le modèle de prévision, puisqu'il est fort probable que tous les changements proposés à la réalité actuelle influenceront de façon significative sur la demande de services.

#### **6.3.2.10 Analyse de l'écart**

### **Situation à l'échelle provinciale**

L'analyse de l'écart doit être utilisée comme ligne directrice pour la planification future, étant donné que la source de l'analyse est basée sur un scénario et inclut des hypothèses sur la nature de l'effectif d'omnipraticiens. Il est important que les chiffres ne soient pas isolés et examinés sans tenir compte du contexte général. L'analyse de l'écart vise à rapprocher les planifications de l'effectif de médecins de ce qu'on croit être la réalité de l'effectif actuel et futur.

S'ils ne sont pas abordés dès que possible dans la période de prévision, les besoins en matière d'omnipraticiens, présentés dans le tableau suivant, continueront d'augmenter avec le temps. Certains



facteurs qualitatifs peuvent aggraver la situation. En effet, plus la situation se détériore, plus la tension exercée sur l'effectif existant augmente, ce qui peut entraîner un taux d'attrition supérieur aux prévisions.

L'analyse de l'écart est plus précise si elle compare la demande des scénarios 3A et 3B (tableau 52) et la demande perçue totale (tableau 58). Cette analyse permet de comparer l'effectif d'omnipraticiens global (effectif total et charge de travail pondérée) et l'estimation la plus juste du nombre réel de médecins requis pour répondre à la demande, en plus de reconnaître l'existence d'une demande insatisfaite dans le système. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau ci-dessous. Le nombre estimé d'omnipraticiens requis chaque année de la prévision est représenté par les écarts entre les deux colonnes, qui dépendent de la façon dont les omnipraticiens de remplacement pratiquent. Ces chiffres représentent le nombre d'omnipraticiens nécessaires pour remplacer les médecins existants, en plus de ceux requis pour répondre à la nouvelle demande de services de la population.

**Tableau 59 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens au Nouveau-Brunswick (2003 à 2013)**

ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens au NOUVEAU-BRUNSWICK* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE <i>charge de travail pondérée</i>
2003	51,4	47,4
2004	45,9	43,4
2005	45,1	43,1
2006	43,6	40,8
2007	41,6	41,3
2008	38,5	44,5
2009	33,4	44,1
2010	27,0	41,0
2011	22,1	35,8
2012	17,8	35,2
2013	14,1	34,4

\* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la provinciale

En outre, en plus des besoins représentés par les écarts illustrés ci-dessus, certains médecins devant prendre leur retraite au cours des 10 prochaines années ont une clientèle plus nombreuse que celle que la nouvelle génération de médecins est prête à accepter. Plus précisément, 35 omnipraticiens de la province âgés de plus de 50 ans ont déclaré dans le sondage avoir une clientèle de 3 500 à plus de 5 500 patients actifs. Les nombres de patients déclarés par les médecins peuvent être gonflés ou non, cependant, selon l'analyse relative à la clientèle et aux niveaux d'activité, le système doit prévoir un taux de remplacement de 2,3 à 3,0 fois plus d'omnipraticiens pour prendre en charge les patients de ces médecins devant prendre leur retraite (selon la clientèle de 1 500 à 2 000 patients désirée par les nouveaux omnipraticiens).

**Les incidences de cette situation sont telles que le nombre de 40 omnipraticiens requis en moyenne pour la période de 10 ans, présenté dans le tableau 59, pourrait en fait augmenter de façon significative.**

Le gouvernement peut tenter d'atténuer ces pénuries éventuelles en accélérant grandement les modifications prévues aux modèles de prestation des services, comme l'exercice de la profession en collaboration et les centres de santé communautaires, et en élaborant des politiques de gestion des ressources médicales plus souples, faisant ainsi du Nouveau-Brunswick une province conviviale pour les médecins. Une planification active de la relève, exigeant la collaboration du ministère, de la communauté médicale, des régies régionales de la santé et de leurs communautés respectives, sera également requise en complément des efforts de recrutement afin de gérer cette situation.

### Situation à l'échelle régionale

Dans cette partie, les besoins en matière de médecins représentés dans l'analyse précédente pour l'ensemble de la province sont divisés par région sanitaire. Toutefois, il est important de signaler que la marge d'erreur augmente avec la faible grandeur des données régionales, ce qui limite considérablement cette approche. **Une importante mise en garde doit donc être faite face aux besoins régionaux en matière de médecins présentés dans les pages suivantes : ces données doivent servir uniquement à documenter la planification rigoureuse à l'échelle régionale.**

La répartition de la demande provinciale selon les régions sanitaires est présentée dans le tableau suivant :

**Tableau 60 – Répartition par région sanitaire de la demande provinciale de services de médecine familiale**

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7
<b>% du besoin total en matière d'omnipraticiens</b>	23,4%	22,9%	21,4%	8,6%	4,1%	12,8%	6,8%

Les tableaux 61 à 67, figurant aux pages suivantes, présentent les besoins prévus des régions sanitaires en matière d'omnipraticiens pour chaque année de la période de prévision de 10 ans. Comme la prévision provinciale, la prévision régionale présente des écarts selon la caractérisation de l'effectif d'omnipraticiens (médecine familiale globale et charge de travail pondérée). De plus, les tableaux fournissent une répartition des besoins prévus en matière d'omnipraticiens en précisant la portion des besoins due aux remplacements (retraites et décès) ou à une nouvelle demande de services de médecine familiale. Cette répartition vise uniquement à orienter les planificateurs, puisqu'il sera essentiel de comparer les prévisions aux renseignements propres à la région en collaboration avec chacune des régions.

Tous les tableaux tiennent compte du remplacement des médecins retraités ou décédés, de la nouvelle demande prévue et du facteur des nouveaux diplômés en formation médicale postdoctorale, basé sur la capacité traditionnelle du Nouveau-Brunswick d'attirer 2 % des nouveaux diplômés en études médicales postdoctorales à l'échelle nationale chaque année au cours des 10 dernières années. Pour la période de prévision de 10 ans (2003 à 2013), cela représente de 13 à 19 nouveaux venus dans l'effectif d'omnipraticiens du Nouveau-Brunswick chaque année, répartis proportionnellement dans les diverses régions sanitaires. Les besoins en matière de médecins prévus dans les tableaux suivants viennent donc s'ajouter au nombre de nouveaux diplômés en formation médicale postdoctorale généralement accueillis par la province chaque année.

---

Les besoins régionaux actuels (2003) en matière d'omnipraticiens présentés dans les tableaux suivants, et dans les limites décrites précédemment, sont les suivants :

Région 1 : 11 ou 12 omnipraticiens (7,2 % de l'effectif actuel de la région 1)

Région 2 : 11 ou 12 omnipraticiens (8,3 % de l'effectif actuel de la région 2)

Région 3 : 10 ou 11 omnipraticiens (8,4 % de l'effectif actuel de la région 3)

Région 4 : 4 ou 5 omnipraticiens (10,6 % de l'effectif actuel de la région 4)

Région 5 : 2 omnipraticiens (7,5 % de l'effectif actuel de la région 5)

Région 6 : 6 ou 7 omnipraticiens (10,1 % de l'effectif actuel de la région 6)

Région 7 : 3 ou 4 omnipraticiens (10,9 % de l'effectif actuel de la région 7)

En général, les besoins prévus en matière d'omnipraticiens diminuent chaque année de la période de 2003 à 2013, cependant, il est important de signaler que la gestion active de l'effectif régional d'omnipraticiens est essentielle, puisque la prévision des besoins ne tient pas compte du remplacement des omnipraticiens ayant une clientèle importante qui prennent leur retraite. **Comme il a déjà été mentionné dans l'analyse de la médecine familiale à l'échelle provinciale, selon les nouveaux modes de pratique, on peut prévoir qu'il faudra de 2,3 à 3,0 omnipraticiens pour remplacer chaque omnipraticien ayant une clientèle importante, ce qui signifie que les besoins dépasseront les prévisions présentées dans les tableaux suivants dans quelques années.** Ce phénomène est surtout pertinent dans les régions sanitaires dont l'effectif compte un fort pourcentage de médecins de plus de 50 ans, comme le montre le tableau 55.

Tableau 61 – Région 1 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

RÉGION 1				
ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE charge de travail pondérée	Remplacement approx.**	Nouvelle demande approx.
2003	12,0	11,1	1,3	10,7
2004	10,7	10,2	1,4	9,3
2005	10,6	10,1	1,8	8,8
2006	10,2	9,5	1,8	8,4
2007	9,7	9,7	2,0	7,7
2008	9,0	10,4	2,2	6,8
2009	7,8	10,3	2,0	5,8
2010	6,3	9,6	2,2	4,1
2011	5,2	8,4	2,6	2,6
2012	4,2	8,2	2,9	1,3
2013	3,3	8,1	2,9	0,4

\* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.  
\*\* en raison de départs à la retraite ou de décès

Tableau 62 – Région 2 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

RÉGION 2				
ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE charge de travail pondérée	Remplacement approx.**	Nouvelle demande approx.
2003	11.8	10.8	3.3	8.5
2004	10.5	9.9	3.0	7.5
2005	10.3	9.9	2.9	7.4
2006	10.0	9.3	2.7	7.3
2007	9.5	9.5	2.7	6.8
2008	8.8	10.2	2.9	5.9
2009	7.6	10.1	2.8	4.8
2010	6.2	9.4	2.7	3.5
2011	5.1	8.2	3.2	1.9
2012	4.1	8.1	3.3	0.8
2013	3.2	7.9	3.2	0.0

\* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.  
\*\* en raison de départs à la retraite ou de décès

Tableau 63 – Région 3 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

RÉGION 3				
ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE <i>charge de travail pondérée</i>	Remplacement approx.**	Nouvelle demande approx.
2003	11.0	10.1	2.5	8.5
2004	9.8	9.3	2.4	7.4
2005	9.7	9.2	2.3	7.4
2006	9.3	8.7	2.5	6.8
2007	8.9	8.8	2.6	6.3
2008	8.2	9.5	2.8	5.4
2009	7.1	9.4	2.5	4.6
2010	5.8	8.8	2.4	3.4
2011	4.7	7.7	2.9	1.8
2012	3.8	7.5	2.9	0.9
2013	3.0	7.4	2.9	0.1
* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.			** en raison de départs à la retraite ou de décès	

Tableau 64 – Région 4 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

RÉGION 4				
ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE <i>charge de travail pondérée</i>	Remplacement approx.**	Nouvelle demande approx.
2003	4.4	4.1	0.5	3.9
2004	3.9	3.7	0.8	3.1
2005	3.9	3.7	0.7	3.2
2006	3.8	3.5	0.7	3.1
2007	3.6	3.6	0.6	3.0
2008	3.3	3.8	0.2	3.1
2009	2.9	3.8	0.5	2.4
2010	2.3	3.5	0.5	1.8
2011	1.9	3.1	0.6	1.3
2012	1.5	3.0	0.6	0.9
2013	1.2	3.0	0.7	0.5
* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.			** en raison de départs à la retraite ou de décès	

Tableau 65 – Région 5 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

RÉGION 5				
ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE charge de travail pondérée	Remplacement approx.**	Nouvelle demande approx.
2003	2.1	1.9	0.9	1.2
2004	1.9	1.8	0.8	1.1
2005	1.9	1.8	0.9	1.0
2006	1.8	1.7	0.9	0.9
2007	1.7	1.7	0.9	0.8
2008	1.6	1.8	0.7	0.9
2009	1.4	1.8	0.6	0.8
2010	1.1	1.7	0.6	0.5
2011	0.9	1.5	0.7	0.2
2012	0.7	1.4	0.7	0.0
2013	0.6	1.4	0.6	0.0

\* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.      \*\* en raison de départs à la retraite ou de décès

Tableau 66 – Région 6 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

RÉGION 6				
ANNÉE	Besoins en matière d'omnipraticiens* <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE	MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE charge de travail pondérée	Remplacement approx.**	Nouvelle demande approx.
2003	6.6	6.1	1.7	4.9
2004	5.9	5.6	1.5	4.4
2005	5.8	5.5	1.5	4.3
2006	5.6	5.2	1.6	4.0
2007	5.3	5.3	1.5	3.8
2008	4.9	5.7	1.3	3.6
2009	4.3	5.6	1.2	3.1
2010	3.5	5.2	1.2	2.3
2011	2.8	4.6	1.3	1.5
2012	2.3	4.5	1.4	0.9
2013	1.8	4.4	1.5	0.3

\* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.      \*\* en raison de départs à la retraite ou de décès

Tableau 67 – Région 7 – Besoins prévus en matière d'omnipraticiens

<b>RÉGION 7</b>				
<b>ANNÉE</b>	<b>Besoins en matière d'omnipraticiens*</b> <i>tenant compte des remplacements et de la prévision de nouvelle demande</i>		<b>Répartition des besoins en matière de médecine familiale globale</b> <i>en fonction des valeurs dans la colonne « Médecine familiale globale » à gauche.</i>	
	<b>MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE</b>	<b>MÉDECINE FAMILIALE GLOBALE</b> <i>charge de travail pondérée</i>	<b>Remplacement approx.**</b>	<b>Nouvelle demande approx.</b>
2003	3.5	3.2	0.4	3.1
2004	3.1	3.0	0.4	2.7
2005	3.1	2.9	0.5	2.6
2006	3.0	2.8	0.5	2.5
2007	2.8	2.8	0.6	2.2
2008	2.6	3.0	0.6	2.0
2009	2.3	3.0	0.6	1.7
2010	1.8	2.8	0.5	1.3
2011	1.5	2.4	0.7	0.8
2012	1.2	2.4	0.8	0.4
2013	1.0	2.3	0.7	0.3

\* Ces données servent uniquement à documenter la planification rigoureuse des ressources médicales à l'échelon de la région.

\*\* en raison de départs à la retraite ou de décès

---

## 6.4 Médecine spécialisée – situation actuelle et aperçu de la situation future

L'Association médicale canadienne définit un médecin spécialiste comme étant un médecin qui a satisfait aux exigences en matière de formation, de délivrance de titre et certificats et d'évaluation fixées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Vingt des trente-cinq examens spécialisés du Collège des médecins du Québec (CMQ) ont été entièrement intégrés à ceux du CRMCC. Les médecins exerçant au Canada qui ne sont pas accrédités par le CRMCC ou le CMQ peuvent être reconnus par le Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick en vertu de leur formation et de leur domaine de pratique combinés.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que 5 895 résidents reçoivent actuellement une formation de spécialiste au Canada. D'ordinaire, la durée de la formation médicale postdoctorale en médecine spécialisée varie de quatre à sept ans. Les divers programmes de spécialité et leur durée sont expliqués dans les sections ci-dessous.

Le paragraphe portant sur la médecine spécialisée renferme plusieurs sous-paragraphes principaux. Le premier sous-paragraphe présente une vue d'ensemble de l'effectif des médecins spécialistes dans la province, puis les suivants traitent des groupes de spécialités médicales et de chirurgie et fournissent une analyse propre à chaque spécialité.

Ces paragraphes décrivent la situation actuelle de chaque groupe de spécialités à partir des renseignements disponibles. Il importe de noter que pour certains groupes de spécialités, il a été impossible d'effectuer une prévision de l'offre méthodique et conséquemment une analyse de l'écart méthodique en raison de la faible taille du groupe (moins de 25 médecins). Cependant, des conclusions relatives à l'offre reposant sur les retraites prévues sont fournies et une analyse de l'écart non officielle fondée sur le nombre actuel de médecins, les postes vacants, les retraites prévues et la croissance de la demande prévue est présentée. La croissance de la demande prévue, lorsque l'information est disponible, est fondée sur le nombre réel de spécialistes; si cette information n'est pas disponible, elle repose sur l'offre réelle de spécialistes.

### 6.4.1 Effectif de médecins spécialistes au Nouveau-Brunswick <sup>49</sup>

#### Sexe et âge

La base de données des médecins du Nouveau-Brunswick compte 627 médecins spécialistes.

---

<sup>49</sup> Les sources de données et d'analyse de le présent paragraphe sont les suivantes :

Offre : Base de données du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick et sondage des médecins du Nouveau-Brunswick.

Demande : Direction des Services hospitaliers du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick avec l'aide du D<sup>r</sup> Antoni Basinski de THiNC iMi (données fournies par la direction des Services hospitaliers et l'Assurance-maladie).



Les éléments de données selon l'âge, le sexe et la région sont entièrement intégrés dans la base de données. Une analyse selon le groupe d'âge et le sexe fournit les résultats suivants également présentés dans le tableau ci-suitant.

Des 627 médecins spécialistes, la majorité soit 497 (79 %) sont des hommes et 130 (21 %) sont des femmes. La répartition la plus égale entre les hommes et les femmes est observée dans le groupe d'âge des moins de 30 ans, où la représentation est égale. Le nombre relatif de femmes, en pourcentage du nombre total de médecins spécialistes, change directement selon l'âge; dans le groupe d'âge de 31 à 35 ans, le pourcentage chute à 40 %, puis à entre 20 et 25 % de 36 à 50 ans, et décroît considérablement par la suite.

Dans le cas des hommes, la répartition est relativement égale entre ceux de moins de 50 ans et ceux de plus de 50 ans. Pour ce qui est des femmes, la majorité des spécialistes (80 %) font partie du groupe des moins de 50 ans (103 sur 130).

Un fait particulièrement intéressant pour ce groupe est celui que 252 des 497 médecins spécialistes (50 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans. En outre, 64 femmes spécialistes (50 % de toutes les femmes ou 13 % du nombre total de spécialistes) ont moins de 40 ans et sont donc considérées comme étant en âge d'avoir des enfants.

**Tableau 68 – Analyse selon le groupe d'âge et le sexe des médecins spécialistes**

	<=30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	>80	Total
<b>Hommes</b>	3	54	80	74	61	56	66	53	32	14	3	1	497
Rangée %	1	11	16	15	12	11	13	11	6	3	0.6	0.2	100
Colonne %	50	60	75	80	75	88	89	90	86	100	100	100	79
<b>Femmes</b>	3	35	26	19	20	8	8	6	5	0	0	0	130
Rangée %	2	27	20	15	15	6	6	5	4	0	0	0	100
Colonne %	50	40	25	20	25	12	11	10	14	0	0	0	21
<b>TOTAL</b>	6	89	106	93	81	64	74	59	37	14	3	1	627
Rangée %	1	14	17	15	13	10	12	9.3	6	2	0.5	0.2	100

## Régions sanitaires

La répartition des médecins spécialistes selon la région sanitaire, fondée uniquement sur les données de la base de données, est présentée dans le tableau suivant (pourcentages arrondis) :

**Tableau 69 – Répartition des médecins spécialistes selon la région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
184	162	110	41	31	56	26	17	627
29%	26%	18%	7%	5%	9%	4%	3%	100%
*EP = extérieur de la province								

Les éléments de données suivants proviennent du sondage sur l'analyse de l'offre et de la demande des ressources médicales du Nouveau-Brunswick et, de ce fait, ne sont pas entièrement intégrés à la base de données.

Dans l'ensemble, 58 % (361 des 627) de tous les médecins spécialistes, répartis dans toutes les régions, ont répondu au questionnaire de sondage. Le tableau suivant présente le pourcentage relatif de médecins spécialistes dans chaque région.

**Tableau 70 – Taux de réponse au sondage par région des médecins spécialistes**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7
94	119	70	17	14	27	17
51%	73%	64%	41%	45%	48%	65%

## Langue

Le sous-paragraphe 6.2.3 présente, à partir des données du sondage, le profil des compétences linguistiques (anglais seulement, français seulement, bilingue) des médecins spécialistes dans les catégories médecine interne, médecine de laboratoire ou spécialité de chirurgie. En moyenne, de 75 à 79 % des spécialistes des quatre catégories ayant répondu au sondage ont indiqué n'être à l'aise qu'en anglais; à l'exception des médecins de médecine de laboratoire, 22 % en moyenne se considèrent comme étant bilingues et 2,1 % précisent n'être à l'aise qu'en français.

## Profil de pratique

L'analyse du profil de pratique fournie dans les pages suivantes vise à comprendre où et comment les médecins spécialistes exercent leur profession en ce qui a trait aux domaines de pratique clinique, les activités dans cette pratique et les milieux de soins de santé dans lesquels ils travaillent. Les tableaux suivants et les analyses connexes établissent le profil détaillé de pratique des médecins spécialistes au Nouveau-Brunswick d'après les réponses du sondage.

**Tableau 71 – Pourcentage du temps consacré par les médecins spécialistes aux activités liées à leur pratique**

Activités	% du temps consacré – hommes médecins	% du temps consacré – femmes médecins	% total du temps consacré
Pratique clinique assurée – facturable à l'Assurance-maladie du N.-B. ( <b>excluant les heures en appel</b> ); p. ex. paiement à l'acte, salaire, séance ou autres modes de paiement	80.9 272	74.3 78	79.4 350
Temps consacré au travail administratif; p. ex. formulaires, lettres, demandes d'indemnité, appels téléphoniques	7.8 203	14.0 63	9.3 266
Administration médicale; p. ex. chef de département, médecin-chef, vice-président de la médecine	8.0 91	14.3 14	8.8 105
Enseignement	6.6	7.8	6.9

Activités	% du temps consacré – hommes médecins	% du temps consacré – femmes médecins	% total du temps consacré
	140	48	188
Pratique clinique non assurable (paiement par des tiers); p. ex. CSSIAT, GRC, demandes d'indemnité	6.6 176	7.0 37	6.6 213
Travail au sein de comités; p. ex. gouvernement, régie régionale de la santé, Société médicale du Nouveau-Brunswick	4.6 99	5.2 31	4.8 130
Autres (veuillez préciser)	10.9 32	9.0 13	10.4 45

Des 361 médecins spécialistes qui ont répondu au sondage, 350 ont indiqué consacrer la majorité de leur temps à la pratique clinique assurable. Le reste de leur temps est principalement réparti, en ordre décroissant de grandeur, entre le travail administratif, les tâches d'administration médicale, l'enseignement, la pratique clinique non assurable et le travail au sein de comités.

La répartition du temps entre les diverses activités liées à la pratique varie manifestement selon le sexe. Les hommes spécialistes accordent près de 81 % de leur temps à la pratique clinique assurable, alors que les femmes y consacrent environ 75 % de leur temps, différence statistiquement significative (intervalle de confiance de 99,9 %). Les femmes spécialistes consacrent près de deux fois plus de temps que les hommes au travail administratif, différence statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 99,99 %, et accordent 6,3 % de plus de temps que les hommes aux tâches d'administration médicale, autre différence statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 96 %. Le sexe n'a aucune incidence quant au temps consacré à la pratique clinique non assurable.

## Milieus de pratique

Le tableau suivant représente, par groupe d'âge, les résultats d'une analyse du pourcentage relatif du temps consacré par tous les médecins spécialistes à huit activités exercées en milieu hospitalier et à 12 activités liées à la médecine communautaire. Il est important de noter que chaque rangée du tableau indique le pourcentage du temps consacré à l'activité par les médecins ayant indiqué une réponse seulement.

Les résultats n'affichent pas un total de 100 %, car chaque catégorie compte un nombre différent de médecins ayant répondu au sondage. Dans les cas où moins de cinq médecins ont répondu, les résultats ont été supprimés afin d'assurer la confidentialité.

**Tableau 72 – Milieux de pratique des médecins spécialistes par groupe d'âge**

<b>Activités</b>	<b>Âge inférieur ou égal à 40 ans % du temps consacré</b>	<b>Âge de 41 à 55 ans % du temps consacré</b>	<b>Âge supérieur à 55 ans % du temps consacré</b>	<b>% total du temps consacré</b>
<b>MILIEU HOSPITALIER</b>				
Service d'urgence	12.87	11.90	12.17	12.28
Gériatrie et soins de longue durée	***	0.00	***	17.83
Médecine hospitalière*	25.00	46.50	47.86	42.04
Hospitalisation des patients	44.16	47.04	43.06	44.92
Oncologie	38.56	31.75	47.86	40.45
Autres (veuillez préciser)	65.00	66.43	68.75	66.88
Service de consultations externes	33.54	33.20	29.46	32.28
Assistance en salle d'opération	30.29	39.84	27.70	33.05
<b>MÉDECINE COMMUNAUTAIRE</b>				
Centre de santé communautaire	***	***	***	***
Extra-mural	2.50	5.40	4.17	4.13
Gouvernement ou société d'État	8.00	10.00	7.33	8.00
Visites à domicile	6.25	3.67	8.60	6.58
Remplacement	***	***	***	***
Clinique de santé mentale	***	62.86	***	56.07
Foyer de soins	***	***	***	21.89
Autres (veuillez préciser)	***	6.83	37.67	19.47
Cabinet de médecin	39.16	50.81	54.33	48.64
Secteur privé (y compris les essais cliniques)	3.62	5.50	***	4.95
Santé publique	***	***	***	***
Clinique sans rendez-vous ou après les heures normales	***	***	***	***

Comme il fallait s'y attendre, les médecins spécialistes passent la majorité de leur temps en milieu hospitalier et à leur cabinet.

Les résultats relatifs aux médecins spécialistes reflètent également en grande partie leurs spécialités particulières. Par exemple, bien que le tableau indique qu'en milieu hospitalier les spécialistes consacrent 40,45 % de leur temps à l'oncologie, ces résultats ne s'appliquent qu'aux 20 spécialistes exerçant dans ce domaine.

De même, les données révèlent que les médecins spécialistes ne consacrent pas de temps aux domaines de la médecine communautaire tels que les centres de santé communautaires, les foyers de soins, la santé publique et les cliniques sans rendez-vous.

En ce qui concerne la médecine communautaire, en général, les 361 médecins spécialistes ayant répondu au sondage ont indiqué consacrer près de la moitié (48,64 %) de leur temps au travail à leur cabinet. Le temps consacré varie selon le groupe d'âge à un niveau statistiquement significatif (intervalle de confiance de 99,80 %). Les résultats démontrent que le temps alloué au travail au cabinet augmente avec l'âge du médecin.

S'occuper des malades hospitalisés constitue l'activité la plus commune en milieu hospitalier, 269 spécialistes ayant indiqué consacrer un certain temps à cette activité. En général, les 269 médecins consacrent 44,94 % de leur temps à s'occuper des malades hospitalisés. Il n'y a aucune différence statistiquement significative dans les réponses parmi les trois groupes d'âge présentés dans le tableau.

Par ailleurs, 157 des 361 spécialistes ont indiqué offrir des services de consultations externes. Ces services représentent près du tiers (32,28 %) du temps total attribué par les spécialistes. Les résultats ne varient pas selon le groupe d'âge à un niveau statistiquement significatif.

## Niveaux d'activité

### Nombre de jours de travail prévus à l'horaire

Les réponses des médecins spécialistes, selon le groupe de pratique, ont été analysées en ce qui a trait au nombre de jours de travail prévus à l'horaire. Cette section comprend trois analyses distinctes qui examinent cette variable selon le milieu de pratique, le groupe d'âge et le sexe.

**Tableau 73 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le groupe de pratique**

% colonne	Médecine familiale	Médecine interne	Spécialités de médecine de laboratoire	Spécialités médicales	Spécialités de chirurgie	Total
1 jour	2 0.61	3 4.92	1 5.00	5 3.33	7 6.03	18
2 jours	20 6.13	7 11.48	0 0.00	6 4.00	22 18.97	55
3 jours	45 13.80	6 9.84	0 0.00	4 2.67	29 25.00	84
4 jours	93 28.53	16 26.23	0 0.00	22 14.67	27 23.28	158

% colonne	Médecine familiale	Médecine interne	Spécialités de médecine de laboratoire	Spécialités médicales	Spécialités de chirurgie	Total
5 jours	119 36.50	23 37.70	1 5.00	71 47.33	26 22.41	240
Plus de 5 jours	6 1.84	3 4.92	0 0.00	5 3.33	2 1.72	16
Sans objet	41 12.58	3 4.92	18 90.00	37 24.67	3 2.59	102
Total	326	61	20	150	116	673

Le domaine de pratique des médecins influe modérément sur le nombre de jours de travail hebdomadaire durant lesquels ils rencontrent des patients avec rendez-vous et les différences entre les réponses parmi les cinq groupes présentés dans le tableau précédent sont statistiquement significatives dans un intervalle de confiance de 95 %.

À l'exclusion des omnipraticiens, les médecins spécialistes sont ceux ayant indiqué en plus grand nombre avoir un horaire de cinq jours de travail prévus par semaine. Près de la moitié (47,3 %) de tous les spécialistes travaillent cinq jours par semaine. Les spécialistes en médecine interne travaillent également cinq jours par semaine mais en moins grand nombre (37,7 %).

La majorité des chirurgiens spécialistes rencontrent des patients avec rendez-vous trois jours par semaine (25 %), mais la charge de travail est presque répartie également parmi ceux travaillant deux, quatre et cinq jours par semaine. Il s'agit de la charge de travail la plus également « équilibrée » de tous les groupes de pratique.

Environ 11 % des médecins spécialistes ont indiqué travailler deux jours par semaine ou moins. Quelque 2 % de tous les médecins ont affirmé travailler plus de cinq jours par semaine, mais les spécialistes en médecine interne travaillant plus de cinq jours par semaine sont en moyenne près de deux fois plus nombreux que les autres médecins.

**Tableau 74 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le groupe d'âge (médecins spécialistes)**

% colonne	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
1 jour	1 1.03	8 5.97	7 6.03	16
2 jours	13 13.40	11 8.21	11 9.48	35
3 jours	15 15.46	11 8.21	13 11.21	39
4 jours	21 21.65	19 14.18	25 21.55	65

% colonne	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
5 jours	30 30.93	57 42.54	34 29.31	121
Plus de 5 jours	3 3.09	3 2.24	4 3.45	10
Sans objet	14 14.43	25 18.66	22 18.97	61
<b>Total</b>	97	134	116	347

La plupart des spécialistes des trois groupes d'âge rencontrent des patients avec rendez-vous cinq jours par semaine. Quarante-deux pour cent (42 %) des spécialistes d'âge moyen, 31 % des jeunes spécialistes et 29 % des spécialistes plus âgés rencontrent des patients avec rendez-vous cinq jours par semaine.

Bien que les plus jeunes médecins sont ceux qui travaillent le moins une seule journée par semaine, il sont plus susceptibles de travailler entre un et trois jours que les spécialistes plus âgés. Presque 30 % des jeunes spécialistes et 27 % des spécialistes plus âgés rencontrent des patients avec rendez-vous moins de quatre jours par semaine, et 22 % des spécialistes d'âge moyen rencontrent des patients avec rendez-vous moins de quatre jours par semaine.

Le nombre de spécialistes âgés de 41 à 55 ans qui rencontrent des patients avec rendez-vous quatre jours par semaine est 7 % moins élevé que le nombre de jeunes spécialistes et de spécialistes plus âgés.

**Tableau 75 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon le sexe (médecins spécialistes)**

% colonne	Femmes	Hommes	Total
1 jour	3 4.00	13 4.78	16
2 jours	7 9.33	28 10.29	35
3 jours	4 5.33	35 12.87	39
4 jours	21 28.00	44 16.18	65
5 jours	21 28.00	100 36.76	121
Plus de 5 jours	0 0.00	10 3.68	10
Sans objet	19 25.33	42 15.44	61
<b>Total</b>	75	272	347

Cinquante-six pour cent (56 %) des femmes spécialistes et 53 % des hommes spécialistes rencontrent des patients avec rendez-vous surtout quatre ou cinq jours par semaine. Ces résultats sont statistiquement significatifs dans un intervalle de confiance de 98 %.

Les hommes médecins spécialistes sont plus susceptibles de rencontrer des patients avec rendez-vous moins de quatre jours par semaine que les femmes médecins spécialistes, 28 % des hommes ayant indiqué travailler un, deux ou trois jours par semaine comparativement à 19 % des femmes. Les hommes médecins spécialistes sont, dans une proportion de 3,68 %, plus susceptibles de rencontrer des patients avec rendez-vous plus de cinq jours par semaine que les femmes médecins spécialistes, aucune de ces dernières n'ayant indiqué rencontrer des patients avec rendez-vous plus de cinq jours par semaine.

**Tableau 76 – Nombre de jours de travail prévus à l'horaire selon la région sanitaire (médecins spécialistes)**

<b>% colonne</b>	<b>Région 1</b>	<b>Région 2</b>	<b>Région 3</b>	<b>Région 4</b>	<b>Région 5</b>	<b>Région 6</b>	<b>Région 7</b>	<b>Région 9</b>	<b>Total</b>
1 jour	4 4.40	2 1.74	5 7.46	2 13.33	0 0.00	1 4.17	1 5.88	1 25.00	16
2 jours	7 7.69	12 10.43	6 8.96	0 0.00	3 21.43	4 16.67	3 17.65	0 0.00	35
3 jours	8 8.79	12 10.43	10 14.93	3 20.00	2 14.29	2 8.33	2 11.76	0 0.00	39
4 jours	17 18.68	20 17.39	9 13.43	1 6.67	4 28.57	8 33.33	5 29.41	1 25.00	65
5 jours	33 36.26	46 40.00	28 41.79	4 26.67	2 14.29	4 16.67	4 23.53	0 0.00	121
Plus de 5 jours	5 5.49	1 0.87	1 1.49	3 20.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	10
Sans objet	17 18.68	22 19.13	8 11.94	2 13.33	3 21.43	5 20.83	2 11.76	2 50.00	61
<b>Total</b>	91	115	67	15	14	24	17	4	347

Les spécialistes des régions 5 (28,6 %), 6 (33,3 %) et 7 (29,4 %) sont plus susceptibles de travailler quatre jours par semaine, comme l'ont indiqué 65 des 347 répondants. Dans les régions 1 (36,3 %), 2 (40,0 %), 3 (41,8 %) et 4 (26,7 %), la semaine de travail la plus commune est la semaine de 5 jours, comme l'ont indiqué 121 répondants. Les spécialistes des régions 1 et 4 sont plus susceptibles de travailler plus de cinq jours par semaine.

Au total, 51 répondants ont indiqué travailler un ou deux jours par semaine, plus particulièrement dans les régions 5 (21,43 %), 6 (20,8 %) et 7 (23,5%).



---

## Nouveaux patients et consultations

Trois cent soixante et un (361) médecins spécialistes ont répondu à cette question du sondage et 23 % d'entre eux ont indiqué qu'ils considéraient leur pratique fermée quant à la prise en charge de nouveaux patients ou de nouvelles consultations. À l'exclusion des spécialistes de médecine de laboratoire, la majorité des spécialistes ont indiqué avoir accepté de nouveaux patients ou de nouvelles consultations au cours des 12 derniers mois; soit 92 % des spécialistes en médecine interne, 90 % des chirurgiens spécialistes et 60 % des médecins spécialistes. L'âge influe quelque peu quant au taux d'acceptation de nouveaux patients ou de nouvelles consultations par les spécialistes. En effet, 79 % de tous les spécialistes de moins de 41 ans y consentent, comparativement à 73 % des spécialistes de 41 à 55 ans ou de plus de 55 ans. Les résultats ne font état d'aucune variation régionale appréciable.

## Nombre de patients

Une analyse du nombre de patients normalement traités par les spécialistes a permis d'examiner le nombre de patients rencontrés durant les heures de bureau prévues durant une semaine normale, selon le groupe d'âge et le sexe des médecins.

**Tableau 77 – Nombre de patients rencontrés par semaine selon le groupe d'âge des spécialistes**

Compte % colonne	Âge inférieur ou égal à 40 ans	Âge entre 41 et 55 ans	Âge supérieur à 55 ans	Total
Moins de 30	23	24	29	76
31 – 50	29	32	32	93
51 – 75	13	17	11	41
76 – 100	10	19	9	38
Plus de 100	6	12	9	27
Sans objet	13	31	24	68
<b>Total</b>	94	135	114	343

Le tableau ci-dessus révèle que les médecins spécialistes appartenant au groupe d'âge médian rencontrent le plus grand nombre de patients par semaine; 14 % des médecins âgés de 41 à 55 ans rencontrent entre 76 et 100 patients par semaine, comparativement à 10,6 % des jeunes médecins et 7,9 % des médecins plus âgés. Il existe une relation semblable entre le groupe d'âge et le pourcentage de médecins qui rencontrent plus de 100 patients par semaine.

Parmi les jeunes médecins et ceux d'âge médian, seul un médecin spécialiste sur quatre rencontre moins de 30 patients par semaine (24,5 % et 25,4 %, respectivement). Les médecins spécialistes âgés de 41 à 55 ans sont plus susceptibles de rencontrer un grand nombre de patients que les médecins appartenant aux deux autres groupes d'âge.

Les médecins spécialistes appartenant au groupe d'âge médian sont les plus susceptibles de rencontrer plus de 200 patients par semaine. Un peu plus de 10 % des médecins de ce groupe d'âge rencontrent un nombre élevé de patients.

Même s'il existe des différences évidentes dans les réponses présentées dans le tableau ci-dessus, elles ne sont pas statistiquement significatives.

**Tableau 78 – Nombre de patients que rencontrent les spécialistes par semaine selon le sexe**

% colonne	Femmes	Hommes	Total
Moins de 30	21 28,77	55 20,37	76
31 – 50	19 26,03	74 27,41	93
51 – 75	8 10,96	33 12,22	41
76 – 100	3 4,11	35 12,96	38
Plus de 100	5 6,85	22 8,15	27
Sans objet	17 23,29	51 18,89	68
<b>Total</b>	73	270	343

Les différences dans les nombres de patients ne sont pas directement liées au sexe d'une manière statistiquement significative, bien que les résultats présentés dans le tableau ci-dessus soient intéressants.

Les femmes médecins spécialistes sont plus susceptibles de rencontrer un nombre moins élevé de patients durant une semaine normale que les hommes médecins. Plus précisément, 54,7 % des femmes spécialistes rencontrent moins de 50 patients par semaine, alors que 47,7 % des hommes spécialistes rencontrent le même nombre de patients.

À l'autre bout de l'éventail relatif au nombre de patients rencontrés par semaine, les hommes spécialistes (12,96 %) sont trois fois plus susceptibles que les femmes spécialistes (4,1 %) de rencontrer entre 76 et 100 patients durant une semaine normale.

### **Délais d'attente pour les consultations électives**

Les médecins participant au sondage devaient indiquer le délai d'attente moyen pour les patients désirant une consultation *élective*. Cette section comprend trois analyses distinctes qui examinent les différences dans les délais d'attente selon le groupe d'âge des médecins, la région sanitaire et le groupe de pratique.

**Tableau 79 – Délai d'attente pour une consultation élective selon le groupe d'âge**

<b>% colonne</b>	<b>Âge inférieur ou égal à 40 ans</b>	<b>Âge entre 41 et 55 ans</b>	<b>Âge supérieur ou égal à 55 ans</b>	<b>Total</b>
Moins d'un mois	16 16.84	11 8.33	37 32.46	64
1 à 2 mois	14 14.74	30 22.73	26 22.81	70
3 à 4 mois	25 26.32	27 20.45	14 12.28	66
5 à 6 mois	12 12.63	4 3.03	4 3.51	20
Plus de 6 mois (veuillez préciser)	15 15.79	23 17.45	6 5.26	44
Sans objet	13 13.68	37 28.03	27 23.68	77
<b>Total</b>	95	132	114	341

Le tableau ci-dessus révèle qu'en moyenne, près de 60 % des spécialistes affirment traiter les cas de consultation élective en moins de quatre mois, 19 % en moins d'un mois, 21 % entre un et deux mois et 19 % entre trois et quatre mois. Treize pour cent signalent que leurs patients peuvent attendre plus de six mois avant d'obtenir une consultation élective.

Le tableau ci-dessus indique une corrélation claire et statistiquement significative entre l'âge du médecin et les délais d'attente. Dans le cas des médecins spécialistes plus âgés, une plus grande proportion des délais d'attente est inférieure à un mois (délais d'attente plus courts), alors que chez les jeunes médecins, les délais d'attente pour une consultation élective sont plus longs.

Il se peut que les médecins spécialistes du groupe plus âgé soient plus efficaces dans leurs consultations électives; ils rencontrent 32 % de leurs patients en moins d'un mois, contre 17 % et 8 %, respectivement, pour les groupes de médecins plus jeunes et d'âge médian. Les médecins plus âgés rencontrent deux tiers de leurs patients en moins de quatre mois.

Le groupe de jeunes médecins affichaient des délais d'attente beaucoup plus longs – la plus grande proportion de leurs patients (26,3 %) doivent attendre entre trois et quatre mois pour une consultation élective. En outre, 28,3 % des consultations électives offertes par les jeunes spécialistes ont un délai d'attente de plus de cinq mois; 20,4 % et 8,7 % des patients qui consultent un médecin d'âge médian ou un jeune médecin doivent attendre plus de cinq mois pour une consultation.

Les patients de médecins spécialistes âgés de 41 à 55 ans sont presque autant susceptibles d'attendre de trois à quatre mois que de un à deux mois; les médecins de ce groupe d'âge rencontrent 20,4 % de leurs patients dans un délai de trois à quatre mois, contre 22,7 % dans un délai de un à deux mois. Ce groupe d'âge était également le plus susceptible d'afficher des délais d'attente de plus de six mois.

**Tableau 80 – Délai d'attente pour une consultation électorale selon la région sanitaire et le spécialiste**

% colonne	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 9	Total
Moins d'un mois	10 11.36	25 21.74	12 18.18	5 35.71	2 14.29	6 24.00	4 26.67	0 0.00	64
1 à 2 mois	13 14.77	27 23.48	11 16.67	4 28.57	0 0.00	8 32.00	6 40.00	1 25.00	70
3 à 4 mois	17 19.32	22 19.13	17 25.76	0 0.00	2 14.29	3 12.00	2 13.33	3 75.00	66
5 à 6 mois	6 6.82	10 8.70	2 3.03	0 0.00	1 7.14	1 4.00	0 0.00	0 0.00	20
Plus de 6 mois (veuillez préciser)	24 27.28	4 3.48	8 12.13	3 21.43	2 14.29	2 8.00	1 6.67	0 0.00	44
Sans objet	18 20.45	27 23.48	16 24.24	2 14.29	7 50.00	5 20.00	2 13.33	0 0.00	77
<b>Total</b>	88	115	66	14	14	25	15	4	341

Le délai d'attente pour une consultation électorale est directement lié à la région sanitaire, et cette relation est statistiquement significative dans un intervalle de confiance de 95 %. Le tableau ci-dessus présente les délais d'attente pour une consultation électorale selon la région sanitaire et le spécialiste.

Les patients qui désirent consulter un médecin spécialiste dans la région 1 sont beaucoup plus susceptibles que ceux des autres régions d'attendre plus de six mois; plus d'un patient sur quatre en attente d'une consultation électorale dans la région 1 connaît des délais d'attente de plus de six mois, alors que moins de 8 % des patients dans toutes les autres régions de la province doivent attendre aussi longtemps.

Les délais d'attente pour une consultation électorale sont les plus courts dans la région 4. On signale qu'environ 36 % des patients qui désirent consulter un médecin spécialiste dans cette région doivent attendre moins d'un mois; seulement 11,4 % des patients dans la région 1 doivent attendre moins d'un mois.

En fonction des variations régionales susmentionnées, environ 40 % de tous les patients au Nouveau-Brunswick en attente d'une consultation électorale rencontrent leur médecin spécialiste dans un délai de deux mois.

**Tableau 81 – Délai d'attente pour une consultation électorale selon le groupe de pratique et le spécialiste**

% colonne	Médecine interne	Spécialités de médecine de laboratoire	Spécialités médicales	Spécialités de chirurgie	Total
Moins d'un mois	11 18.03	2 10.53	33 22.30	18 15.93	64
1 à 2 mois	18 29.51	1 5.26	20 13.51	31 27.43	70
3 à 4 mois	17 27.87	1 5.26	17 11.49	31 27.43	66
5 à 6 mois	4 6.56	0 0.00	4 2.70	12 10.62	20
Plus de 6 mois (veuillez préciser)	10 16.39	0 0.00	16 10.82	18 15.92	44
Sans objet	1 1.64	15 78.95	58 39.19	3 2.65	77
<b>Total</b>	61	19	148	113	341

Le délai d'attente pour une consultation électorale auprès d'un médecin spécialiste au Nouveau-Brunswick est lié directement et de manière statistiquement significative (intervalle de confiance de 95 %) à la spécialité du médecin. Le tableau ci-dessus présente les délais d'attente pour une consultation électorale selon le groupe de pratique et le spécialiste.

Les patients de médecins en spécialités médicales connaissent des délais d'attente plus courts que ceux qui désirent consulter un autre groupe de médecins spécialistes. Plus précisément, 22 % des patients de médecins en spécialités médicales doivent attendre moins d'un mois.

Les patients de spécialistes en médecine interne et de chirurgiens spécialistes attendent en général de trois à quatre mois pour une consultation électorale, bien qu'environ 29,5 % des patients finissent par rencontrer leur spécialiste en médecine interne ou leur chirurgien spécialiste dans un délai de un à deux mois.

Cependant, les patients de spécialistes en médecine interne, comparativement à d'autres spécialistes, sont plus susceptibles d'attendre au-delà de six mois; 16,4 % doivent attendre plus de six mois pour une consultation électorale, et 16 % connaissent des délais d'attente semblables pour consulter un chirurgien spécialiste.

### **Délais d'attente pour les consultations urgentes**

Les médecins participant au sondage devaient indiquer quel était le délai d'attente moyen pour les patients exigeant une consultation *urgente*. Cette section comprend trois analyses distinctes qui examinent le délai d'attente selon le groupe d'âge des médecins, la région sanitaire et le groupe de pratique.

**Tableau 82 – Délai d'attente pour une consultation urgente selon le groupe d'âge des spécialistes**

<b>% colonne</b>	<b>Âge inférieur ou égal à 40 ans</b>	<b>Âge entre 41 et 55 ans</b>	<b>Âge supérieur ou égal à 55 ans</b>	<b>Total</b>
Moins de 2 semaines	64 68.09	90 69.77	88 80.00	242
2 à 4 semaines	22 23.40	20 15.50	10 9.09	52
5 à 7 semaines	1 1.06	5 3.88	0 0.00	6
Plus de 7 semaines (veuillez préciser)	0 0.00	1 0.78	0 0.00	1
Sans objet	7 7.45	13 10.08	12 10.91	32
<b>Total</b>	94	129	110	333

Le délai d'attente pour une consultation urgente est inférieur à deux semaines pour les médecins des trois groupes d'âge, comme l'indique le tableau ci-dessus. Les médecins plus âgés rencontrent 80 % de leurs patients qui exigent une consultation urgente dans un délai de deux semaines, alors que chez les jeunes médecins, ce taux se chiffre à 70 %. Les médecins âgés de moins de 41 ans étaient plus susceptibles de faire attendre leurs patients plus longtemps en vue d'une consultation urgente, 23 % des patients devant attendre entre deux et quatre semaines.

Les patients de médecins appartenant au groupe d'âge médian connaissaient les délais d'attente les plus longs – presque 4 % devaient attendre plus de cinq semaines pour une consultation, comparativement à 1 % pour les jeunes médecins et 0 % pour les médecins les plus âgés.

**Tableau 83 – Délai d'attente pour une consultation urgente selon la région sanitaire des spécialistes**

% colonne	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 9	Total
Moins de 2 semaines	62 73.81	81 72.32	42 62.69	12 85.71	9 64.29	20 90.91	13 81.25	3 75.00	242
2 à 4 semaines	14 16.67	16 14.29	14 20.90	1 7.14	2 14.29	2 9.09	2 12.50	1 25.00	52
5 à 7 semaines	3 3.57	1 0.89	2 2.99	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	6
Plus de 7 semaines (veuillez préciser)	1 1.19	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1
Sans objet	4 4.76	14 12.50	9 13.43	1 7.14	3 21.43	0 0.00	1 6.25	0 0.00	32
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>112</b>	<b>67</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>333</b>

Le tableau ci-dessus présente les délais d'attente pour une consultation élective selon la région sanitaire des spécialistes. La majorité des patients dans toutes les régions ont pu voir un spécialiste en moins de deux semaines; les médecins de la région 6 ont rencontré 91 % de leurs patients dans ce même délai, et les médecins de la région 3, 63 % de leurs patients.

En général, les patients des régions 1, 2 et 3 devaient attendre plus longtemps pour une consultation urgente comparativement aux autres régions. En effet, 21 % des patients de la région 1 devaient attendre plus de deux semaines, comparativement à 15 % dans la région 2 et à 23 % dans la région 3.

Seuls les patients de la région 1 devaient attendre plus de sept semaines pour une consultation urgente.

**Tableau 84 – Délai d'attente pour une consultation urgente selon le groupe de pratique et le spécialiste**

<b>% colonne</b>	<b>Médecine interne</b>	<b>Spécialités de médecine de laboratoire</b>	<b>Spécialités médicales</b>	<b>Spécialités de chirurgie</b>	<b>Total</b>
Moins de 2 semaines	46 76.67	5 31.25	99 70.21	92 79.31	242
2 à 4 semaines	11 18.33	0 0.00	21 14.89	20 17.24	52
5 à 7 semaines	3 5.00	0 0.00	1 0.71	2 1.72	6
Plus de 7 semaines (veuillez préciser)	0 0.00	0 0.00	1 0.71	0 0.00	1
Sans objet	0 0.00	11 68.75	19 13.48	2 1.72	32
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>141</b>	<b>116</b>	<b>333</b>

À l'exception des spécialistes en médecine de laboratoire, qui ne sont généralement pas visés par cette question, les médecins spécialistes de tous les groupes de pratique parvenaient à rencontrer plus de 70 % de leurs patients exigeant des consultations urgentes dans un délai de deux semaines, comme l'indique le tableau ci-dessus.

Les spécialistes en médecine interne étaient plus susceptibles d'afficher de longs délais d'attente – 18 % de leurs patients devaient attendre entre deux et quatre semaines et 5 %, entre cinq et sept semaines.

### **Services en appel offerts par les spécialistes**

Les médecins participant au sondage devaient indiquer dans quelle mesure ils offraient des services d'appel. Cette section comprend trois analyses distinctes qui examinent les services d'appel offerts par les médecins selon leur groupe d'âge, leur sexe et leur milieu de pratique. Le tableau suivant donne un aperçu des catégories de services d'appel selon le groupe d'âge des spécialistes.



**Tableau 85 – Catégorie de services d’appel selon le groupe d’âge des spécialistes**

<b>Catégorie de services en appel % offrant le service</b>	<b>Âge inférieur ou égal à 40 ans</b>	<b>Âge entre 41 et 55 ans</b>	<b>Âge supérieur ou égal à 55 ans</b>	<b>Total</b>
N'offre aucun service d'appel	2 2.04	5 3.55	28 22.95	35
Patients hospitalisés	89 90.82	115 81.56	70 57.38	274
Patients en consultation externe	61 62.24	62 43.97	42 34.43	165
Salle d'urgence	46 46.94	70 49.65	39 31.97	155
Autres régions sanitaires	28 28.57	46 32.62	27 22.13	101
Autres	8 8.16	10 7.09	11 9.02	29

En général, les services d’appel offerts diminuent avec l’âge du médecin, comme l’illustre le tableau ci-dessus. Dans toutes les catégories, les jeunes médecins spécialistes sont plus susceptibles d’offrir des services d’appel que les médecins appartenant au groupe d’âge médian ou plus âgé. Presque 23 % des médecins plus âgés n’offrent aucun service d’appel, comparativement à seulement 2 % des jeunes médecins et 3,5 % des médecins appartenant au groupe d’âge médian.

Les jeunes spécialistes et ceux d’âge médian sont les plus susceptibles d’offrir des services d’appel pour des patients hospitalisés, alors que seulement 57 % des spécialistes plus âgés offrent ce service.

Les médecins appartenant au groupe d’âge médian sont plus souvent en appel dans d’autres régions sanitaires que les jeunes médecins ou ceux d’âge médian; un tiers des spécialistes âgés de 41 à 55 ans affirment offrir des services en appel dans d’autres régions sanitaires.

Le tableau suivant donne un aperçu des catégories de services d’appel selon le sexe des spécialistes.

**Tableau 86 – Catégories de services d’appel selon le sexe des spécialistes**

<b>Catégorie de services en appel % offrant le service</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
N'offre aucun service d’appel	4 5.00	31 11.03	35
Patients hospitalisés	60 75.00	214 76.16	274
Patients en consultation externe	34 42.50	131 46.62	165
Salle d'urgence	25 31.25	130 46.26	155
Autres régions sanitaires	11 13.75	90 32.03	101
Autres	10 12.50	19 6.76	29

Les spécialistes, qu'ils soient hommes ou femmes, sont plus susceptibles d'offrir des services d'appel pour des patients hospitalisés que tout autre type de service d'appel. Dans cette catégorie des services en appel, le taux de réponse ne varie pas en fonction du sexe.

Les hommes spécialistes sont plus susceptibles que les femmes spécialistes d'offrir des services d'appel pour la salle d'urgence, pour les patients hospitalisés et dans d'autres régions sanitaires.

Le pourcentage d'hommes spécialistes (11 %) n'offrant aucun service d'appel est deux fois plus élevé que celui des femmes spécialistes (5 %).

Le tableau suivant donne un aperçu des catégories de services d'appel selon la région sanitaire des spécialistes.

**Tableau 87 – Catégorie de services d'appel selon la région sanitaire des spécialistes**

Catégorie de services en appel % offrant le service	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 9	Total
N'offre aucun service d'appel	7 7.45	10 8.40	8 11.43	6 40.00	0 0.00	3 11.11	0 0.00	1 20.00	35
Patients hospitalisés	76 80.85	93 78.15	51 72.86	7 46.67	11 78.57	19 70.37	16 94.12	1 20.00	274
Patients en consultation externe	50 53.19	51 42.86	33 47.14	3 20.00	5 35.71	14 51.85	8 47.06	1 20.00	165
Salle d'urgence	37 39.36	57 47.90	38 54.29	3 20.00	4 28.57	9 33.33	6 35.29	1 20.00	155
Autres régions sanitaires	21 22.34	43 36.13	22 31.43	3 20.00	0 0.00	8 29.63	3 17.65	1 20.00	101
Autres	9 9.57	5 4.20	9 12.86	2 13.33	1 7.14	3 11.11	0 0.00	0 0.00	29

Les spécialistes de la région 4 offrent le moins de services d'appel – 40 % indiquent ne pas en offrir. De plus, les spécialistes de la région 4 étaient les moins susceptibles de toute région d'offrir des services d'appel pour des patients hospitalisés. Dans tous les cas, le faible nombre de spécialistes dans la région 4 comparativement aux régions 1, 2 et 3 doit être pris en considération.

Les spécialistes des régions 1, 2 et 3 sont plus susceptibles que ceux des autres régions d'offrir des services d'appel en salle d'urgence. Qui plus est, les spécialistes des régions 2 et 3 sont presque deux fois plus susceptibles que ceux des régions 4 et 5 d'offrir ces services.

La proportion de spécialistes offrant des services aux autres régions sanitaires est environ la même dans l'ensemble des régions, bien que les spécialistes des régions 2 et 3 soient plus susceptibles que ceux des autres régions d'offrir ces services. Ce chiffre varie peut-être en fonction de la masse critique relative des fournisseurs dans ces régions.

Le tableau suivant donne un aperçu du nombre moyen des heures de services d'appel travaillées selon le groupe de pratique.

**Tableau 88 – Nombre moyen des heures de services d'appel travaillées selon le groupe de pratique**

Nombre moyen	Médecine familiale	Médecine interne	Spécialités de médecine de laboratoire	Spécialités médicales	Spécialités de chirurgie	Total
Intervention	337 126.45	61 138.71	21 233.62	160 99.78	117 174.19	696

Les spécialistes en médecine de laboratoire travaillent en moyenne le plus grand nombre d'heures de services d'appel par mois, suivis des chirurgiens spécialistes. Les médecins spécialistes travaillent en moyenne le moins d'heures de services d'appel par mois soit moins de la moitié du nombre d'heures travaillées par les spécialistes en médecine de laboratoire. Ces résultats sont statistiquement significatifs à un intervalle de confiance de 99 %, la valeur de probabilité étant inférieure à 0,01. Les spécialistes, à l'exception des spécialistes en médecine de laboratoire, effectuaient en moyenne 63 visites sur appel par mois.

### Patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick

Le tableau suivant donne un aperçu du pourcentage des patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick qui sont traités par des médecins du Nouveau-Brunswick selon le groupe de pratique.

**Tableau 89 – Pourcentage des patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick qui sont traités par des médecins du Nouveau-Brunswick selon le groupe de pratique**

% offrant le service	Aucun	Moins de 5%	5 – 10%	11 – 25%	Plus de 25%	Total
Médecine familiale	110 34.38	181 56.56	20 6.25	8 2.50	1 0.31	320
Médecine interne	8 13.33	33 55.00	10 16.67	8 13.33	1 1.67	60
Spécialités de médecine de laboratoire	1 7.14	5 35.71	7 50.00	1 7.14	0 0.00	14
Spécialités médicales	31 20.67	85 56.67	20 13.33	12 8.00	2 1.33	150
Spécialités de chirurgie	16 13.79	79 68.10	10 8.62	8 6.90	3 2.59	116
<b>Total</b>	166	383	67	37	7	660

Plus de la moitié (58 %) de tous les médecins participant au sondage ont indiqué que moins de 5 % de leurs patients ne résidaient pas au Nouveau-Brunswick; seuls les spécialistes en médecine de laboratoire traitaient le plus souvent un pourcentage de patients supérieur à 5 %.

Sur une base régionale, les sept répondants dont plus de 25 % des patients ne résident pas au Nouveau-Brunswick sont répartis dans les régions 1, 2, 3, 5 et 6; ces résultats indiquent qu'il n'y a aucune région précise dans la province où les patients non-résidents font appel aux médecins spécialistes du Nouveau-Brunswick. Lorsque les réponses des omnipraticiens à cette question du sondage sont ajoutées, les résultats indiquent que la région 5 affichait le plus grand pourcentage de patients qui ne résidaient pas dans la province et se prévalaient de tous les services offerts par les médecins de cette région; 38 % des répondants au sondage ont indiqué qu'entre 11 et 25 % des patients provenaient de l'extérieur du Nouveau-Brunswick. La région 1 s'est classée loin derrière en deuxième position – 11 % des répondants au sondage ont signalé le même nombre de patients ne résidant pas dans la province.

Les données recueillies pour la question du sondage portant sur l'origine des patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick, mais traités par les médecins de la province, ont été analysées par le groupe de pratique. Cinq régions géographiques ont été examinées en détail, y compris les provinces voisines : la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de médecins par groupe de pratique qui traitent des patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick et provenant des cinq régions susmentionnées. Le tableau indique également le pourcentage de médecins dans chaque groupe de pratique qui offrent ces services. À titre d'exemple, 70 médecins spécialistes au Nouveau-Brunswick ont traité des patients résidant en Nouvelle-Écosse. Cela représente 59,8 % de tous les médecins spécialistes.

**Tableau 90 – Nombre et pourcentage de patients ne résidant pas au Nouveau-Brunswick qui sont traités par des médecins de la province selon le groupe de pratique et la région**

% offrant le service	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard	Québec	États-Unis	Autres régions
Médecine familiale	109 32.15	70 20.65	109 32.15	86 25.37	56 16.52
Médecine interne	34 55.74	38 62.30	30 49.18	15 24.59	11 18.03
Spécialités de médecine de laboratoire	10 45.45	9 40.91	7 31.82	2 9.09	1 4.55
Spécialités médicales	76 47.20	69 42.86	77 47.83	39 24.22	25 15.53
Spécialités de chirurgie	70 59.83	55 47.01	67 57.26	37 31.62	21 17.95
<b>Total</b>	299	241	290	179	114

Plus de la moitié (55,7 %) des spécialistes en médecine interne traitent des patients de la Nouvelle-Écosse, et six chirurgiens spécialistes sur 10 traitent des patients résidant dans cette province.

Près de la moitié des médecins spécialistes dans la province affirment traiter des patients de la Nouvelle-Écosse (47,2 %) et du Québec (47,8 %); 42,9 % des médecins spécialistes traitent des patients de l'Île-du-Prince-Édouard.

Même si tous les groupes de pratique traitent des patients en provenance des États-Unis, ce n'est pas le cas pour la majorité des médecins. Toutefois, près d'un tiers (31,6 %) des chirurgiens spécialistes affirment traiter des patients en provenance des États-Unis.

---

## Congé de la pratique

Cinquante-cinq pour cent des 354 répondants au sondage indiquent avoir pris moins de deux semaines de congé en vue d'un perfectionnement médical au cours des 12 derniers mois, alors que 42 % indiquent avoir pris entre deux et quatre semaines. Lorsque interrogés sur leurs absences du travail pour des raisons personnelles (vacances, maladies, etc.) au cours des 12 derniers mois, 42 % des répondants indiquent avoir pris entre deux et quatre semaines et 34 %, entre cinq et sept semaines.

## Modifications prévues à la pratique

Des 353 médecins spécialistes qui ont répondu à la question du sondage concernant des changements prévus à leurs activités dans les cinq prochaines années, 36 % (n=127) ont indiqué qu'ils planifiaient réduire leurs activités, alors que 2 % prévoient les augmenter. Des 127 spécialistes prévoyant réduire leurs activités, 85 prévoient le faire de manière permanente, 24 de 100 %, 13 d'au moins 50 % et 48 d'au moins 25 %.

### 6.4.1.1 Questions relatives à la pratique fonctionnelle

Le domaine de pratique des médecins n'est pas déterminé strictement par leur accréditation ou leur titre officiel. Le chevauchement des champs d'exercice est assez répandu chez certains spécialistes, de même qu'entre spécialistes et omnipraticiens. Les réalités régionales (pratique en milieu urbain ou rural) et la masse critique des fournisseurs de services ou de la population desservie constituent deux facteurs influant sur ce phénomène. Dans les sections suivantes, on aborde le concept de pratique fonctionnelle, en particulier dans sa relation avec les services fournis par les cardiologues et les internistes. Il existe cependant plusieurs autres spécialités pour lesquelles d'autres médecins, qui ne possèdent pas le titre ou qui ne sont pas formés dans la spécialité et qui souvent sous réserve d'une formation supplémentaire acquise, offrent également certains des services de la spécialité. Actuellement, il n'existe pas de données secondaires permettant de mesurer l'étendue de cette pratique. Du point de vue de la planification, des facteurs tels que les besoins en soins de santé de la population desservie, la masse critique requise pour soutenir les médecins spécialistes, les médecins de sous-spécialité et les contraintes de recrutement doivent être étudiés dans le but de fournir des ressources médicales qui répondent aux besoins en soins de santé d'une population donnée. La capacité du système à fournir un accès acceptable aux niveaux adéquats de service dans un délai raisonnable est en cause. Les planificateurs et les décideurs doivent tenter d'élaborer un modèle de pratique qui exploite le plein potentiel des ressources médicales et paramédicales en mettant à profit les compétences spécialisées grâce au remplacement de la main-d'œuvre et à la technologie lorsque cela est possible. Ensemble, ces approches pourraient atténuer la demande déterminée en ce qui a trait à certaines spécialités.

### 6.4.1.2 Profil sommaire – Médecins spécialistes

Au Nouveau-Brunswick, les médecins spécialistes accomplissent essentiellement des activités de pratique clinique assurée (80 %), principalement dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. L'âge et le sexe ont une incidence sur les niveaux d'activité. Les médecins du groupe d'âge de 41 à 55 ans ont les pratiques les plus actives et les charges de travail les plus lourdes. Comme les omnipraticiens, les jeunes médecins spécialistes travaillent moins de jours de travail prévus à l'horaire par semaine et voient moins de patients. De plus, les femmes médecins ont tendance à avoir des niveaux et des volumes d'activité plus faibles que leurs collègues masculins. Il existe dans ce cas des variations régionales évidentes qui peuvent être liées à la masse critique des fournisseurs ou à celle de la population desservie.

---

Sur le plan de l'accessibilité des spécialistes pour les Néo-Brunswickois, seulement 23 % des répondants ont indiqué qu'ils considéreraient leur pratique fermée en ce qui a trait à la prise en charge de nouveaux patients ou de nouvelles consultations. En tenant compte des variations régionales et du type de spécialité, au total, environ 40 % de tous les patients néo-brunswickois en attente d'une consultation électorale peuvent s'attendre à rencontrer leur médecin spécialiste dans un délai de deux mois. Les patients de la région 1 détiennent le délai d'attente le plus long pour voir un spécialiste, tant pour les consultations électorales que pour les consultations urgentes. Le problème est peut-être lié au système d'aiguillage interprovincial et intraprovincial, lequel est établi en fonction des préférences linguistiques ou de la proximité géographique pour les patients à l'extérieur de la province.

Quant aux activités faites en appel, la répartition des efforts est quelque peu faussée, les groupes de spécialistes jeunes et ceux d'âge médian étant ceux qui ont de grandes chances de faire des gardes en appel pour les malades hospitalisés, alors que seuls 57 % des spécialistes plus âgés assurent ce service. Un tiers des médecins spécialistes âgés entre 41 et 55 ans ont indiqué qu'ils assurent également des services d'appel dans d'autres régions sanitaires. Le sexe et les variations régionales sont des facteurs évidents dans la pratique sur appel.

En général, les médecins spécialistes offrent des services aux Néo-Brunswickois, moins de 5 % de leurs patients provenant de l'extérieur de la province. Les médecins spécialistes qui ont indiqué que plus de 25 % de leurs patients ne résidaient pas au Nouveau-Brunswick sont répartis dans cinq régions sanitaires.

Dans un contexte de planification, il convient de noter que la population des médecins spécialistes est généralement plus âgée, environ 50 % d'entre eux seront admissibles à la retraite dans l'horizon de planification sur 10 ans. Les réponses au sondage accentuent encore cette situation en révélant que 36 % des spécialistes (n=127) ont signalé leur l'intention de réduire leurs activités au cours des cinq prochaines années; 85 prévoient le faire de manière permanente; 24 de 100 %, 13 d'au moins 50 % et 48 d'au moins 25 %.

Les sections suivantes fournissent plus de détails sur les questions se rapportant aux groupes précis de spécialités.

#### **6.4.2 Spécialités médicales**

L'effectif des médecins du Nouveau-Brunswick compte actuellement 427 médecins spécialistes, y compris les médecins pratiquant dans l'une des 20 spécialités distinctes suivantes (selon les spécifications de la demande de propositions) :

1. Anesthésie
2. Cardiologie
3. Dermatologie
4. Radiologie diagnostique
5. Médecine d'urgence
6. Gastroentérologie
7. Médecine gériatrique
8. Hématologie
9. Maladies infectieuses

- 
10. Médecine interne
  11. Oncologie médicale
  12. Néonatalogie
  13. Néphrologie
  14. Neurologie
  15. Médecine nucléaire
  16. Pédiatrie
  17. Physiothérapie et réadaptation
  18. Psychiatrie
  19. Médecine respiratoire
  20. Rhumatologie

Dans le but d'élargir les prévisions relatives aux groupes de spécialités, les quatre spécialités de médecine de laboratoire suivantes sont également incluses dans l'énumération :

1. Pathologie anatomique
2. Pathologie générale
3. Pathologie hématologique
4. Microbiologie médicale

### **Prévision de l'offre**

Le tableau suivant présente les résultats du modèle de prévision pour toutes les spécialités médicales, en fonction des facteurs suivants :

1. Chaque année, au cours de la période de prévision de 10 ans, le Nouveau-Brunswick attire ou recrute 1,9 % des ressources nationales de diplômés en spécialité du programme de formation médicale postdoctorale, selon la moyenne historique des données du CAPER (qui va de 13 à 18, se reporter au tableau 92).
2. Réserver du temps aux médecins qui accordent plus de 50 % de leur temps à des activités d'administration médicale ou au sein de comités.
3. Des gains, départs et déplacements nets supplémentaires sont fonction des moyennes historiques précises de la spécialité médicale selon les données de l'AMC, se reporter au tableau 92.

### **Points saillants de la prévision de l'offre relative aux spécialités médicales**

- Selon les prévisions, l'effectif des médecins spécialistes devrait croître de 21 %, le nombre passerait alors de 427 médecins à 517 au cours de la période de prévision de 10 ans.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes médecins spécialistes devrait augmenter de manière importante au cours de la période de 10 ans, il passera de 26 % du total actuel à près de 40 % en 2013.



- Selon les prévisions, le pourcentage de médecins âgés de plus de 55 ans devrait rester à peu près stable au cours de la période, fluctuant entre 31 et 28 % du total.

Se reporter aux tableaux suivants pour plus de détails.

**Tableau 91 – Toutes spécialités médicales confondues – Prévion de l'offre de 2003 à 2013**

<b>Spécialités médicales</b>			
<b>FIN DE L'EXERCICE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	427	26%	31%
2003	433	28%	29%
2004	440	29%	28%
2005	446	30%	28%
2006	452	31%	29%
2007	459	32%	28%
2008	468	33%	28%
2009	478	35%	29%
2010	490	36%	29%
2011	499	37%	29%
2012	508	38%	28%
2013	517	39%	28%

Tableau 92 – Spécialités médicales – Gains, départs et déplacements nets de 2003 à 2013

ANNÉE	GAINS		DÉPARTS				NET	NET ANNUUEL
	Nouveaux diplômés (études postdoctorales)	Diplômés à l'étranger	Retours de séjour à l'étranger	Retraite	Décès	Émigration	Migration inter-provinciale	Gains – Départs +/- Déplacements nets
2003	13	2	1	7	1	2	1	7
2004	13	2	1	7	1	2	1	7
2005	13	2	1	7	1	2	1	7
2006	14	2	1	8	1	2	1	7
2007	14	2	1	8	1	2	1	8
2008	16	2	1	8	1	2	1	9
2009	17	2	1	7	1	2	1	11
2010	18	2	1	7	1	2	1	12
2011	18	2	1	8	2	2	1	10
2012	18	2	1	8	2	2	1	10
2013	18	2	1	9	2	2	1	10

Les sections suivantes expliquent les profils précis des spécialités et, selon les données disponibles, les prévisions relatives à l'offre et à la demande ainsi que l'analyse de l'écart qui en résulte au cours de la période de planification de 10 ans. Pour faciliter le recrutement, le nombre d'étudiants actuellement inscrits dans chaque programme de spécialité est fourni avec les dates de fins d'études et, dans les cas où l'information est disponible, les programmes dans lesquels les résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits et la date à laquelle ils devraient finir.

#### 6.4.2.1 Anesthésie

##### Formation

Une résidence de cinq ans dans cette spécialité est offerte dans toutes les 16 facultés de médecine universitaires. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, à l'échelle nationale, 479 résidents (156 femmes et 215 hommes) sont inscrits dans ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant :

Tableau 93 – Anesthésie

2003	2004	2005	2006	2007	Total
116	94	95	92	82	479

Une sous-spécialité supplémentaire est offerte dans le domaine de l'anesthésie en soins intensifs avec quatre résidents actuellement inscrits dans ce programme (tous des hommes); trois devraient finir leur résidence en 2003 et un en 2004.

Six résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme d'anesthésie à l'échelle nationale, ils se répartissent comme suit : quatre à la Dalhousie University, dont deux devraient finir en 2003 et deux en 2006, un à la University of Alberta qui devrait finir en 2006 et un à la University of British Columbia qui devrait finir en 2004.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 992 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en anesthésie. La moyenne du nombre annuel de diplômés s'est élevée à 76 pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 64 à un maximum de 85. Selon les prévisions, le nombre de diplômés devrait augmenter au cours des cinq prochaines années, il devrait être de 26 % supérieur à la moyenne de la dernière décennie.

### Analyse de l'effectif actuel

La province compte actuellement 69 anesthésistes, 55 (80 %) hommes et 14 (20 %) femmes. La répartition selon la région sanitaire est présentée dans le tableau suivant :

**Tableau 94 – Répartition des anesthésistes par région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
22 (32%)	15 (22%)	12 (17%)	4 (6%)	6 (9%)	6 (9%)	3 (4%)	1 (1%)	69 (100%)

\*EP = extérieur de la province

L'âge moyen des anesthésistes est de 49 ans pour les hommes et de 45 ans pour les femmes soit de 48 ans pour tout le groupe. Parmi ces anesthésistes, 23 (33 %) ont plus de 50 ans et seront admissibles à la retraite d'ici la fin de la période de prévision de 10 ans.

Les données de facturation de l'Assurance-maladie pour les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003), présentées aux tableaux suivants, ne correspondent pas à l'aperçu portant sur le domaine de l'anesthésie susmentionné car une partie des anesthésistes de la province sont salariés ou suppléants, tandis que les autres anesthésistes figurant dans la base de données de l'Assurance-maladie pendant ces trois derniers exercices sont inactifs.

Les tableaux ci-dessous fournissent une perspective historique des praticiens rémunérés à l'acte faisant partie du groupe d'anesthésistes au cours de cette période :

- Légère augmentation du nombre d'anesthésistes actifs rémunérés à l'acte et du nombre réel de ces derniers.
- Stabilité relative en ce qui concerne l'âge moyen et l'âge médian des anesthésistes.

- Fluctuation du ratio des services offerts aux Néo-Brunswickois : la population diminue par rapport au nombre d'anesthésistes rémunérés à l'acte, puis augmente de nouveau.

**Tableau 95 – Anesthésie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	85	56	56	47.1	43.8
2001/2	87	59	59	46.1	42.5
2002/3	77	57	57	45.9	43

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	170,742	57.8	12,558
2001/2	184,410	60.9	11,915
2002/3	206,485	57.7	12,587

## Prévision de l'offre

### Points saillants

- Il est prévu que l'effectif des anesthésistes augmentera de 8,7 % au cours de la période de 2003 à 2013, selon les estimations suivantes :
  - deux nouveaux venus aux études médicales postdoctorales par année;
  - une retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes anesthésistes devrait augmenter de façon constante au cours de la période de prévision, passant de 20 % (pourcentage actuel) à 26 % en 2013.
- Le pourcentage de l'effectif d'anesthésistes âgés de plus de 55 ans devrait demeurer plutôt stable au cours de la période de prévision, de 26 % en 2003 à 21 % en 2007, puis augmenter de façon constante pour atteindre 26 % en 2013.

**Tableau 96 – Prévion de l'offre en matière de soins d'anesthésie de 2003 à 2013**

<b>Anesthésie</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>69</b>	<b>20%</b>	<b>28%</b>
2003	70	21%	25%
2004	70	21%	25%
2005	71	22%	24%
2006	71	23%	21%
2007	71	23%	22%
2008	72	24%	24%
2009	73	24%	25%
2010	74	24%	27%
2011	75	25%	25%
2012	75	25%	25%
2013	75	26%	26%

Pour la prévision de l'offre, il faut également prendre en considération que, parmi les anesthésistes qui ont répondu au sondage, 11 ont signalé leur intention de réduire leurs activités au cours des cinq prochaines années (de 2003 à 2008), plus précisément :

- Dans le groupe d'âge de 30 à 40 ans : un médecin cessera de pratiquer pendant un an, un médecin réduira ces activités de 25 % pour une période d'un an et un médecin réduira ces activités de 50 % de façon permanente.
- Dans le groupe d'âge de 40 à 55 ans : deux médecins réduiront leurs activités de 25 % de façon permanente.
- Dans le groupe d'âge de 55 ans et plus : un médecin réduira ces activités de 25 % de façon permanente, un médecin réduira ces activités de 50 % de façon permanente et deux médecins réduiront leurs activités de 100 % de façon permanente (tous ces médecins sont pris en compte dans le modèle de prévisions et supprimés automatiquement à leur retraite).

Il faut signaler qu'aucun médecin ne prévoit augmenter ses activités au cours des cinq prochaines années.

L'incidence de ces réponses au sondage est la suivante : si les résultats étaient extrapolés en fonction de l'effectif total d'anesthésistes, il semblerait que, selon le modèle d'offre, l'effectif futur est légèrement surestimé puisque les réductions d'activités prévues ne sont pas remplacées par des augmentations d'activités prévues. De plus, plusieurs congés prévus sont de nature temporaire, ce qui signifie que la charge de travail de ces médecins devra être absorbée par d'autres médecins.

---

## À l'échelle nationale

Une étude de planification des effectifs menée récemment par l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA)<sup>50</sup> a révélé que :

- Dans les provinces pour lesquelles des données étaient accessibles, il était évident que la charge moyenne de travail des anesthésistes actifs avait augmenté afin de répondre aux demandes du milieu de travail et que les niveaux d'activité élevés actuels peuvent empêcher les praticiens de continuer à assumer les charges de travail à la hausse pour contrer le manque de médecins.
- L'analyse des activités des anesthésistes a déterminé qu'environ 80 % de la facturation en matière d'anesthésie touche les services d'anesthésie offerts au cours d'une chirurgie. Quatre domaines d'activité représentent plus de 50 % des services d'anesthésie offerts : orthopédie, chirurgie générale, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, ainsi que chirurgie obstétricale et gynécologique.
- Les charges de travail des hommes et des femmes ont augmenté au cours des dernières années, mais il subsiste un écart entre les heures travaillées par les hommes et celles travaillées par les femmes, ces dernières travaillant en moyenne moins d'heures que les hommes. La féminisation de la profession médicale continuera d'être un facteur d'augmentation des besoins en matière de médecins.
- Les charges de travail des anesthésistes varient selon l'âge. Puisque les médecins plus âgés réduisent leur charge de travail, un effectif composé de médecins vieillissants augmente le besoin en médecins. Les données recueillies pour le modèle de planification de l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA) indiquent clairement que la démographie des fournisseurs de soins de santé constitue un facteur dont il faut tenir compte dans le modèle.
- En raison de l'âge à laquelle les médecins diplômés des facultés de médecine à l'étranger obtiennent une licence pour pratiquer au Canada, leur moyenne d'années de service prévue, après l'obtention de cette licence, est de beaucoup inférieure à la moyenne des diplômés des facultés de médecine canadiennes. Voilà un autre facteur menant à l'augmentation des besoins en matière de médecins.

À l'égard du nombre d'anesthésistes actuel et futur, l'étude a déterminé les éléments suivants :

- Le nombre actuel de diplômés des programmes de formation en anesthésiologie est très inférieur au nombre requis pour tenter d'obtenir un niveau de production qui assurera un nombre adéquat d'anesthésistes à l'avenir.
- Les taux de maintien des nouveaux diplômés en anesthésiologie au Canada sont inférieurs à ceux des années précédentes. L'exode des cerveaux des années 90 peut justifier cette situation.
- Même si des restrictions strictes sont imposées aux diplômés des facultés de médecine à l'étranger (ces derniers doivent suivre une formation clinique postdoctorale), ces diplômés représentent tout de

---

<sup>50</sup> ACUDA, *A Physician Workforce Planning Model for the Specialty of Anesthesia*, 2000.

---

même 183 des 840 diplômés (22 %), lesquels ont reçu leur certification en anesthésiologie au cours de la dernière décennie, entre 1990 et 1999.

Les anesthésistes pratiquant la médecine familiale s'avèrent une ressource essentielle pour cette spécialité, tout particulièrement dans les régions rurales du Canada. Le Collège des médecins de famille du Canada reconnaît que les services d'anesthésie offerts sont essentiels à l'offre de services d'urgence, de services obstétricaux et de chirurgie dans les régions rurales du Canada. Les anesthésistes pratiquant la médecine familiale sont donc considérés comme une ressource pour combler ce manque. Des 500 à 700 anesthésistes pratiquant la médecine familiale au Canada, environ deux tiers ont reçu la formation postdoctorale supplémentaire de douze mois requise au Canada. Ces programmes sont offerts dans la plupart des facultés de médecine à l'ouest du Québec. En général, le nombre de participants à ces programmes, financés par un programme de formation postdoctorale de niveau 3 en médecine familiale ou par des programmes offerts dans les régions peu desservies, n'est pas suffisant. La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) s'engagent à travailler ensemble pour mettre en place des structures adéquates et un soutien pour les anesthésistes pratiquant la médecine familiale. Ainsi, un programme de formation normalisé et agréé sera instauré, de même qu'un procédé d'évaluation et canadien de vérification pour les médecins ayant suivi leur formation à l'étranger.<sup>51</sup>

Selon les données de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, quatre médecins de famille offrent des services d'anesthésie dans la province.

### **Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services d'anesthésie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années se caractérise de la façon suivante :

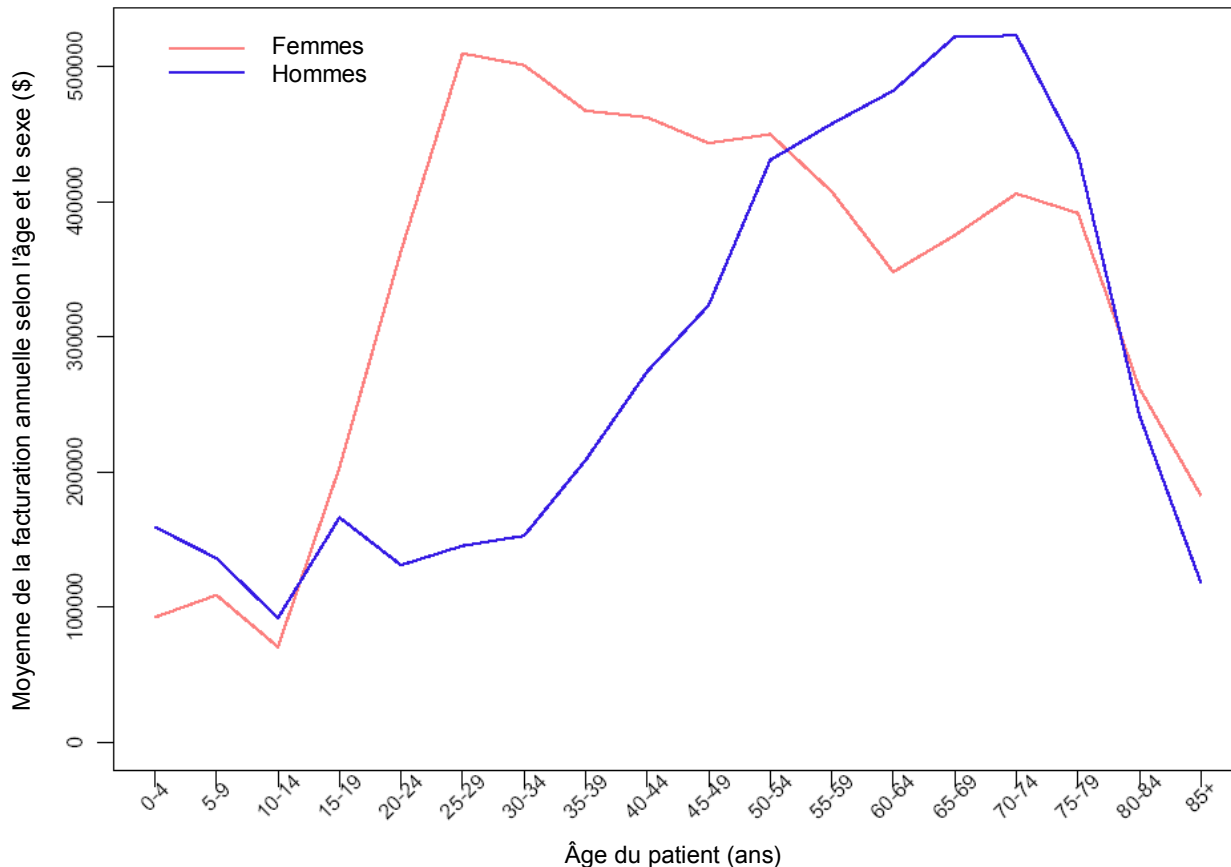
- Les pointes d'utilisation des services d'anesthésiologie sont à leur sommet à des extrémités opposées du spectre d'âge : les hommes y ont davantage recours entre l'âge de 70 à 74 ans, tandis que les femmes y ont recours entre l'âge de 25 et 29 ans.
- Chez les femmes, le recours à ces services diminue graduellement après 25 à 29 ans; chez les hommes, la diminution se fait de façon marquée après 70 à 74 ans.

---

<sup>51</sup> *Énoncé de principe conjoint sur la formation en anesthésiologie pour les médecins de famille du milieu rural*, mars 2001.

**Figure 18 – Moyenne de la facturation totale relative à l'anesthésie en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Anesthésie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues pour la spécialité de l'anesthésie jusqu'en 2013 en fonction du profil de recours aux services d'anesthésie tel qu'il est présenté ci-dessus et compte tenu de la structure d'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de la demande de services d'anesthésie de l'ordre de 12,5 % est prévue de 2003 à 2013, ce qui se traduit par une augmentation de l'effectif d'anesthésistes de 69 à l'heure actuelle à 77,6 d'ici 2013. Parmi ces 69 anesthésistes, 57,7 sont des anesthésistes rémunérés à l'acte et 11 sont des praticiens salariés qui sont présumés équivaloir à 11 médecins réels.

**Tableau 97 – Croissance de la demande de services d'anesthésie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Anesthésie	69,0	1.10% 69,8	2.18% 70,5	3.26% 71,2	4.32% 72,0	5.45% 72,8	6.63% 73,6	7.79% 74,4	8.95% 75,2	10.08% 76,0	11.32% 76,8	12.51% 77,6



---

En outre, un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de l'anesthésie indique un manque à gagner de 6,2 postes à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Au cours des dix prochaines années, le nombre d'anesthésistes dans la province devrait augmenter de 8,6 %, passant de 69 anesthésistes à l'heure actuelle à 75 d'ici 2013, alors que la demande devrait connaître une croissance de plus de 12 % au cours de la période de 2003 à 2013, pour ainsi atteindre un besoin de 77,6 anesthésistes d'ici 2013 (8,6 spécialistes supplémentaires par rapport au nombre actuel). En outre, le nombre de postes vacants à l'heure actuelle pour cette spécialité présente un déficit de 6,2 postes, **ce qui se traduit par une exigence totale de nombre d'anesthésistes supplémentaires au cours de cette période de 15.** Si la pénurie actuelle de postes (6,2) était immédiatement comblée, il est prévu que l'offre serait égale à la demande jusqu'en 2006, moment où la demande commencera à dépasser l'offre et continuera de le faire par la suite.

De plus, les réductions de charges de travail prévues équivalant à trois postes à temps plein (de manière permanente ou temporaire pour une année) ne font qu'aggraver davantage cette situation. Selon une perspective d'incidence sur la prestation des services, l'interdépendance entre les spécialités chirurgicales et l'anesthésie requiert une attention immédiate de la part du ministère de la Santé et du Mieux-être et des régions régionales de la santé.

#### **6.4.2.2 Cardiologie**

##### **Formation**

La cardiologie (adulte et pédiatrique) est une sous-spécialité de la médecine interne, laquelle est offerte dans toutes les facultés de médecine canadiennes. Normalement, une période de formation supplémentaire de trois ans est requise après l'obtention de la certification du CRMCC en médecine interne. Les programmes sont offerts dans toutes les facultés de médecine canadiennes à l'exception de la Memorial University. Les données du CAPER relativement à l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, à l'échelle nationale, 141 résidents (33 femmes et 108 hommes) sont inscrits au programme de cardiologie adulte et 14 (huit femmes et six hommes) au programme de cardiologie pédiatrique. Les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant.

**Tableau 98 – Cardiologie**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Total</b>
Cardiologie adulte	69	36	36	141
Cardiologie pédiatrique	5	4	5	14

Deux résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits à cette spécialité, un à la Dalhousie University et un à la University of Western Ontario. Ils devraient tous les deux achever leur résidence en cardiologie (médecine interne) en 2004.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 422 résidents ont obtenu leur diplôme en cardiologie (médecine interne). La moyenne du nombre annuel de diplômés s'élève à 32 par année pour

---

cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 26 à un maximum de 42. Il est prévu qu'au cours des trois prochaines années, le nombre de diplômés sera supérieur d'environ 47 % à la moyenne de la dernière décennie.

Durant la même période, 44 résidents ont terminé le programme de résidence en cardiologie pédiatrique soit une moyenne de trois par an, allant d'un minimum de un diplômé à un maximum de sept. Il est prévu que le nombre de diplômés au cours des trois prochaines années sera supérieur d'environ 56 % à la moyenne de la dernière décennie, ce qui ne représente pour cette spécialité restreinte que 1,5 diplômé de plus par an.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins du Nouveau-Brunswick compte 15 cardiologues actifs soit 13 (87 %) hommes et deux femmes. Une analyse de la répartition selon la région sanitaire indique que sept cardiologues pratiquent dans la région 1, six dans la région 2 et deux pratiquent à l'extérieur de la province et voyagent pour pratiquer au Nouveau-Brunswick.

La moyenne d'âge de ce groupe est de 45 ans, sans grande variation selon le sexe. Un fait particulier à noter pour ce groupe : 4 des 15 médecins cardiologues (27 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période prévue de 10 ans.

Les données de facturation de l'Assurance-maladie pour les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003),<sup>52</sup> présentées dans les tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de cardiologie au cours de cette période.

- Augmentation du nombre de cardiologues actifs et du nombre réel<sup>53</sup> de ces derniers
- Vieillesse des effectifs – augmentation de l'âge moyen et médian
- Amélioration du ratio des services pour les Néo-Brunswickois – diminution de la population par rapport au nombre de cardiologues

### **Tableau 99 – Cardiologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

---

<sup>52</sup> **Note :** L'offre actuelle ainsi que les récentes données annuelles de facturation de l'Assurance-maladie ne correspondent pas toujours en raison de la période à laquelle la base de données relative aux médecins a été remplie avec des données instantanées de la base de données de l'Assurance-maladie auxquelles ont été ajoutées des données du sondage des médecins. Ceci s'applique à toutes les spécialités analysées dans le présent rapport.

<sup>53</sup> **Nombre réel** signifie le nombre de médecins actifs qui ont une facturation supérieure au seuil actif (50 000 \$) + le total de la facturation de tous les médecins qui ont une facturation inférieure au seuil divisé par la moyenne des factures de tous les médecins au-dessus du seuil. Cela traduit le nombre total de médecins en dessous du seuil en un nombre réel « moyen » de médecins en fonction.

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	33	14	14	43.6	44
2001/2	32	15	15	44.1	43.5
2002/3	29	16	16	45.9	46

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	320,471	14.6	49,605
2001/2	349,762	15.5	46,717
2002/3	338,280	16.3	44,429

### Analyse et prévision de la demande

Le programme en cardiologie du Nouveau-Brunswick est orienté principalement sur certains groupes de maladies analogues (GMA) touchant de nombreux clients. Les plus communes sont les stimulateurs cardiaques, les anghes de poitrine instables, les douleurs thoraciques et les infarctus aigus du myocarde.

La cardiologie peut être qualifiée comme un programme régional décentralisé offert par divers praticiens, y compris les médecins de famille, les internistes généraux, les spécialistes en médecine interne et les cardiologues. En fait, les internistes généraux offrent la moitié du programme en cardiologie dans les régions 3, 4, 6 et 7. Habituellement, les soins sont répartis entre les médecins de famille, les cardiologues (dans les grands centres) et d'autres spécialistes en médecine interne (surtout dans les centres régionaux plus petits). Bien que la charge de travail dans les hôpitaux régionaux plus petits soit équivalente à la charge de travail d'un cardiologue à temps plein, les tâches sont habituellement réparties entre quatre internistes ou plus.

Les tendances de déplacements des patients indiquent que ces derniers sont presque toujours traités dans leur région d'origine. Aucune tendance significative vers le déplacement à l'extérieur de sa région pour l'obtention d'un service n'est remarquée, à l'exception de la prestation de soins de cardiologie centralisés pour les GMA de la région 2 et les receveurs d'un stimulateur cardiaque qui doivent se déplacer de la région 6 ou 7 à la région 1 – Beauséjour. De plus, les patients à l'extérieur de la province sont répartis de façon égale entre les régions, ce qui élimine les écarts considérables entre les Néo-Brunswickois désirant obtenir des soins de santé à l'extérieur de la province.

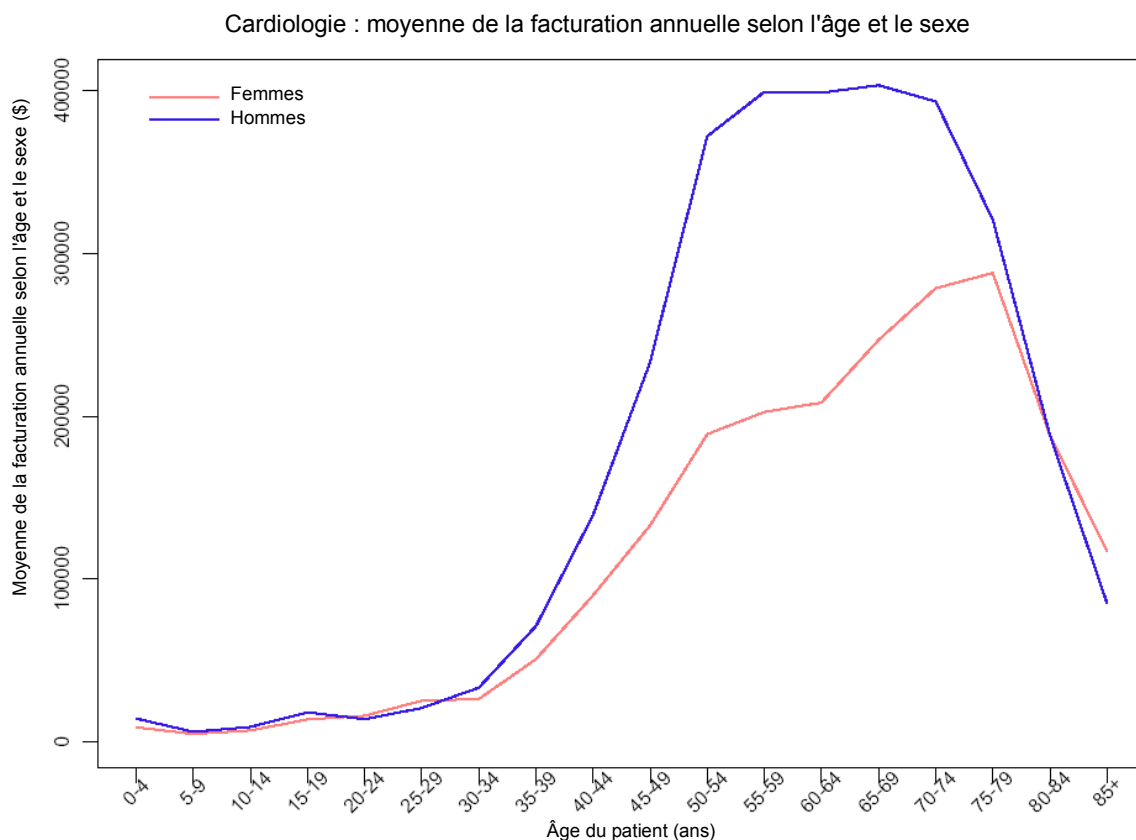
Il y a donc une différence importante du taux de services hospitaliers par personne entre les régions en ce qui a trait à la cardiologie. La cardiologie est « sous-utilisée » dans la région 2 (en raison de la sous-utilisation des GMA décentralisés et régionaux). Cependant, cette situation peut également être attribuable à une grande utilisation des services de cardiologie et de chirurgie cardiaque centralisés. La région 7 dénote une utilisation des services en cardiologie ou en chirurgie cardiaque supérieure à la moyenne en raison de l'augmentation du fardeau des maladies.

---

La figure ci-dessous explique l'utilisation de services en cardiologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années.

- La demande en fonction du sexe est équivalente jusqu'à l'âge de 30 à 34 ans. Par la suite, la demande est plus forte chez les hommes que chez les femmes, peu importe l'âge.
- La demande chez les hommes atteint son sommet pour le groupe d'âge de 65 à 75 ans.
- La demande chez les femmes atteint son sommet pour le groupe d'âge de 75 à 79 ans.
- La majorité des services sont utilisés par les hommes âgés de plus de 50 ans.

**Figure 19 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la cardiologie en fonction de l'âge et du sexe de la population**



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la cardiologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de cardiologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 23 % est prévue relativement à la demande de services en cardiologie de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des exigences réelles en matière de cardiologues de 16,3 à l'heure actuelle à 20,1 d'ici 2013.

**Tableau 100 – Croissance de la demande de services en cardiologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cardiologie	16,3	2.00%	3.95%	5.91%	7.86%	10.00%	12.20%	14.39%	16.61%	18.81%	21.18%	23.51%
		16,6	16,9	17,3	17,6	17,9	18,3	18,6	19,0	19,4	19,8	20,1

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la cardiologie indique un surplus net de 1,2 poste, ce qui signifie un déficit de 1,94 cardiologue et un surplus de 3,16 cardiologues offrant les services de cardiologie effractive à l'échelle provinciale.

La demande de cardiologues, comparativement à la demande de cardiologues interventionnels, dépasse la portée de la présente étude; il s'agit cependant d'éléments essentiels pour la planification en fonction des besoins en matière de services prévus par le nouveau régime de soins médicaux provincial.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que la main-d'œuvre actuelle compte 15 cardiologues, ce qui équivaut aux données de facturation de l'Assurance-maladie pour la période 2001-2002 et, par conséquent, elle est présumée équivaloir à 15,5 médecins réels. Les prévisions de la demande actuelle indiquent un besoin de 16,3 cardiologues réels, représentant ainsi un déficit actuel de 0,8 cardiologue. Le surplus de 1,2 poste est donc remis en question puisqu'il semble que ce niveau de service est recherché et utilisé.

En tenant compte des quatre cardiologues susceptibles de prendre leur retraite au cours de la période de planification (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et vu la croissance de la demande relativement à un besoin de 20,1 cardiologues d'ici 2013, **le nombre de cardiologues requis dans la province pourrait s'élever jusqu'à huit au cours de cette période de dix ans, l'échéance étant fonction de la retraite de ces cardiologues admissibles à la retraite.** Ce groupe de médecin devra faire l'objet d'un suivi étroit et d'une planification de la relève afin de tenir compte de l'évolution de démographie.

De plus, deux répondants au sondage des médecins ont signalé leur intention de réduire, d'ici cinq ans, leurs activités d'au moins 25 %, et ce, de façon permanente.

### **6.4.2.3 Dermatologie**

#### **Formation**

Huit universités offrent ce programme de spécialité : Dalhousie University, Université McGill, Université de Montréal, Université Laval, Université d'Ottawa, University of Toronto, University of Alberta et University of British Columbia. La durée de ce programme pour les diplômés de la faculté de médecine est de cinq ans. Les données du CAPER relativement à l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 53 résidents (28 femmes et 25 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 101 – Dermatologie**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
15	14	10	7	7	<b>53</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 152 résidents ont obtenu leur diplôme en dermatologie. La moyenne du nombre annuel de diplômés s'est élevée à 12 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de huit à un maximum de 18. Il est prévu qu'au cours des cinq prochaines

---

années, le nombre de diplômés diminuera d'environ 13 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins comprend huit dermatologues soit quatre hommes et quatre femmes. Sur ces huit dermatologues, quatre pratiquent dans la région 1, deux dans la région 2, un dans la région 3 et un dans la région 4.

À l'heure actuelle, les médecins pratiquant cette spécialité sont relativement jeunes, l'âge moyen étant de 49 ans pour les hommes et de 38 ans pour les femmes, ce qui représente une moyenne de 43 ans pour le groupe.

Au cours de la période prévue de dix ans, la retraite ne présente pas un problème pour cette spécialité puisque seulement un des huit dermatologues est âgé de plus de 50 ans. Cependant, un facteur plus critique pour la planification est que la moitié de la main-d'œuvre est constituée de femmes âgées entre 36 et 40 ans, ce qui signifie que les congés de maternité pourraient toujours causer des problèmes de planification temporaires à court terme.

Les données de facturation de l'Assurance-maladie des trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003), présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de dermatologie.

- Baisse du nombre de dermatologues actifs et du nombre réel de ces derniers.
- Baisse de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Baisse du ratio des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux dermatologues.

**Tableau 102 – Dermatologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	18	10	10	43	43.4
2001/2	18	8	8	43.8	43.9
2002/3	15	8	8	43.1	40.7

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	200,289	10.1	72,157
2001/2	222,402	8.2	88,739
2002/3	238,249	8.1	90,163

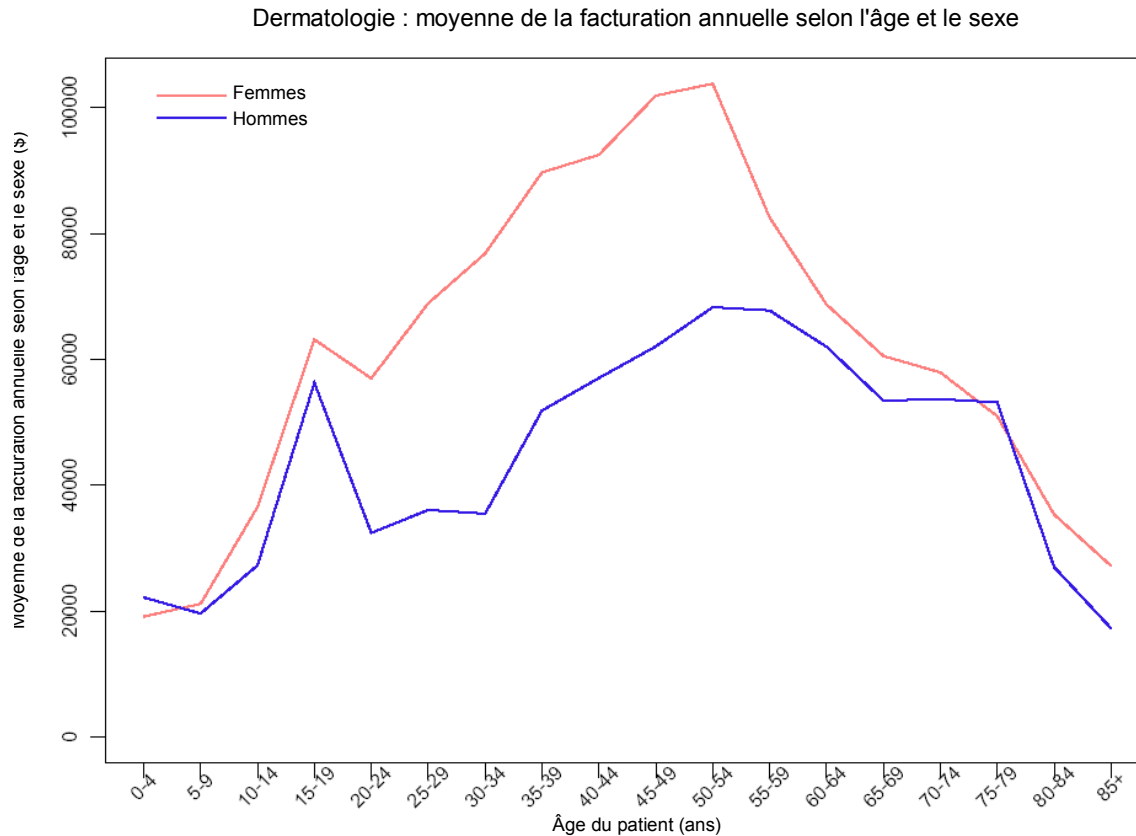
### Analyse et prévision de la demande

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de dermatologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Les femmes de tous les groupes d'âge font appel aux services plus souvent que les hommes.
- Les femmes de 25 à 55 ans utilisent la majorité des services.
- L'utilisation des services monte en flèche pour les hommes et les femmes âgés de cinq à 19 ans.
- Le recours aux services atteint son premier sommet pour les hommes et les femmes âgés entre 15 et 19 ans. Par la suite, ce recours baisse légèrement jusqu'à ce que le groupe soit âgé de plus de 25 ans et atteint de nouveau un sommet lorsque le groupe se trouve dans la tranche d'âge de 50 à 54 ans.



**Figure 20 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la dermatologie en fonction de l'âge et du sexe de la population**



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la dermatologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de dermatologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de près de 10 % est prévue relativement à la demande de services en dermatologie de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des exigences réelles en matière de dermatologie de 8,1 à l'heure actuelle jusqu'à 8,9 d'ici à 2013.

**Tableau 103 – Croissance de la demande de services de dermatologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dermatologie	8,1	0.95%	1.86%	2.78%	3.65%	4.56%	5.49%	6.38%	7.25%	8.09%	8.87%	9.62%
		8,2	8,3	8,3	8,4	8,5	8,5	8,6	8,7	8,8	8,8	8,9

---

Un aperçu des postes vacants au 30 avril 2003 dans le domaine de la dermatologie indique un déficit de 5,5 postes à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent que la main-d'œuvre actuelle compte huit dermatologues, ce qui équivaut aux données de facturation de l'Assurance-maladie pour l'année 2002-2003 et, par conséquent, elle est présumée équivaloir à 8,1 médecins réels (voir le tableau 86).

Lorsqu'on considère le déficit actuel de 5,5 postes et le départ à la retraite éventuel d'un dermatologue au cours de cette période (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs), et vu la croissance de la demande relativement à un besoin de 8,9 dermatologues réels d'ici 2013, **le nombre de dermatologues supplémentaires requis dans la province pourrait s'élever jusqu'à huit au cours des dix prochaines années.** De plus, la planification relative aux congés temporaires en raison de maternité doit tenir compte du fait que quatre des huit dermatologues sont des femmes dont l'âge est inférieur à 40 ans. La réduction progressive du nombre de diplômés prévu dans ce domaine, au cours des cinq prochaines années, peut également créer un environnement de recrutement plus concurrentiel.

Il convient également de noter que les répondants au sondage des médecins ont signalé leur intention d'apporter les changements suivants à leurs modes de pratique au cours des cinq prochaines années.

- Dans le groupe d'âge des 40 à 55 ans, un des médecins de sexe masculin prévoit réduire ses activités de 50 % de manière permanente.

#### **6.4.2.4 Radiologie diagnostique**

##### **Formation**

Ce stage de résidence de spécialité est habituellement effectué en cinq ans et est offert par les 16 facultés de médecine du Canada. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 371 résidents (156 femmes et 215 hommes) à l'échelle nationale se sont engagés dans ce programme d'études et les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 104 – Radiologie diagnostique**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
85	84	74	69	59	<b>371</b>

Les sous-spécialités en neuroradiologie ou en radiopédiatrie peuvent être étudiées suivant la réussite du programme de radiologie diagnostique du CRMCC. En général, deux années supplémentaires d'études sont requises, mais une année d'études peut être entreprise de façon concomitante au programme de résidence en radiologie diagnostique.

La sous-spécialité de neuroradiologie traite des procédures d'imagerie et d'intervention relatives au cerveau, à la colonne vertébrale et à la moelle épinière, à la tête, au cou et aux organes relatifs aux cinq sens chez les adultes et les enfants. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, quatre résidents (tous des hommes) sont inscrits à un programme de résidence et devraient entrer sur le marché du travail en 2003. Un candidat se spécialise en radiopédiatrie, et la fin de ses études est prévue en 2003.

Quatre résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de radiologie diagnostique à la Dalhousie University, et la fin de leurs études est prévue en 2004 (1), 2005 (1), 2006 (1) et 2007 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 728 résidents ont obtenu leur diplôme en radiologie diagnostique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 56 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 56 à un maximum de 64. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de plus de 30 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie.

### Analyse de l'effectif actuel

La base de données d'inventaire des médecins compte 61 spécialistes en radiologie diagnostique, dont la majorité (53 médecins ou 87 %) sont des hommes. La répartition de ces spécialistes dans la province est indiquée au tableau suivant :

**Tableau 105 – Répartition des spécialistes en radiologie diagnostique selon la région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
14 (23%)	14 (23%)	13 (21%)	7 (11%)	4 (7%)	6 (10%)	1 (2%)	2 (3%)	61 (100%)
<i>*EP = extérieur de la province</i>								

La moyenne d'âge des hommes est de 51 ans, celle des femmes, de 43 ans, et la moyenne d'âge du groupe intégral est de 50 ans.

Il est particulièrement inquiétant de noter que dans ce domaine de spécialité, la moitié des spécialistes en radiologie diagnostique (30 sur 61) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de ceux qui prendront éventuellement leur retraite au cours de la période de prévision de 10 ans. Ce groupe de retraités éventuels ne comprend qu'une seule femme (sur un total de 30 personnes).

En outre, comme il a déjà été mentionné, la composition selon le sexe de l'effectif en radiologie diagnostique est en pleine transition puisque 50 % de l'effectif actuel âgé de 35 ans et moins se compose de femmes, comparativement à 13 % de l'effectif total en radiologie diagnostique.

Selon les calculs de la base de données de l'Assurance-maladie, 12 des 61 spécialistes en radiologie diagnostique travaillent moins de 0,25 ÉTP. Il est important d'en tenir compte au cours de la planification, dans la mesure où l'aperçu utilisé pour l'analyse des ÉTP (2002-2003) comprenait jusqu'à huit spécialistes en radiologie diagnostique du Québec desservant la partie supérieure de la région 3 afin de compenser le manque d'un spécialiste en radiologie diagnostique à temps plein. Ainsi, le nombre de 61 spécialistes en radiologie diagnostique dans la province peut constituer une sur-représentation.

---

Les données de facturation de l'Assurance-maladie relatives à ce groupe pour les trois dernières années financières sont incomplètes en raison des changements apportés à la facturation des spécialistes en radiologie diagnostique au cours de cette période. Par conséquent, ces données ne constituent pas un résumé complet et fiable des activités en radiologie diagnostique dans la province.

## **Prévision de l'offre**

### **Points saillants**

- Il est prévu que l'effectif en radiologie demeurera plus ou moins stable de 2003 à 2013, selon les estimations suivantes :
  - deux nouveaux venus aux études médicales postdoctorales par année;
  - une retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes spécialistes en radiologie diagnostique devrait augmenter de façon constante au cours de la période de prévision, passant de 13 % (pourcentage actuel) à 26 % en 2013.
- Le pourcentage de l'effectif en radiologie diagnostique âgé de plus de 55 ans devrait demeurer plutôt stable au cours de la période de prévision, débutant à 38 % en 2003, diminuant à 34 % en 2005, puis augmentant de façon constante pour atteindre 39 % en 2013.

Le tableau suivante illustre la prévision de l'offre en matière de radiologie diagnostique de 2003 à 2013 :

**Tableau 106 – Prévion de l'offre en matière de radiologie diagnostique de 2003 à 2013**

<b>Radiologie diagnostique</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>61</b>	<b>13%</b>	<b>38%</b>
2003	61	14%	36%
2004	61	16%	35%
2005	61	17%	34%
2006	62	18%	39%
2007	62	19%	38%
2008	62	20%	40%
2009	62	21%	41%
2010	62	22%	39%
2011	62	24%	38%
2012	62	25%	38%
2013	61	26%	39%

### **Analyse et prévision de la demande**

Les données sur les hôpitaux et la facturation n'étaient pas suffisantes pour effectuer une analyse actuelle et historique complète de la radiologie diagnostique.

Cependant, le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux besoins prévus en matière de radiologie jusqu'en 2013 en fonction du profil d'utilisation des services de radiologie qui repose sur les données disponibles (et qu'il faut interpréter avec prudence) et compte tenu de la structure d'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des 10 prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services de radiologie est de 13 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière de spécialistes en radiologie diagnostique de 61, à l'heure actuelle, à 69 en 2013.

**Tableau 107 – Croissance de la demande de services de radiologie diagnostique (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

<b>Spécialité</b>	<b>Effectif</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Radiologie diagnostique</b>		1.24%	2.46%	3.68%	4.83%	6.02%	7.22%	8.39%	9.56%	10.70%	11.91%	13.04%
	61,0	61,8	62,5	63,2	63,9	64,7	65,4	66,1	66,8	67,5	68,3	69,0

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la radiologie diagnostique indique un manque considérable de 16,7 postes à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel de 61 spécialistes en radiologie diagnostique, tout comme la prévision de l'offre de spécialistes jusqu'en 2013, devrait demeurer plutôt stable (variant entre 61 et 62 au cours de cette période).

Selon les prévisions de la demande qui indiquent que la croissance de la demande de services de radiologie sera de 13 % au cours de la période de 2003 à 2013, il est estimé que 69 spécialistes en radiologie diagnostique seront nécessaires à la fin de cette période. De plus, il existe actuellement une pénurie, comme l'indiquent les 16,7 postes à pourvoir. **Par conséquent, il pourrait y avoir une pénurie totale de 25 spécialistes en radiologie diagnostique au cours de la période de prévision de 10 ans, le déficit actuel étant de 16,7 spécialistes, et le déficit en l'an 2013, de 25 spécialistes ou plus, selon le nombre de spécialistes qui prendront leur retraite** (d'après les taux de retraite historiques, le modèle de prévision envisage au maximum 10 retraites au cours de la période de prévision, mais un total de 30 spécialistes en radiologie diagnostique feront partie des personnes qui prendront éventuellement leur retraite. Ainsi, si le nombre réel de retraites est supérieur au nombre prévu, la pénurie envisagée pourrait être supérieure à 25 spécialistes d'ici l'an 2013).

De plus, s'il est établi que les postes actuellement occupés par des spécialistes en radiologie diagnostique de l'extérieur de la province doivent être occupés par un spécialiste à l'intérieur de la province, le nombre de postes à pourvoir en matière de radiologie diagnostique sera bien plus élevé que celui qui a été calculé précédemment.

Un répondant au sondage des médecins a également signalé son intention de réduire ses activités complètement pendant un an ou moins au cours des cinq prochaines années.

La technologie est un facteur important pouvant atténuer la pénurie envisagée, étant donné que l'emplacement géographique du spécialiste en radiologie diagnostique est moins important pour l'accès au service et que des économies peuvent être réalisées grâce à la centralisation supplémentaire du service, même dans les régions.

#### **6.4.2.5 Médecine d'urgence**

### **Formation**

La Memorial University et la University of Saskatchewan sont les deux seules facultés de médecine universitaires n'offrant pas de programme de résidence dans ce domaine de spécialité. La durée de ces études est habituellement de cinq ans pour les personnes qui s'inscrivent immédiatement après avoir reçu leur diplôme de la faculté de médecine. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, à l'échelle du pays, 125 résidents (42 femmes et 83 hommes) sont inscrits à un programme de médecine d'urgence, et 15 résidents (8 femmes et 7 hommes) participent au programme de médecine d'urgence en pédiatrie. Les dates de fin d'études prévues sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 108 – Médecine d'urgence**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Médecine d'urgence	24	21	32	24	24	<b>125</b>
Médecine d'urgence en pédiatrie	11	4	-	-	-	<b>15</b>

De plus, les données du CAPER indiquent qu'un candidat étudiant la sous-spécialité de la médecine d'urgence – soins intensifs devrait entrer sur le marché en 2003.

Deux résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de médecine d'urgence à Dalhousie University, et la fin de leurs études est prévue en 2006 (1) et 2007 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 162 résidents ont obtenu leur diplôme en médecine d'urgence (CRMCC). Le nombre moyen de diplômés se situait à 12 par année au cours de cette période de 13 ans, variant d'un minimum de quatre à un maximum de 21. Au cours des trois dernières années, le nombre de diplômés est passé à 20, 21 et 18 diplômés respectivement. Toutefois, selon les prévisions, le nombre de diplômés devrait augmenter de 100 % au cours des cinq prochaines années par rapport à la moyenne des dix dernières années. Lorsqu'on compare ces chiffres aux prévisions de la demande dans ce domaine de spécialité, il faut également tenir compte du fait que 578 omnipraticiens ayant obtenu leur diplôme depuis 1990 ont également obtenu une résidence en médecine d'urgence accordée par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), ce qui représente une moyenne de 44 par année. À l'heure actuelle, 99 personnes sont inscrites à ce programme de résidence, et la fin de leurs études est prévue en 2003, ce qui représente une augmentation de 125 % par rapport à la moyenne des dix dernières années. Ces chiffres pourraient indiquer qu'un plus grand nombre d'omnipraticiens veulent approfondir leurs connaissances afin de pouvoir offrir des services dans les communautés rurales. Ils pourraient également indiquer qu'un plus grand nombre d'omnipraticiens desservant les communautés font la transition vers les services de médecine d'urgence aux dépens des communautés. Cette dernière interprétation est plus inquiétante du point de vue de l'accès aux soins primaires et elle nécessite une enquête plus approfondie et une surveillance continue.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Trois médecins dans la province, dont deux femmes, sont spécialisés en médecine d'urgence. Deux de ces médecins se trouvent dans la région 2, et l'autre se trouve dans la région 3. Ces trois médecins sont âgés de 45 à 55 ans, et leur moyenne d'âge est de 50 ans. Un de ces médecins fera partie de la catégorie de la retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

La question de la « spécialité fonctionnelle » ou de la « pratique réelle » mentionnée dans les paragraphes précédents est importante pour comprendre l'ensemble du domaine de la médecine d'urgence au Nouveau-Brunswick. En répondant au sondage des médecins, 30 omnipraticiens ont indiqué qu'ils passent plus de 90 % de leur temps à travailler dans une salle d'urgence. Si l'on considère également le nombre croissant de résidents en médecine générale visant à obtenir leurs titres en médecine d'urgence du CMFC, l'impact sur ce service est positif, mais peut être aux dépens des soins primaires offerts dans les communautés, d'où la nécessité de surveiller cette tendance de près.

---

## Analyse et prévision de la demande

Les données des hôpitaux ou de l'Assurance-maladie n'indiquent aucun médecin actif puisque ces spécialistes en médecine d'urgence reçoivent actuellement un salaire ou sont rémunérés par séance, et les données relatives au niveau d'activité ou à l'utilisation ne sont pas saisies à l'heure actuelle.

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la médecine d'urgence indique une pénurie de 6,7 postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Selon la pénurie actuelle de 6,7 postes (conformément aux postes vacants actuels) et compte tenu d'une retraite possible, **ce groupe pourrait nécessiter sept ou huit spécialistes en médecine d'urgence au cours de la période de prévision de 10 ans.** Ces chiffres ne tiennent pas compte de la croissance de la demande dans ce domaine de spécialité.

Il faut déterminer dans quelle mesure les omnipraticiens qui pratiquent presque exclusivement dans le domaine de la médecine d'urgence atténuent cette demande, tout comme la relation entre les nombres relatifs de médecins accrédités par le CRMCC et le CMFC, dans la prestation de soins d'urgence au Nouveau-Brunswick conformément à la norme prévue.

#### 6.4.2.6 Gastroentérologie

##### Formation

Les universités suivantes n'offrent pas ce programme d'études : Memorial University, University of Saskatchewan et Université Laval. Les 13 universités qui offrent des programmes de résidence dans cette sous-spécialité se concentrent sur la gastroentérologie chez les adultes ou la gastroentérologie pédiatrique. Normalement, une période de formation supplémentaire de deux ans est requise après l'obtention de l'accréditation du CRMCC en médecine interne ou en pédiatrie.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 74 résidents (29 femmes et 45 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits au programme de gastroentérologie chez les adultes, et cinq résidents (quatre femmes et un homme) sont inscrits à un programme axé sur la gastroentérologie pédiatrique. Les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

Tableau 109 – Gastroentérologie

	2003	2004	Total
Adultes	40	34	74
Pédiatrie	4	1	5

Un résident du Nouveau-Brunswick est inscrit au programme de gastroentérologie à la Dalhousie University et devrait obtenir son diplôme en 2004.



---

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 211 résidents ont obtenu leur diplôme en gastroentérologie (médecine interne). Le nombre moyen de diplômés se situait à 16 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de neuf à un maximum de 23. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de plus de 130 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie. Au cours de cette même période de 13 ans, 38 personnes ont obtenu leur diplôme en gastroentérologie pédiatrique, ce qui constitue une moyenne de trois diplômés par année. Cette moyenne est comparable aux résultats prévus au cours des deux prochaines années.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins contient sept gastroentérologues, dont la majorité sont des hommes (6 ou 86 %). Une analyse effectuée selon la région sanitaire démontre que trois gastroentérologues se trouvent dans la région 2, deux dans la région 3, un dans la région 1 et un dans la région 6.

Il est particulièrement inquiétant que la moyenne d'âge du groupe de gastroentérologues qui pratiquent actuellement au Nouveau-Brunswick est de 55 ans. Plus précisément, quatre des sept gastroentérologues (57 %) sont âgés de plus de 50 ans et font partie de ceux qui prendront éventuellement leur retraite au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de gastroentérologues.

- Stabilité du nombre de gastroentérologues actifs et du nombre réel de gastroentérologues.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
- La proportion des services offerts aux Néo-Brunswickois demeure stable, et le rapport entre la population et les gastroentérologues n'a pratiquement pas changé.

Le tableau suivant illustre l'historique de trois ans de l'Assurance-maladie et de la gastroentérologie.

**Tableau 110 – Gastroentérologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	19	10	10	51.4	50.5
2001/2	17	10	10	52.4	51.5
2002/3	20	10	10	53.4	52.5

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	371,364	10.1	72,153
2001/2	395,082	10	72,269
2002/3	397,130	10.1	72,182

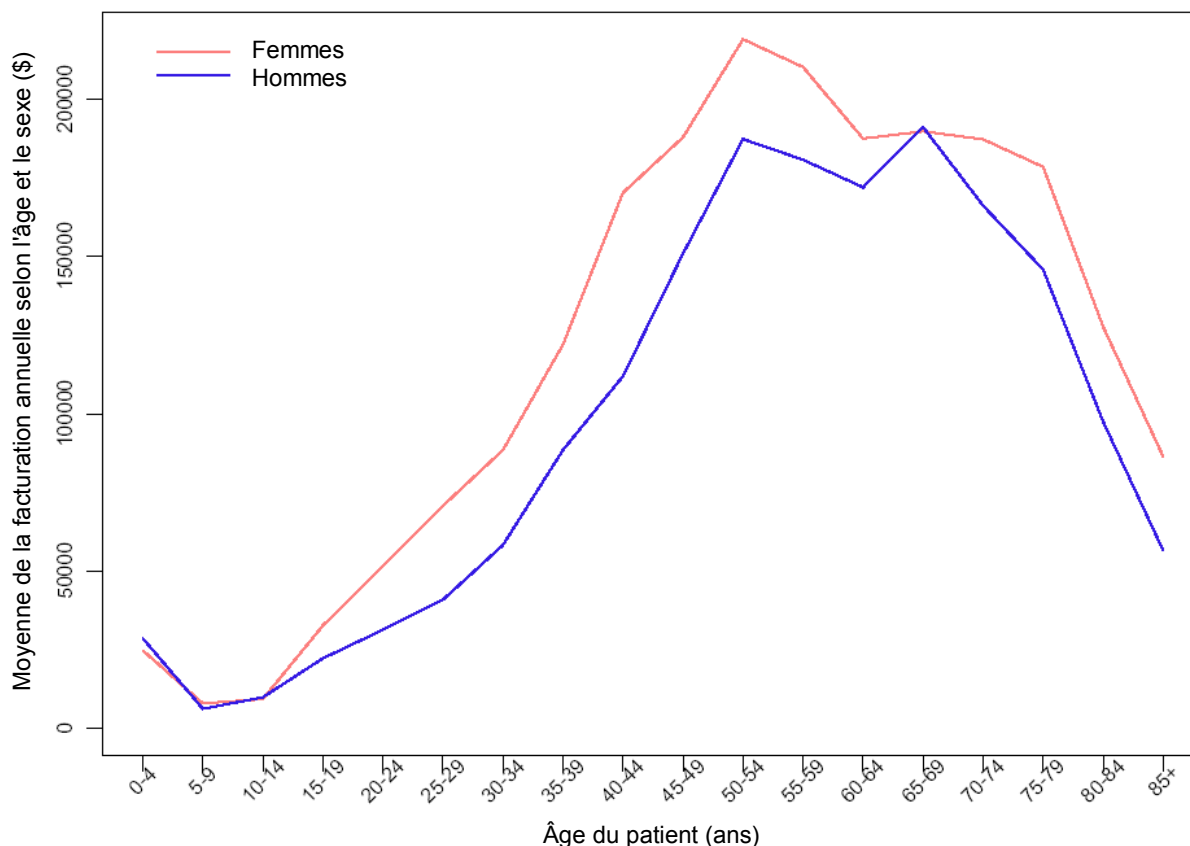
**Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué dans la figure ci-dessous, l'utilisation des services de gastroentérologie par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années présente les caractéristiques suivantes :

- Les femmes de tous les groupes d'âge, à l'exception des femmes âgées de moins de 14 ans et de 65 à 69 ans, utilisent plus souvent ces services.
- Chez les femmes, l'utilisation de ces services atteint son sommet entre 45 et 49 ans.
- Chez les hommes, l'utilisation de ces services atteint deux sommets relativement égaux soit entre 45 et 49 ans et entre 65 et 69 ans.

**Figure 21 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la gastroentérologie, en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Gastroentérologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux besoins prévus en gastroentérologie d'ici l'an 2013, en fonction de l'utilisation des services de gastroentérologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services de gastroentérologie est supérieure à 17 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière de gastroentérologues de 10,1, à l'heure actuelle, à 11,9 en 2013.

**Tableau 111 – Croissance de la demande de services de gastroentérologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif 2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<b>Gastroentérologie</b>	10,1	10,3	10,4	10,6	10,7	10,9	11,0	11,2	11,4	11,5	11,7	11,9
	1.58%	3.13%	4.68%	6.20%	7.77%	9.37%	10.93%	12.51%	14.06%	15.75%	17.34%	

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la gastroentérologie indique un surplus de 3,2 postes à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel se compose de sept gastroentérologues, nombre inférieur aux niveaux de 2002-2003 enregistrés par la facturation de l'Assurance-maladie. La demande actuelle estimée indique qu'un nombre réel de 10,1 gastroentérologues est requis, ce qui crée une pénurie de 3,1 gastroentérologues. Cette pénurie remet en question le surplus signalé de 3,2 postes puisque la demande indique que ces postes sont nécessaires pour offrir le niveau requis de services de gastroentérologie.

Il est prévu que, d'ici 2013, la demande augmentera de plus de 17 %, et le nombre de gastroentérologues requis passera à 11,9; il s'agit d'une augmentation de 1,8 spécialiste par rapport aux chiffres actuels. De plus, en tenant compte des quatre gastroentérologues qui prévoient prendre leur retraite au cours de la période de planification (sans compter les autres gains et départs du groupe actuel et futur de médecins actifs), **un total de neuf gastroentérologues supplémentaires seront nécessaires dans la province au cours des dix prochaines années**, l'échéance étant fonction de la retraite des médecins qui y sont admissibles. De plus, un médecin du groupe de 40 à 55 ans prévoit réduire ses activités de 25 % de façon permanente. Ce groupe de médecins devra faire l'objet d'un suivi étroit et d'une planification de la relève.

#### **6.4.2.7 Gériatrie**

##### **Formation**

La gériatrie est un programme de résidence de sous-spécialité du CRMCC d'une durée de deux ans. Ce programme est offert à la suite de l'accréditation en médecine interne dans 13 des facultés de médecine du Canada. Au Québec, ce programme d'études est offert de façon collective dans le réseau provincial d'universités (Laval, Sherbrooke, Montréal et McGill). Un programme de résidence en gériatrie n'est pas offert dans les universités suivantes : Memorial University, Queen's University et University of Saskatchewan.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 19 résidents (13 femmes et six hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études. Les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 112 – Gériatrie**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
11	8	<b>19</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 126 résidents ont obtenu leur diplôme en gériatrie. Le nombre moyen de diplômés se situait à 10 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un

---

minimum de six à un maximum de 14. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés sera comparable à la moyenne des 10 dernières années.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins compte six gériatres, dont la majorité sont des femmes (5 ou 83 %). La majorité des gériatres (3 ou 50 %) pratiquent dans la région 2, alors que deux pratiquent dans la région 1, et un dans la région 3.

Ces gériatres sont relativement jeunes; l'âge moyen est de 43 ans. Des six gériatres, quatre d'entre eux (67 %) sont âgés de moins de 50 ans.

Dans un contexte de planification, il est inquiétant de noter que deux des six gériatres sont âgés de plus de 55 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans. De plus, trois des six gériatres sont des femmes âgées de moins de 40 ans qui sont encore en âge d'avoir des enfants, ce qui représente d'autres facteurs à considérer dans la planification temporaire et à court terme. En raison des changements démographiques et du nombre stagnant de finissants issus du secteur universitaire, l'environnement concurrentiel relatif au recrutement pourrait constituer un défi.

Une analyse historique de la facturation de l'Assurance-maladie n'est pas disponible pour ce groupe; la facturation de tous les gériatres est inférieure au seuil établi, étant donné que la majorité d'entre eux sont salariés et qu'il n'existe aucun outil de mesure des activités et de l'utilisation. Des six gériatres, trois ont travaillé activement dans les hôpitaux en 2000-2001 et en 2001-2002, selon les données des hôpitaux.

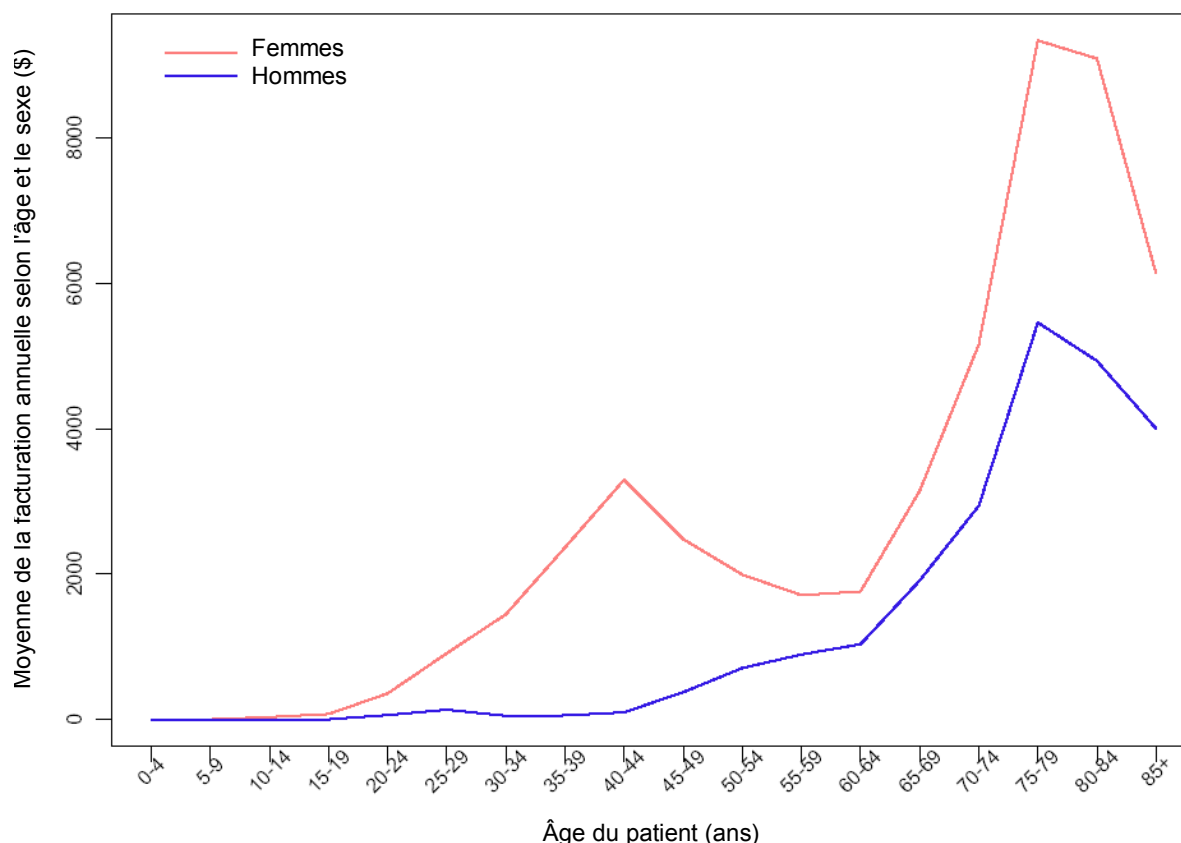
### **Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué dans la figure ci-dessous, l'utilisation des services de gériatrie par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années présente les caractéristiques suivantes :

- Les femmes de tous les groupes d'âge ont plus souvent recours à ces services, sauf pour le groupe d'âge de moins de 19 ans, où le taux d'utilisation est nul pour les hommes et les femmes.
- L'utilisation des services par les femmes augmente progressivement entre 20 et 45 ans pour atteindre un premier sommet, puis il augmente en flèche entre 60 et 79 ans pour atteindre un deuxième sommet.
- L'utilisation des services atteint son plus haut niveau tant pour les hommes que pour les femmes dans la tranche d'âge de 75 à 79 ans.
- L'utilisation des services par les hommes ne commence qu'après l'âge de 40 ans, puis il atteint deux sommets relativement égaux : l'un pour la tranche d'âge de 45 à 49 ans et l'autre pour la tranche d'âge de 65 à 69 ans.

**Figure 22 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la gériatrie, en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Gériatrie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux besoins prévus en gériatrie d'ici l'an 2013, en fonction de l'utilisation des services de gériatrie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services en gériatrie est de 17 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière de gériatres de six, à l'heure actuelle, à sept en 2013.

**Tableau 113 – Croissance de la demande de services de gériatrie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gériatrie	6,0	1.67%	3.05%	4.50%	5.93%	7.30%	8.74%	10.18%	11.65%	13.33%	15.17%	16.99%

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la médecine gériatrique indique une pénurie de 1,2 poste à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

En tenant compte de la retraite éventuelle de deux (des six) gériatres au cours de la période de planification (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs), et étant donné que la croissance de la demande créera un besoin de sept gériatres d'ici l'an 2013, **il pourrait y avoir un besoin d'au plus cinq gériatres additionnels au cours de la période de prévision de 2003 à 2013**, ce qui comprend le déficit immédiat de 1,2 gériatre, comme l'indique le nombre de postes vacants actuels. Ces besoins se présenteront lorsque les deux gériatres prendront leur retraite. En outre, un médecin dans le groupe d'âge de 30 à 40 ans a fait part de son intention de réduire ses activités d'au moins 50 % pendant un an ou moins.

#### **6.4.2.8 Hématologie**

##### **Formation**

Treize facultés de médecine universitaires offrent des programmes visant cette spécialité, avec une concentration sur l'hématologie des adultes ou sur l'hématologie et l'oncologie pédiatriques. La durée de ce programme d'études est habituellement de deux ans après l'obtention de l'accréditation du CRMCC en médecine interne ou en pédiatrie, et une année d'études peut être entreprise de façon concomitante au programme de résidence. La Memorial University, la Université de Sherbrooke et la University of Saskatchewan n'offrent pas les programmes. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 49 résidents (24 femmes et 25 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études visant les adultes, et 19 résidents (12 femmes et 7 hommes), à un programme visant la pédiatrie. Les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 114 – Hématologie**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
Hématologie des adultes	33	16	<b>49</b>
Hématologie pédiatrique	16	3	<b>19</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 130 résidents ont obtenu leur diplôme en hématologie (médecine interne). Le nombre moyen de diplômés se situait à 10 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de sept à un maximum de 13. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de plus de 145 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie.

Durant la même période de 13 ans, 40 résidents ont terminé le programme en hématologie pédiatrique soit une moyenne de trois par an, allant d'un minimum de zéro à un maximum de six finissants dans une année

donnée. On prévoit que le nombre de diplômés au cours des deux prochaines années dépassera de plus de 200 % celui des années précédentes en raison des 16 résidents qui prévoient obtenir leur diplôme dans cette spécialité en 2003.

### Analyse de l'effectif actuel

Il y a trois hématologues au Nouveau-Brunswick, tous des hommes âgés de plus de 40 ans (l'âge moyen étant de 49 ans). Des trois médecins de ce groupe, deux pratiquent dans la région 1, alors que l'autre pratique dans la région 2.

Au cours de la période de prévision de 10 ans, un des trois hématologues (33 %) sera en âge de prendre sa retraite.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe d'hématologie au cours de cette période.

- Diminution du nombre actif et du nombre réel d'hématologues.
- Augmentation importante de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Baisse considérable de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux hématologues

**Tableau 115 – Hématologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	10	3	3	47.3	44.3
2001/2	10	3	3	48.3	45.3
2002/3	9	2	2	53	53
Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif		
2000/1	285,750	3.2	229,140		
2001/2	277,942	3.1	231,934		
2002/3	411,297	2.1	337,886		

### Analyse et prévision de la demande

Cette analyse de l'hématologie se limite aux soins des patients hospitalisés et à la chirurgie de jour; elle n'englobe pas tous les soins oncologiques offerts dans la province.

Parmi les GMA de l'hématologie, on peut compter la leucémie, le lymphome, la chimiothérapie et les soins d'autres tumeurs. La majorité des patients des régions 5, 6 et 7, ainsi qu'une grande proportion des patients de la région 3, doivent sortir de la région pour obtenir des soins. Comme il a été mentionné dans



---

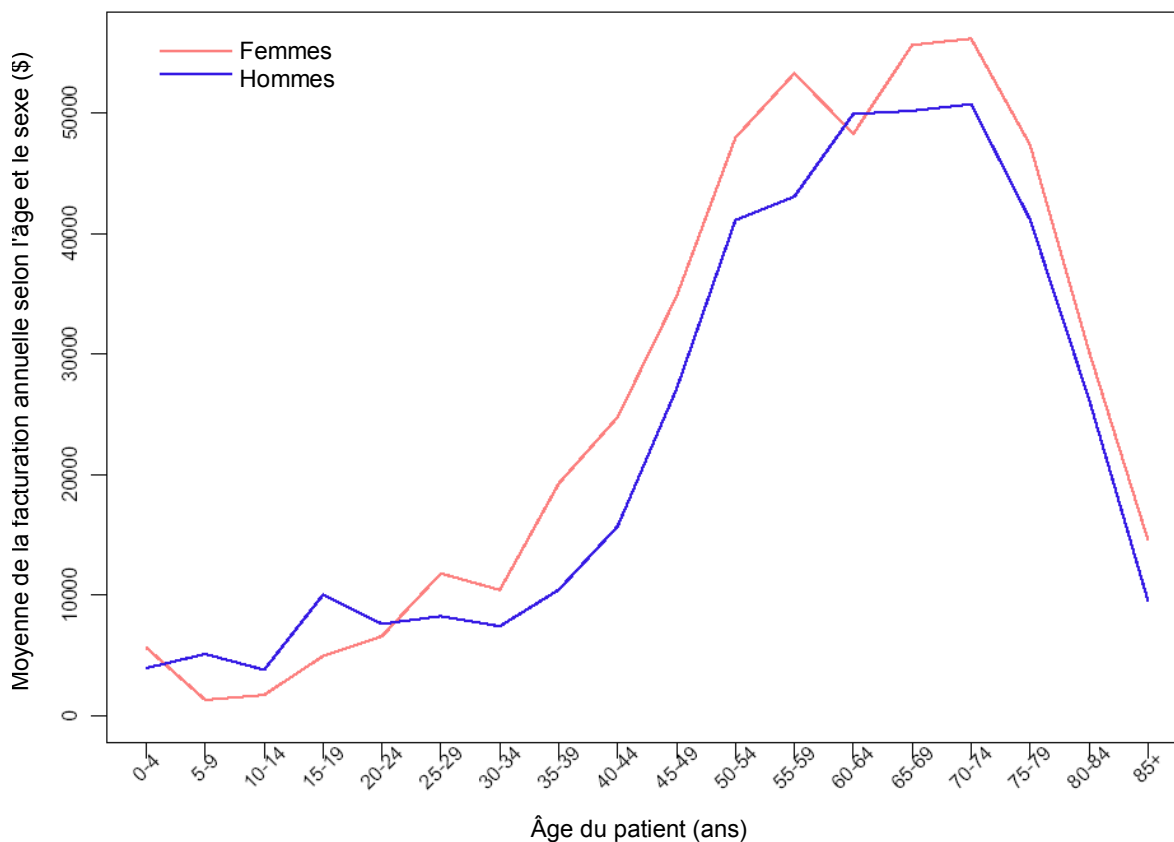
l'analyse de l'offre, un seul hématologue se trouve dans chacun des hôpitaux des régions 1B, 1SE et 2. Par conséquent, bon nombre d'activités liées aux cliniques externes n'ont lieu que dans les régions 1SE et 2.

Tel qu'il est indiqué dans la figure ci-dessous, l'utilisation des services d'hématologie par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années présente les caractéristiques suivantes :

- Les hommes ont plus souvent recours aux services que les femmes entre les âges de 0 à 24 ans; ensuite, ce sont les femmes qui utilisent plus souvent les services jusqu'à l'âge de 60 à 64 ans, âge auquel l'utilisation des services est à peu près la même. Après l'âge de 65 ans, les femmes utilisent davantage les services que les hommes.
- L'utilisation des services augmente rapidement pour les deux sexes après l'âge de 24 ans; chez les femmes, elle atteint un sommet au groupe d'âge de 55 à 59 ans, alors que chez les hommes, elle atteint un sommet soutenu entre les âges de 60 et 75 ans.
- L'utilisation des services chute rapidement après l'âge de 75 ans pour les deux sexes.
- Les deux sexes ont recours à la plupart des services hématologiques entre les âges de 45 et 75 ans.

**Figure 23 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'hématologie en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Hématologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux besoins prévus en matière d'hématologie d'ici l'an 2013, en fonction de l'utilisation des services d'hématologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services en hématologie est supérieure à 20 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière d'hématologues de 3,1, à l'heure actuelle, à 3,8 en 2013.

**Tableau 116 – Croissance de la demande de services d'hématologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hématologie	3,1	1.66%	3.35%	5.02%	6.74%	8.64%	10.63%	12.65%	14.68%	16.69%	18.98%	21.20%
		3,2	3,2	3,3	3,3	3,4	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7	3,8

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants en hématologie indique, à l'échelle provinciale, que cette spécialité affiche une pénurie de 0,2 poste, ce qui constitue un équilibre relatif dans le cadre de la présente analyse.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent un effectif de trois hématologues (même niveau qu'en 2001-2002), ce qui équivaut à un nombre réel d'hématologues de 3,1. Les estimations actuelles de la demande indiquent des besoins semblables et, puisqu'il n'y a aucun poste vacant, on juge que cette spécialité est en équilibre.

Cependant, compte tenu de la retraite éventuelle d'un hématologue au cours de l'horizon de planification (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs), et étant donné que la croissance de la demande créera un besoin réel de 3,8 hématologues d'ici l'an 2013, **il y a un besoin d'au plus deux hématologues supplémentaires au cours de la période de prévision 2003 à 2013**. Qui plus est, d'après les réponses au sondage, un médecin âgé entre 40 et 50 ans prévoit réduire ses activités d'au moins 25 % de façon permanente.

#### **6.4.2.9 Maladies infectieuses**

##### **Formation**

La présente sous-spécialité nécessite généralement deux années supplémentaires d'études suivant la certification du CRMCC en médecine interne ou pédiatrie; toutefois, jusqu'à une année d'études peut être entreprise simultanément. Onze universités offrent des programmes de résidence dans ce domaine avec une concentration en maladies infectieuses chez les adultes ou en pédiatrie. Les universités suivantes n'offrent pas les programmes : University of Saskatchewan, Memorial University, Université de Montréal, Queen's University et University of Western Ontario. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 14 résidents (cinq femmes et neuf hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études avec une concentration en maladies infectieuses chez les adultes et cinq résidents (trois femmes et deux hommes) avec une concentration en maladies infectieuses pédiatriques. Les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant.

**Tableau 117 – Maladies infectieuses**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
Maladies infectieuses chez les adultes	10	4	<b>14</b>
Maladies infectieuses pédiatriques	5		<b>5</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

---

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, 71 résidents en tout (27 femmes et 44 hommes) ont obtenu leur diplôme en maladies infectieuses (médecine interne) et 22 (10 femmes et 12 hommes) en maladies infectieuses pédiatriques. Le nombre moyen de diplômés se situait respectivement à 5,5 et 1,7 par année pour cette période de 13 ans. Selon les prévisions, au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés devrait augmenter respectivement de 27 % et de 47 % en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie, ce qui équivaut à un poste supplémentaire environ, pour cette spécialité restreinte.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Il y a six spécialistes des maladies infectieuses au Nouveau-Brunswick, dont quatre sont des hommes (66 %). Sur ces six spécialistes, trois pratiquent dans la région 1, deux pratiquent dans la région 2 et un pratique dans la région 4. La moyenne d'âge de ce groupe est de 49 ans pour les hommes et de 51 ans pour les femmes.

Au cours de la période de prévision de 10 ans, un des six spécialistes des maladies infectieuses (17 %) prendra éventuellement sa retraite.

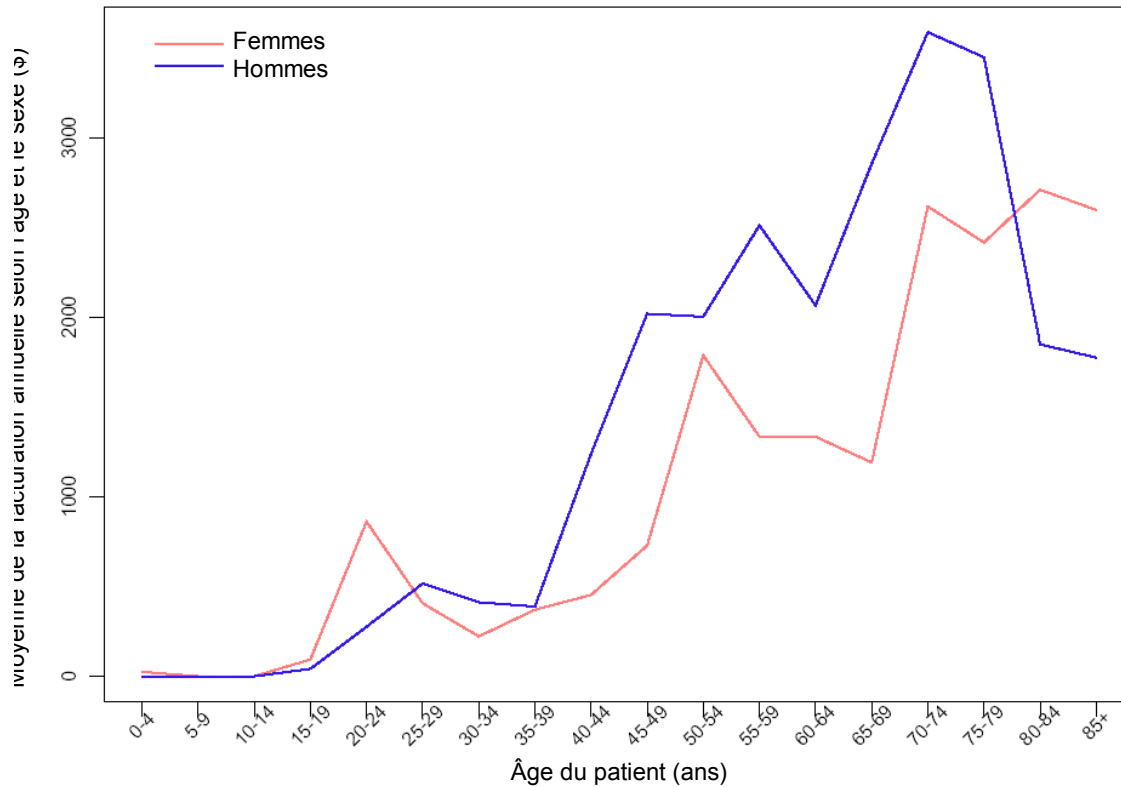
### **Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services relatifs aux maladies infectieuses par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation du service est plus forte parmi les hommes âgés entre 35 et 80 ans que parmi les femmes de la même tranche d'âge.
- L'utilisation du service parmi les femmes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 20 à 24 ans, pour la tranche d'âge de 50 à 54 ans, pour la tranche d'âge de 70 à 74 ans et finalement, pour la tranche d'âge de 80 à 84 ans.
- De façon similaire, l'utilisation du service parmi les hommes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 25 à 29 ans, pour la tranche d'âge de 45 à 49 ans, pour la tranche d'âge de 55 à 59 ans et finalement, pour la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- L'utilisation des services relatifs aux maladies infectieuses par les deux sexes ne commence qu'après l'âge de 20 ans.

**Figure 24 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative aux maladies infectieuses**

Maladies infectieuses : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant les maladies infectieuses jusqu'à l'an 2013, en fonction du recours aux services relatifs aux maladies infectieuses, tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure changeante de l'âge de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 21 % est prévue relativement à la demande de services relatifs aux maladies infectieuses à partir de 2003 jusqu'à 2013, ce qui équivaut à une augmentation de six à l'heure actuelle jusqu'à 7,3 spécialistes des maladies infectieuses avant l'an 2013.

**Tableau 118 – Croissance de la demande de services relatifs aux maladies infectieuses (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Maladies infectieuses</b>		2.06%	3.70%	5.51%	7.25%	9.25%	11.24%	13.31%	15.27%	17.37%	19.07%	20.93%
	6.0	6.1	6.2	6.3	6.4	6.6	6.7	6.8	6.9	7.0	7.1	7.3

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine des maladies infectieuses indique que cette spécialité n'en compte pas.

### **Analyse de l'écart**

La spécialité des maladies infectieuses possède actuellement un équilibre relativement stable selon l'offre, la demande et les postes actuels. Toutefois, à la fin de la période de prévision de 10 ans, un spécialiste est susceptible de prendre sa retraite et son poste devra être comblé. De plus, selon les prévisions, la croissance de la demande de services relatifs aux maladies infectieuses dans la période de planification devrait dépasser 20 %, ce qui devrait nécessiter un spécialiste supplémentaire en 2011.

#### **6.4.2.10 Médecine interne**

##### **Formation**

Les 16 facultés de médecine universitaires du Canada offrent des programmes de résidence en médecine interne d'une durée minimale de quatre ans. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 779 résidents (342 femmes et 437 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 119 – Médecine interne**

2003	2004	2005	2006	Total
69	220	230	260	<b>779</b>

Compte tenu que la médecine interne est un préalable à d'autres sous-spécialités, ces données ne peuvent pas être considérées comme des sources solides d'offre pour le calendrier donné. Un certain nombre de sous-spécialités d'agrément en médecine interne est également offert par le CRMCC, la plupart avec des sous-spécialités qui portent sur l'étude de la médecine interne chez les adultes ou en pédiatrie et qui nécessitent deux années de formation supplémentaires suivant la certification du CRMCC en médecine interne pédiatrique. Le domaine de la cardiologie est traité séparément au paragraphe 6.3.2.2.

Quatre résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de spécialité en médecine interne. Trois sont inscrits à la Dalhousie University et devraient obtenir leur diplôme en 2003 (1), en 2004 (1) et en 2006 (1) et un résident est inscrit à l'Université de Sherbrooke et la fin de ses études est prévue en 2004.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 833 résidents ont obtenu leur diplôme en médecine interne générale. Le nombre moyen de diplômés se situait à 64 par année pour cette période de

13 ans, allant d'un minimum de 38 à un maximum de 93. Le nombre de diplômés dans cette spécialité représente une proportion toujours décroissante depuis les cinq dernières années. Toutefois, selon les prévisions, le nombre de diplômés au cours des quatre prochaines années devrait augmenter de 204 % en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Toutefois, comme il a déjà été mentionné, la médecine interne est également un préalable pour d'autres sous-spécialités, ce qui modifie potentiellement l'offre d'internistes généraux.

Les occasions de se sous-spécialiser dans ce champ d'études augmentent et le nombre de diplômés est variable. Depuis 1990, en moyenne, partout au pays, il y a eu entre un et trois diplômés dans les disciplines énumérées ci-dessous, sauf dans les domaines des soins intensifs (adultes) et d'endocrinologie (adultes) qui ont en moyenne dix diplômés par année. Le sexe de ceux qui sont inscrits dans d'autres résidences de sous-spécialités en médecine interne et la date à laquelle ils devraient finir, selon les données du CAPER pour l'année 2002-2003, se trouvent dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 120 – Sous-spécialités en médecine interne**

	2003	2004	TOTAL
Immunologie clinique et allergie (adultes)	4	3	7 (3 femmes, 4 hommes)
Immunologie clinique et allergie (pédiatrie)	4	3	7 (3 femmes, 4 hommes)
Pharmacologie clinique (adultes)	10	-	10 (7 femmes, 3 hommes)
Pharmacologie clinique (pédiatrie)	3	-	3 (2 femmes, 1 homme)
Soins intensifs (adultes)	29	4	33 (9 femmes, 24 hommes)
Soins intensifs (pédiatrie)	11	3	14 (7 femmes, 7 hommes)
Endocrinologie/métabolisme (adultes)	16	11	27 (19 femmes, 8 hommes)
Endocrinologie/métabolisme (pédiatrie)	13	3	16 (11 femmes, 5 hommes)
Total	90	27	117 (61 femmes, 56 hommes)

Un résident du Nouveau-Brunswick est inscrit dans le programme d'endocrinologie et de métabolisme (médecine interne) et devrait obtenir son diplôme en 2003.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Il existe 41 internistes généraux dans la base de données des médecins, la majorité étant des hommes (33 ou 80 %). Le tableau suivant de la répartition des régions sanitaires montre que la majorité des internistes généraux pratiquent dans la région 1, suivie de la région 3 puis de la région 2. Ces trois régions comptent pour 60 % du nombre total d'internistes généraux dans la province.

**Tableau 121 – Répartition des internistes généraux par région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Total
9 (22%)	7 (17%)	8 (20%)	5 (12%)	2 (5%)	5 (12%)	5 (12%)	41 (100%)

Une analyse de la tranche d'âge de ce groupe indique que 14 des 41 internistes généraux (34 %) sont âgés de moins de 40 ans et 12 (29 %) sont âgés entre 40 et 50 ans. La moyenne d'âge des hommes de ce groupe est de 49 ans et de 39 ans pour les femmes soit une moyenne globale de 47 ans.

Du point de vue de la planification, le pourcentage élevé d'internistes généraux (15 sur 41 ou 37 %) âgés de plus de 50 ans qui, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans, mérite d'être souligné.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de médecine interne générale au cours de cette période.

- Stabilité en matière du nombre actif et du nombre réel d'internistes.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian des internistes.
- Stabilité de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – population stable par rapport aux internistes généraux.

**Tableau 122 – Médecine interne – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	54	30	30	47.4	45
2001/2	59	31	31	48.2	46
2002/3	61	29	29	49.2	47.5

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	229,993	30.8	23,559
2001/2	229,818	32.6	22,260
2002/3	250,401	30.4	23,874

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- Il est prévu que la population d'internistes généraux augmentera de 10 % au cours de la période de 2003 à 2013, selon les estimations suivantes :



- un nouveau venu aux études médicales postdoctorales par année;
  - une retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Au cours de la période de prévision, le pourcentage de femmes internistes généraux devrait considérablement augmenter au cours de la période de prévision, passant de 20 % (pourcentage actuel) à 46 % en 2013.
  - Au cours de la période de prévision, le pourcentage d'internistes généraux âgés de plus de 55 ans devrait diminuer de façon constante, passant de 34 % (pourcentage actuel) à 28 % en 2013.

Le tableau suivant illustre la prévision de l'offre en matière de médecine interne générale de 2003 à 2013 :

**Tableau 123 – Prévision de l'offre en matière de médecine interne générale de 2003 à 2013**

<b>Médecine interne générale</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>41</b>	<b>20%</b>	<b>34%</b>
2003	42	26%	32%
2004	42	28%	30%
2005	43	29%	31%
2006	43	31%	28%
2007	43	33%	26%
2008	43	35%	30%
2009	44	37%	28%
2010	44	39%	28%
2011	45	41%	30%
2012	45	44%	28%
2013	45	46%	28%

### **Analyse et prévision de la demande**

Les internistes généraux du Nouveau-Brunswick pratiquent surtout la médecine familiale et les programmes de cardiologie régionaux (35 % et 50 % de leurs activités, respectivement). Dans les quatre hôpitaux comptant le plus grand nombre d'internistes généraux, ces derniers couvrent 50 % du programme de cardiologie et 6 % du programme de médecine familiale. Donc, les internistes généraux se trouvent surtout dans les hôpitaux régionaux plus petits et couvrent principalement les programmes de cardiologie régionaux. Il n'y a pas de mode de pratique cohérent dans la province dont ils sont exceptionnellement responsables. Dans les plus petits hôpitaux, les omnipraticiens effectuent le travail que les internistes généraux effectuent habituellement dans les hôpitaux régionaux. Dans les plus gros hôpitaux, ce travail est surtout distribué parmi les sous-spécialistes en médecine interne.

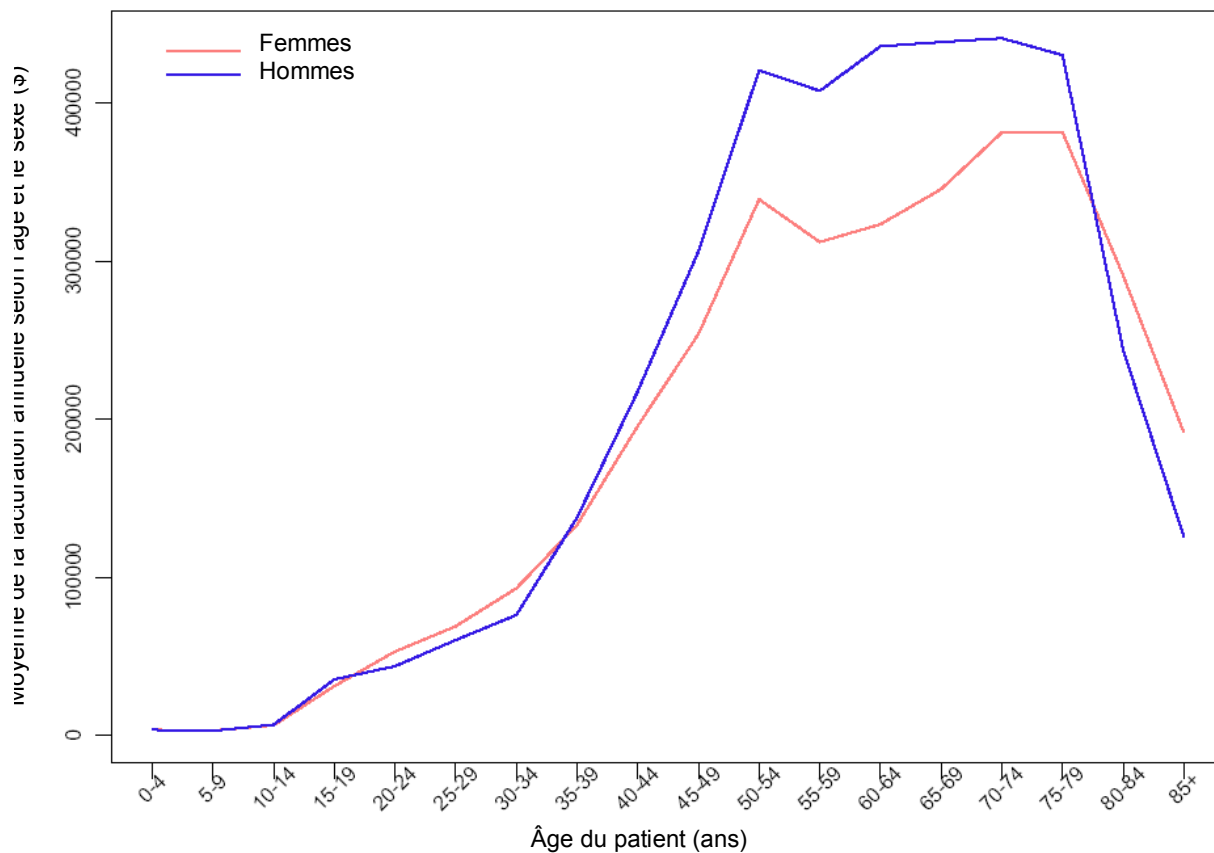
Les internistes généraux sont surtout importants dans les plus petits hôpitaux régionaux, où ils représentent un pourcentage important de tous les cas pondérés dans les hôpitaux. Ces praticiens offrent des services à de nombreux programmes d'études de base dans les hôpitaux régionaux.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de médecine interne générale par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation des services selon le sexe demeure généralement constante jusqu'à l'âge de 40 ans. Ensuite, les hommes utilisent plus de services que les femmes de tous les groupes d'âge, jusqu'à l'âge de 80 ans.
- L'utilisation des hommes et des femmes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 50 à 54 ans et de nouveau dans la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- Il y a peu d'utilisation de services de médecine interne avant l'âge de 20 ans; la majorité des services sont utilisés entre l'âge de 50 et 75 ans (par les hommes et les femmes).

**Figure 25 – Médecine interne générale : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe**

Médecine interne générale : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la médecine interne jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de médecine interne générale tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des 10 prochaines années.

Une croissance de plus de 20 % est prévue relativement à la demande de médecine interne générale à partir de 2003 jusqu'à 2013, ce qui équivaut à une augmentation de 41 à l'heure actuelle jusqu'à 49,5 avant l'an 2013 relativement aux exigences réelles visant le nombre d'internistes généraux. Les taux de croissance sont en fonction du nombre actif d'internistes généraux par rapport au nombre réel dans les données de l'historique de trois ans de l'Assurance-maladie, car selon les données de l'Assurance-maladie, « Tous les médecins actifs », n'incluent pas les praticiens actifs salariés.

**Tableau 124 – Croissance de la demande de services en médecine interne générale (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Médecine interne générale</b>		1.78%	3.52%	5.24%	6.99%	8.92%	10.88%	12.80%	14.73%	16.64%	18.67%	20.66%
	41.0	41.7	42.4	43.1	43.9	44.7	45.5	46.2	47.0	47.8	48.7	49.5

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la médecine interne générale indique un excédant de 13 postes à l'échelle provinciale.

#### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel de 41 internistes généraux et la prévision de l'offre d'internistes jusqu'en 2013 devrait augmenter de 10 % pour atteindre le nombre de 45. Selon les prévisions, la demande de services de médecine interne générale connaîtra une croissance de 20 % au cours de la période entre 2003 et 2013, ce qui se traduit à 8,5 internistes généraux de plus que le niveau actuel.

**L'effectif connaîtra une pénurie de un ou deux internistes généraux chaque année de la période de prévision, de 2007 jusqu'en 2013, pour atteindre une exigence totale de six internistes généraux au cours de la période.** De plus, quatre médecins dans la tranche d'âge de 40 à 55 ans ont indiqué dans le sondage qu'ils songent à réduire de manière permanente leur pratique par au moins 25 %, ce qui n'aide pas à la situation.

Malgré l'excédent de 13 postes indiqué à l'heure actuelle, la demande de services d'internistes généraux, fournis par l'effectif actuel, est utilisée et selon les prévisions, elle augmentera de plus de 20 % au cours des 10 prochaines années.

#### **6.4.2.11 Oncologie médicale**

##### **Formation**

Un programme de résidence visant cette spécialité d'une période de deux ans est offert à toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de l'Université de Sherbrooke, la Memorial University et

---

la Saskatchewan University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 42 résidents (23 femmes et 19 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 125 – Oncologie médicale**

2003	2004	Total
29	13	42

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 187 résidents ont obtenu leur diplôme en oncologie médicale. Le nombre moyen de diplômés se situait à 14 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 8 à un maximum de 22. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés augmentera d'environ 50 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie.

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins compte six oncologues médicaux, quatre hommes (67 %) et deux femmes. L'analyse de la répartition par région sanitaire révèle que trois oncologues médicaux pratiquent dans la région 1, un pratique dans la région 2 et deux pratiquent dans la région 3.

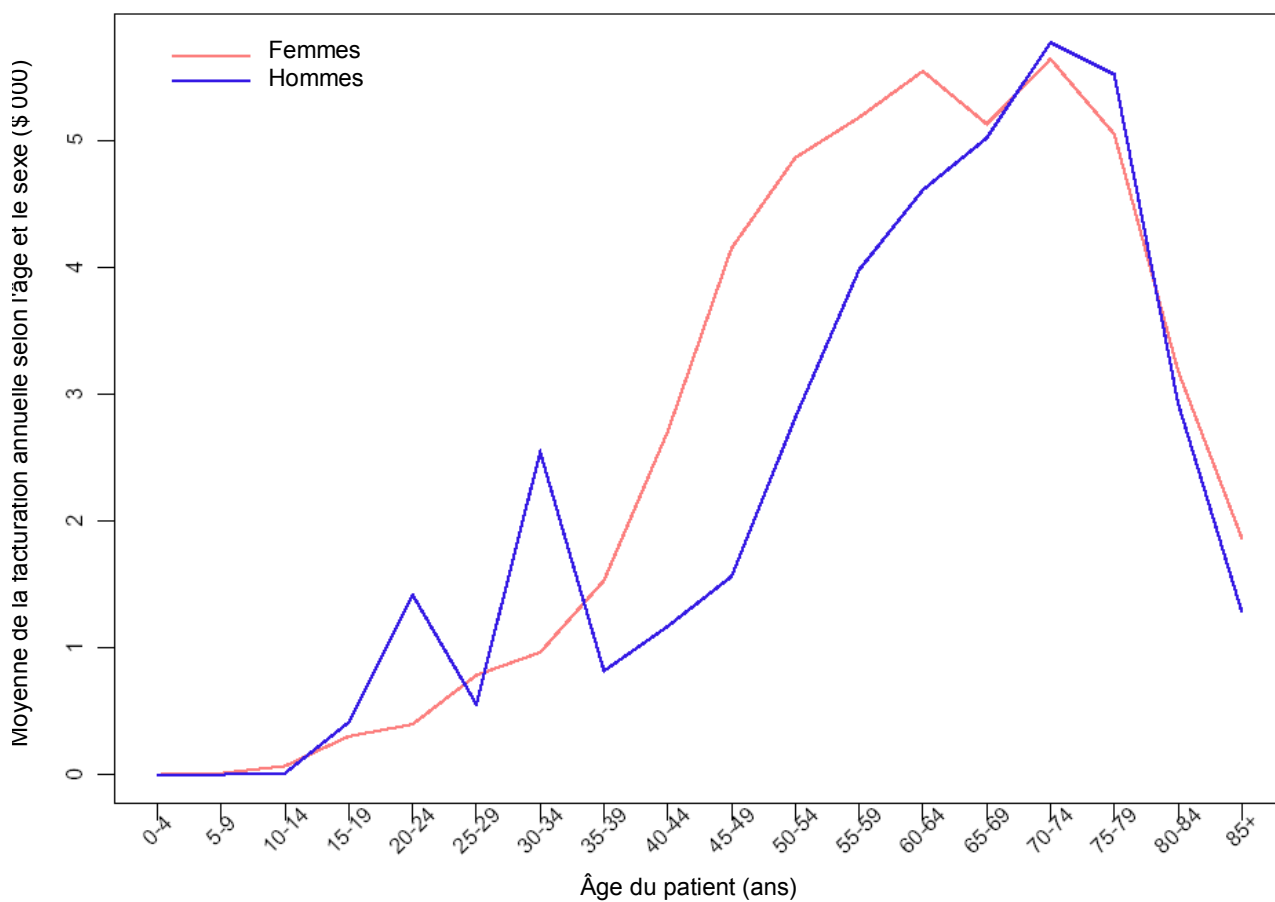
Il s'agit d'un groupe de médecins relativement jeunes, l'âge moyen étant de 40 ans. Sur les six oncologues, quatre (67 %) sont âgés de moins de 40 ans et deux sont dans la tranche d'âge de 46 à 50 ans.

Ce groupe compte surtout des salariés, mais les données de l'Assurance-maladie sont incomplètes et n'indiquent qu'un seul oncologue a plus de 50 000 \$ de facturation de l'Assurance-maladie. De plus, les données des hôpitaux démontrent qu'il y avait deux ou trois spécialistes actifs en 2002-2003 avec plus de 100 PVR dans les hôpitaux.

#### **Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services d'oncologie médicale par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Le taux d'utilisation des services d'oncologie médicale est plutôt faible avant l'âge de 15 ans; l'utilisation des services par les hommes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 20 à 24 ans et de nouveau pour la tranche d'âge de 30 à 34 ans, diminue brusquement jusqu'à l'âge de 40 ans et augmente graduellement pour atteindre son sommet pour la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- L'utilisation des services par les femmes augmente graduellement après l'âge de 15 ans pour atteindre son sommet pour la tranche d'âge de 60 à 64 ans et de nouveau pour la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- L'utilisation des services par les hommes et par les femmes diminue brusquement après la tranche d'âge de 70 à 75 ans.



**Figure 26 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'oncologie médicale**

Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant l'oncologie médicale jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services d'oncologie médicale tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des 10 prochaines années.

Selon les prévisions, une croissance de plus de 20 % de la demande des services en oncologie médicale est prévue entre 2003 et 2013, ce qui équivaut à une augmentation de six à l'heure actuelle à 7,2 avant l'an 2013 relativement aux exigences réelles visant le nombre d'oncologues médicaux. Cette prévision de la demande ne tient pas compte de la nouvelle stratégie provinciale de lutte contre le cancer, qui est en élaboration. Toutefois, l'impact de la stratégie sur les ressources humaines doit être élaboré par le ministère de la Santé et du Mieux-être et intégré dans la prévision de la demande.

**Tableau 126 – Croissance de la demande de services d'oncologie médicale (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Oncologie médicale		1.78%	3.54%	5.32%	7.12%	8.92%	10.80%	12.70%	14.59%	16.44%	18.61%	20.73%
	6.0	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6	6.8	6.9	7.0	7.1	7.2

Au Nouveau-Brunswick, un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de l'oncologie médicale indique une pénurie de 4,1 postes à l'échelle provinciale.

#### **Analyse de l'écart**

En tenant compte de la pénurie actuelle de 4,1 oncologues médicaux, aucune retraite n'est prévue au cours de la période de prévision de 10 ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des médecins actifs) et vu la croissance des demandes prévues relativement à un besoin de 7,2 oncologues médicaux avant 2013, **un écart de plus de six oncologues médicaux est prévu au cours de la période de prévision.** Les changements prévus dans la prestation de services découlant de la stratégie provinciale de lutte contre le cancer peuvent influencer la prévision de la demande.

Il existe une pénurie d'oncologues médicaux à l'échelle nationale, et le nombre de recrues prévues est même insuffisant pour satisfaire la demande actuelle. D'ailleurs, avec l'écart prévu de 5,3 postes dans la période de planification, la capacité concurrentielle du Nouveau-Brunswick à attirer des spécialistes de ce groupe constitue un obstacle au recrutement.

#### **6.4.2.12 Néonatalogie**

##### **Formation**

La résidence de ce programme de sous-spécialité du CRMCC est offerte dans toutes les facultés de médecine universitaire, sauf à l'Université Laval, à l'Université de Sherbrooke, à la Queen's University et à la Memorial University. Le programme est reconnu professionnellement sans accréditation, mais le CRMCC reconnaît la sous-spécialité pour agréer le programme sans toutefois offrir des examens ou des certificats aux étudiants qui terminent le programme. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 22 résidents (14 femmes et 8 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 127 – Néonatalogie**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
18	4	<b>22</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 87 résidents ont obtenu leur diplôme en néonatalogie. Le nombre moyen de diplômés se situait à sept par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de trois à un maximum de 13. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés augmentera d'environ 57 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

Quatre néonatalogistes pratiquent dans la province, trois femmes (75 %) et un homme. La répartition par région sanitaire est la suivante : un néonatalogiste pratique dans les régions 2 et 3 et deux pratiquent dans la région 6.

Du point de vue de la planification, les quatre néonatalogistes sont âgés de plus de 50 ans et font partie de ceux qui prendront éventuellement leur retraite au cours de la période de prévision de 10 ans.
--

#### **Analyse et prévision de la demande**

Les services de néonatalogie correspondent aux services obstétricaux et ne sont pas centralisés ou non centralisés. Ainsi, la planification néonatale doit être intégrée dans la planification des soins obstétricaux afin de déterminer les emplacements pour les grossesses à haut risque.

Les trois hôpitaux qui offrent les programmes néonataux (Moncton Hospital, Hôpital régional de Saint John et Hôpital régional D<sup>r</sup> Everett Chalmers) fournissent des soins de santé aux femmes ayant une grossesse à haut risque et aux nouveau-nés.

Au Nouveau-Brunswick, environ 14 % des nouveau-nés ayant un poids insuffisant à la naissance ne naissent pas dans l'un des trois hôpitaux qui offrent les soins à ces nouveau-nés (Moncton Hospital, Hôpital régional de Saint John et Hôpital régional D<sup>r</sup> Everett Chalmers). Seulement 1 % naissent dans les hôpitaux qui ne font pas de césarienne.

Le groupe en médecine néonatale est analysé dans le groupe de la pédiatrie (paragraphe 6.4.2.15) selon les données dans les bases de données des hôpitaux et de l'Assurance-maladie.

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la néonatalogie indique un surplus de 1,5 poste à l'échelle provinciale.

#### **Analyse de l'écart**

D'après les prévisions relatives à la retraite des quatre néonatalogistes dans la période de prévision, il est important de suivre de près ce groupe et d'assurer une planification de la succession bien avant ces retraites.

### 6.4.2.13 Néphrologie

#### Formation

La présente résidence de sous-spécialité exige deux ans d'études suivant la réussite d'un des programmes d'agrément du CRMCC en médecine interne ou en pédiatrie, une année pouvant être entreprise de façon concomitante. Les programmes visent soit la néphrologie pour adultes ou la néphrologie pédiatrique. Le programme est offert à toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de la University of Saskatchewan. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 55 résidents (30 femmes et 25 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études avec concentration en néphrologie pour adultes et six résidents (trois femmes et trois hommes) suivent le programme avec concentration en néphrologie pédiatrique, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

Tableau 128 – Néphrologie

	2003	2004	Total
Néphrologie pour adultes	33	22	55
Néphrologie pédiatrique	3	3	6

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 219 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en néphrologie pour adultes et 26 en néphrologie pédiatrique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 17 et à deux par année respectivement pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de quatre et de un respectivement à un maximum de 10 et de six, respectivement. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés devrait augmenter de 61 % et de 50 % respectivement par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

#### Analyse de l'effectif actuel

La base de données d'inventaire des praticiens compte six néphrologues soit quatre hommes (67 %) et deux femmes. Parmi ces six néphrologues, trois pratiquent dans les régions 1 et 2.

Il s'agit d'un groupe relativement jeune, l'âge moyen étant de 41 ans (44 ans pour les hommes et 34 ans pour les femmes).

Les préoccupations, du point de vue la planification, sont que deux néphrologues sont des femmes âgées de moins de 40 ans et sont donc dans la tranche d'âge de procréation. De plus, un néphrologue fera partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période prévue de 10 ans.



Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de néphrologie au cours de cette période.

- Stabilité relative en matière de nombre de néphrologues actifs et de nombre réel de néphrologues.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Stabilité de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – population stable par rapport aux néphrologues.

**Tableau 129 – Néphrologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	15	6	6	39	33.2
2001/2	15	6	6	39.6	34.2
2002/3	12	6	6	40.6	35.2

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	368,634	6.1	119,910
2001/2	380,154	6.1	118,845
2002/3	416,362	6	120,556

### Analyse et prévision de la demande

Les GMA de la néphrologie comprennent la dialyse et les autres GMA associées aux soins des patients souffrant d'insuffisance rénale. Tel qu'il a été discuté antérieurement à l'analyse de l'offre, deux sites comptent trois néphrologues chacun soit l'Hôpital D<sup>r</sup> Georges Dumont et l'Hôpital régional de Saint John. Les néphrologues de Saint John ont un niveau d'activité plus faible en matière d'hospitalisation mais une activité significative de patients en clinique externe. Les données actuelles ne sont pas facilement accessibles relativement à la néphrologie en clinique externe et aux détails visant la dialyse. Par conséquent, l'analyse vise principalement les activités des malades hospitalisés et de la chirurgie de jour. La néphrologie, en tant que programme en clinique, englobe les malades hospitalisés et les soins aux patients en clinique externe et dépend de la présence de programmes de chirurgie urologique et vasculaire.

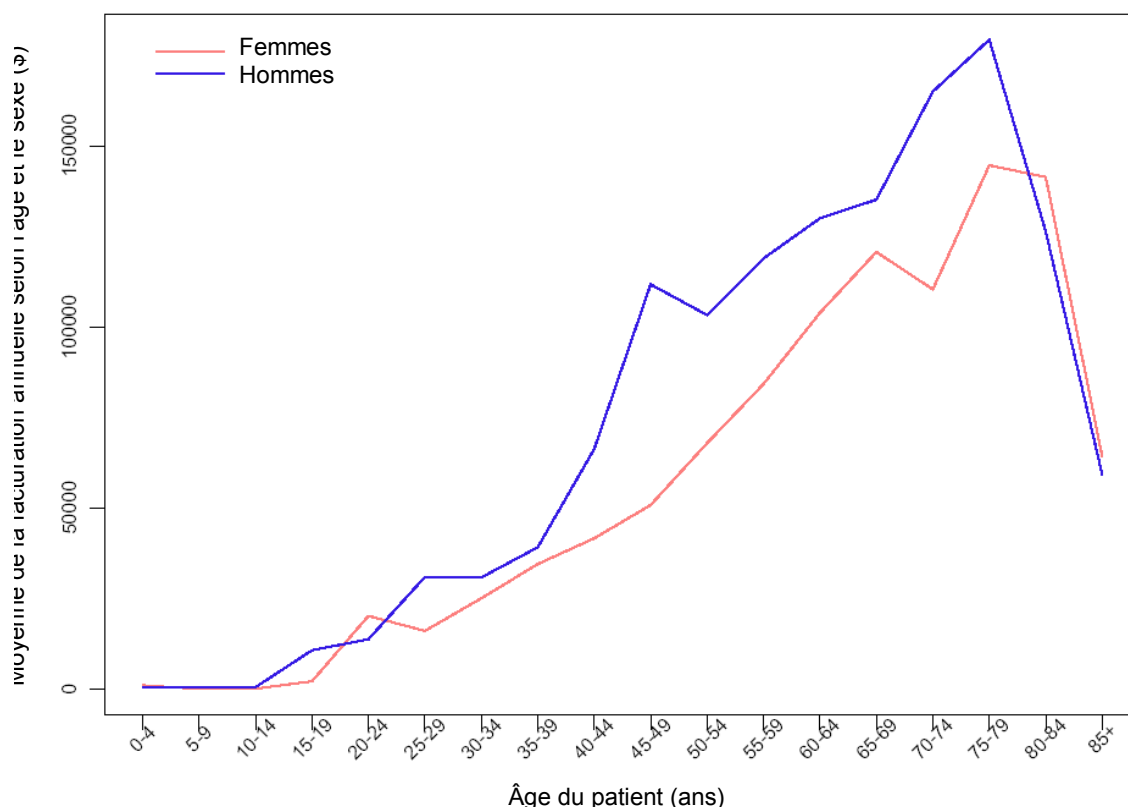
Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de néphrologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation de ces services commence après l'âge de 15 ans pour les deux sexes et atteint son sommet entre 45 à 49 ans pour les hommes et continue à augmenter pour atteindre un autre sommet dans la tranche d'âge de 75 à 79 ans.

- L'utilisation de ces services augmente progressivement pour les femmes afin d'atteindre son premier sommet dans la tranche d'âge de 65 à 69 ans et augmente encore pour atteindre son sommet dans la tranche d'âge de 75 à 79 ans.
- L'utilisation de services de néphrologie par les hommes est supérieure à celle des femmes pour toutes les tranches d'âge entre la mi-vingtaine jusqu'aux environs de quatre-vingts ans.

**Figure 27 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la néphrologie selon l'âge et le sexe**

Néphrologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la néphrologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de néphrologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 20 % est prévue relativement à la demande de services en néphrologie de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation soit de six à l'heure actuelle jusqu'à 7,2 avant l'an 2013, relativement aux exigences réelles visant le nombre de néphrologues.

**Tableau 130 – Croissance de la demande de services de néphrologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Néphrologie		1.73%	3.39%	5.02%	6.68%	8.55%	10.47%	12.36%	14.22%	16.16%	18.17%	20.20%
	6.0	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6	6.7	6.9	7.0	7.1	7.2

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la néphrologie indique un surplus de 4,9 postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Les données de l'offre indiquent que la population active est de six néphrologues, équivalant aux niveaux enregistrés au moyen de la facturation de l'Assurance-maladie de 2002-2003. Selon les prévisions, la demande indique à l'heure actuelle 6,1 néphrologues actifs, la spécialité étant relativement équilibrée à l'heure actuelle, ce qui remet en question le surplus indiqué de 4,9 postes visant cette spécialité. D'après l'historique de trois ans de l'Assurance-maladie indiquant au moins six néphrologues et la proportion de la population par rapport aux praticiens étant plus élevée que dans bon nombre d'autres sous-spécialités, le surplus doit être examiné avec précaution.

En tenant compte d'un néphrologue qui prévoit prendre sa retraite au cours de la période de planification (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et vu la croissance de la demande relativement à un besoin de 1,2 (7,2 néphrologues avant 2013), **le nombre de néphrologues requis pourrait s'élever jusqu'à trois dans la province au cours de cette période de dix ans**, l'échéance étant donc fonction de la retraite d'un néphrologue admissible à la retraite.

#### 6.4.2.14 Neurologie

### Formation

La résidence visant cette spécialité est d'une durée de cinq ans et met l'accent soit sur les adultes ou la pédiatrie. Toutes les facultés de médecine universitaires offrent cette résidence. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 125 résidents (58 femmes et 67 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études avec concentration en neurologie pour adultes et 22 résidents (12 femmes et 10 hommes) suivent le programme de neurologie pédiatrique, les dates de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 131 – Neurologie**

	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Neurologie pour adultes	44	22	21	21	17	125
Neurologie pédiatrique	8	6	3	4	1	22

---

Un résident du Nouveau-Brunswick est inscrit au programme de neurologie à Dalhousie University et devrait obtenir son diplôme en 2004.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 292 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en neurologie pour adultes et 22 en neurologie pédiatrique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 22 et deux par année respectivement pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 15 et de un à un maximum de 35 et de quatre, respectivement. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 14 % en neurologie pour adultes par rapport à la moyenne de la dernière décennie, et ce nombre représentera plus du double du nombre de diplômés en neurologie pédiatrique. Ces nombres sont plus élevés au début de cette période de cinq ans.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données d'inventaire des praticiens compte 13 neurologues pratiquant dans la province soit 12 hommes (92 %) et une femme. La répartition par région sanitaire est comme suit : cinq neurologues pratiquent dans la région 1, trois pratiquent dans chacune des régions 2 et 3, un pratique dans la région 4 et un voyage au Nouveau-Brunswick de l'extérieur de la province.

La moyenne d'âge des hommes de ce groupe est de 48 ans et de 44 ans pour les femmes, ce qui donne une moyenne globale de 48 ans. Il n'y a qu'un neurologue de moins de 40 ans, quatre ont de 41 à 45 ans et quatre de 46 à 50 ans.

Du point de vue de la planification, ce qui est particulièrement préoccupant, c'est que quatre des 13 neurologues (31 %) sont âgés de plus de 50 ans et font partie de ceux qui prendront éventuellement leur retraite au cours de la période prévue de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de neurologie au cours de cette période.

- Augmentation du nombre actuel et du nombre réel de neurologues.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Amélioration du ratio des services pour les Néo-Brunswickois – diminution de la population par rapport au nombre de neurologues.

**Tableau 132 – Neurologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	22	10	10	46.3	46.8
2001/2	22	11	11	46.3	47.5
2002/3	23	13	13	47	48
Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif		
2000/1	219,920	10.4	70,129		
2001/2	220,611	11.4	63,588		
2002/3	217,546	13.1	55,307		

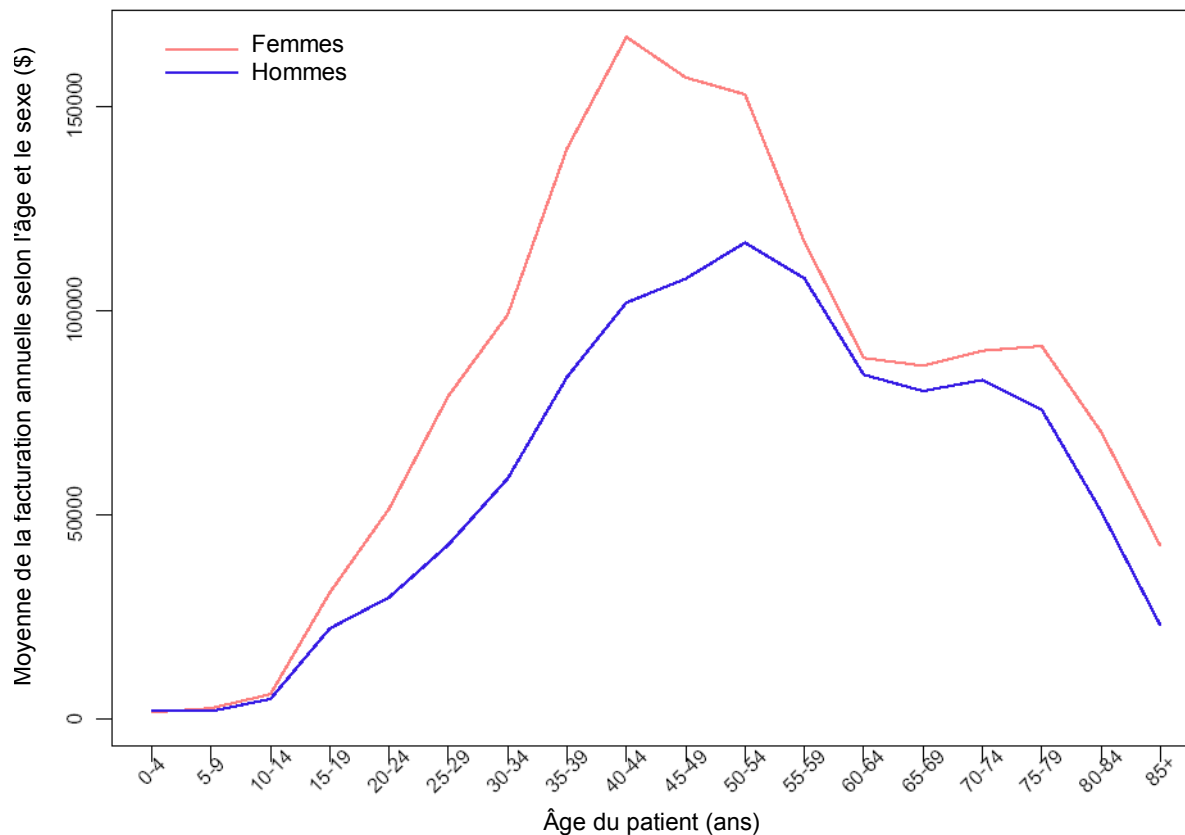
**Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de neurologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Il y a faible utilisation de services de neurologie avant l'âge de 15 ans et, par la suite, plus de services sont utilisés par les femmes de tous les âges.
- L'utilisation de ces services par les femmes atteint rapidement son sommet dans la tranche d'âge de 40 à 44 ans et diminue progressivement par la suite.
- L'utilisation de ces services par les hommes augmente graduellement pour atteindre son sommet entre 50 et 54 ans pour ensuite diminuer progressivement.

**Figure 28 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la neurologie en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Neurologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la neurologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de neurologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 11 % est prévue relativement à la demande de services en neurologie de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation soit de 13,1, à l'heure actuelle jusqu'à 14,6 avant l'an 2013, relativement aux exigences réelles visant le nombre de neurologues.

**Tableau 133 – Croissance de la demande de services de neurologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Neurologie		1.18%	2.30%	3.41%	4.47%	5.45%	6.44%	7.41%	8.38%	9.36%	10.31%	11.19%
	13.1	13.3	13.4	13.5	13.7	13.8	13.9	14.1	14.2	14.3	14.5	14.6

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la neurologie indique un surplus de 2,3 postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent 13 neurologues pratiquant à l'heure actuelle soit un niveau égal à celui de 2002-2003 tel que l'indique la facturation de l'Assurance-maladie, ce qui équivaut à 13,1 neurologues réels. Les prévisions de la demande actuelle indiquent un besoin de 13,1 neurologues réels, représentant ainsi un équilibre relativement à cette spécialité à l'heure actuelle, et remet en question le surplus indiqué de 2,3 postes, lorsque les services de neurologie sont utilisés selon la proportion actuelle.

En tenant compte des quatre neurologues qui prévoient prendre leur retraite au cours de la période de planification (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et vu la croissance de demandes de plus de 11 %, à savoir 1,5 neurologue réels, au cours de la période de 2003 à 2013, **le nombre de neurologues requis pourrait s'élever jusqu'à six dans la province au cours de cette période de dix ans**, l'échéance étant donc fonction de la retraite de ces praticiens admissibles à la retraite. Parmi le groupe d'âge de 40 à 55 ans, un praticien répondant au sondage indique qu'il prévoit réduire sa pratique d'au moins 25 % dans un an ou moins. Ce groupe de médecins nécessitera un suivi de près et une planification de la relève.

#### 6.4.2.15 Médecine nucléaire

##### Formation

Ce programme de résidence de spécialité est offert dans neuf facultés de médecine à l'échelle nationale. Il n'est pas offert dans les universités suivantes : University of Calgary, University of Saskatchewan, Queens University, McMaster University, Université d'Ottawa, Université Laval et Memorial University. La durée de la résidence est de cinq ans. Les résidents qui ont récemment complété quatre années de résidence en radiodiagnostic peuvent transférer à la résidence en médecine nucléaire et terminer plus rapidement.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 32 résidents (9 femmes et 23 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 134 – Médecine nucléaire**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
12	5	6	5	4	32

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 73 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en médecine nucléaire. Le nombre moyen de diplômés se situait à cinq par année au cours de cette période de 13 ans soit une plage allant d'un minimum de deux jusqu'à un maximum de huit. Les trois dernières années ont connu un nombre de diplômés au-dessous de la moyenne, à savoir trois, quatre et deux diplômés respectivement. Toutefois, selon les prévisions, le nombre de diplômés au cours des cinq prochaines années devrait augmenter de 18 % en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Ce nombre s'explique principalement en raison d'un nombre élevé de diplômés, à savoir 12 prévus en 2003; par la suite le nombre prévu est de cinq par année.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

Le Nouveau-Brunswick compte deux médecins nucléaires; donc, aux fins de confidentialité, vu le faible nombre de personnes dans ce groupe, les renseignements démographiques ne sont pas présentés dans ce rapport.

#### **Analyse et prévision de la demande**

La facturation et les données des hôpitaux étaient inadéquates pour permettre l'analyse de la demande de services en médecine nucléaire.

Aucune donnée visant les postes vacants n'est disponible relativement à cette spécialité.

#### **Analyse de l'écart**

Une analyse de l'écart n'a pas été possible relativement à cette spécialité en raison de l'insuffisance de données, mais aucun spécialiste en médecine nucléaire ne prévoit prendre sa retraite d'ici la fin de la période de prévision de 10 ans.

#### **6.4.2.16 Pédiatrie**

##### **Formation**

Le programme de pédiatrie au Nouveau-Brunswick est considéré comme un programme de clinique essentiel dans les hôpitaux et, ainsi, il est offert dans tous les hôpitaux régionaux de la province.

Toutes les 16 facultés de médecine au Canada offrent une résidence de quatre ans dans cette spécialité. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 344 résidents (249 femmes et 95 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :



**Tableau 135 – Pédiatrie**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
77	79	87	91	10	344

Quatre résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de pédiatrie à Dalhousie University et la fin de leurs études est prévue en 2003 (1), 2004, (1), 2005 (1) et 2006 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 729 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en pédiatrie. Le nombre moyen de diplômés se situait à 56 par année pendant cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 35 à un maximum de 72. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 23 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### Analyse de l'effectif actuel

La province compte 42 pédiatres actifs et la majorité de ces derniers sont des hommes, à savoir 29 hommes (69 %) et 13 femmes (31 %). La répartition selon la région sanitaire est présentée dans le tableau suivant :

**Tableau 136 – Répartition des pédiatres selon la région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
12 (29%)	10 (24%)	5 (12%)	3 (7%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (5%)	8 (19%)	42 (100%)

\*EP = extérieur de la province

Parmi les huit pédiatres de l'extérieur de la province qui fournissent des services, sept proviennent de Halifax et un de Québec, répondant possiblement aux exigences relatives à la sous-spécialité ou à la langue.

L'âge moyen de ce groupe est de 50 ans pour les hommes et de 39 ans pour les femmes, et l'âge global est de 47 ans. Seize pédiatres (38 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans. De plus, 10 de ces 42 pédiatres (24 %) sont des femmes âgées de moins de 40 ans et sont donc considérées comme étant en âge d'avoir des enfants. Ces deux cas sont significatifs du point de vue de la planification, à savoir la planification de la relève et la planification des congés temporaires, respectivement.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique de la part de tarification du paiement à l'acte du groupe de pédiatres au cours de cette période (plus de la moitié de cette main-d'œuvre est rémunérée sur une base salariale ou par séance).

- Stabilité relative du nombre actuel et du nombre réel de pédiatres rémunérés à l'acte.
- Faible augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.

- Faible amélioration de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – faible diminution de la population par rapport au nombre de pédiatres du régime de paiement à l'acte.

**Tableau 137 – Pédiatres – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	58	29	29	47.5	50.1
2001/2	57	27	27	49	51.1
2002/3	51	30	30	48.6	51.5

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	312,845	30.1	24,107
2001/2	344,476	28.3	25,642
2002/3	311,678	30.8	23,543

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- Il est prévu que le corps médical des pédiatres augmente de 14 % entre 2003 et 2013, selon les estimations suivantes :
  - de 1 à 2 nouveaux venus aux études médicales postdoctorales par année;
  - moins d'un départ à la retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes pédiatres devrait augmenter de façon importante au cours de la période de prévision, passant de 31 % à l'heure actuelle à 42 % en 2013.
- Selon les prévisions, le pourcentage de pédiatres âgés de plus de 55 ans devrait diminuer de façon constante au cours de la période de prévision, passant de 31 % en 2003 à 23 % en 2013.

Le tableau suivant illustre la prévision de l'offre en matière de pédiatres de 2003 à 2013 :

**Tableau 138 – Prévion de l'offre en matière de pédiatres de 2003 à 2013**

<b>Pédiatrie</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>42</b>	<b>31%</b>	<b>31%</b>
2003	43	32%	29%
2004	43	33%	27%
2005	44	34%	25%
2006	45	35%	29%
2007	45	36%	27%
2008	46	37%	25%
2009	46	39%	27%
2010	47	39%	25%
2011	47	40%	23%
2012	48	41%	23%
2013	48	42%	23%

### **Analyse et prévision de la demande**

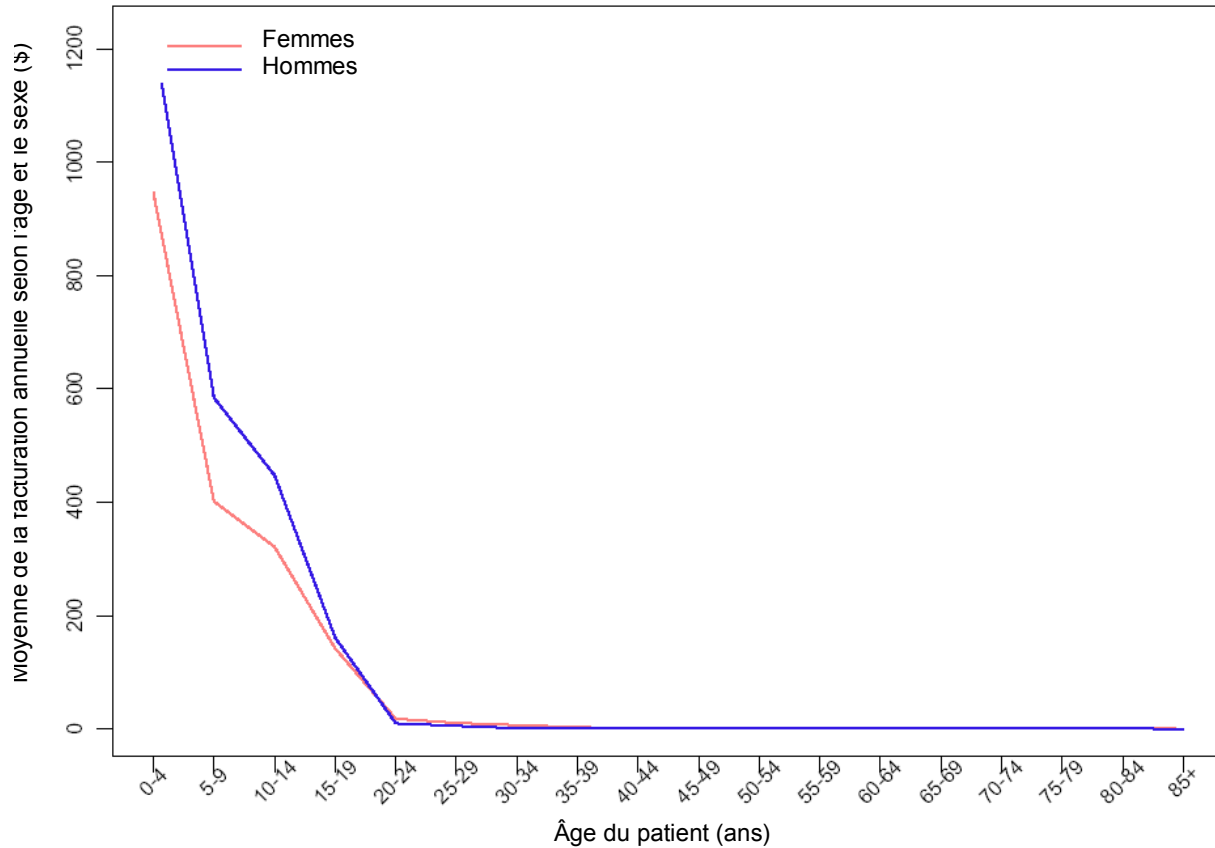
Puisqu'il n'existe aucune GMA définitive relative à la pédiatrie, à l'exception de la fibrose kystique, les tarifs par personne des services de pédiatrie ont été étudiés. Une variation considérable existe relativement aux tarifs exigés par les pédiatres visant les services offerts à la population par l'entremise des hôpitaux. En général, ces tarifs étaient faibles dans les régions urbaines et supérieurs dans les régions rurales (conformément aux tarifs hospitaliers globaux), à l'exception significative des tarifs supérieurs exigés à Moncton (peut-être en raison du nombre important de pédiatres par rapport au nombre de personnes dans cette région) et des faibles tarifs à Miramichi. Les pédiatres traitent généralement les cas hospitaliers relatifs aux enfants souffrant de gastro-entérite, d'asthme, de bronchite et de pneumonie. La majorité de ces cas sont traités par les omnipraticiens. Aux emplacements hospitaliers de néonatalogie, les pédiatres s'occupent également du programme néonatal.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de pédiatrie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation de services pédiatriques est plus élevée parmi les garçons que parmi les filles de tous les groupes d'âge jusqu'au point où elle diminue, vers l'âge de 20 ans.
- L'utilisation de ces services atteint son sommet entre l'âge de 0 à 4 ans et diminue rapidement par la suite jusqu'à l'âge de 20 à 24 ans, où il devient inexistant.

**Figure 29 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la pédiatrie, en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Pédiatrie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la pédiatrie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de pédiatrie tels qu'il sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance de la demande en services de pédiatrie devrait diminuer de plus de 9 % de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une diminution des exigences réelles visant les pédiatres soit de 42 à l'heure actuelle jusqu'à 38 en 2013. Le taux de croissance est fondé sur le nombre actuel de pédiatres par rapport au nombre réel, comme l'indiquent les données de l'historique de trois ans de l'Assurance-maladie, puisque, selon ces données, la rubrique visant « tous les praticiens actifs » ne comprend pas les praticiens actifs salariés.

**Tableau 139 – Croissance de la demande de services de pédiatrie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pédiatrie		-0.98%	-1.95%	-2.87%	-3.77%	-4.63%	-5.43%	-6.22%	-7.00%	-7.71%	-8.61%	-9.47%
	42.0	41.6	41.2	40.8	40.4	40.1	39.7	39.4	39.1	38.8	38.4	38.0

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la pédiatrie indique un surplus de 3,0 postes à l'échelle provinciale.

#### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent que la main-d'œuvre actuelle compte 42 pédiatres et que ce nombre devrait augmenter de 14 % pour atteindre 48 pédiatres avant 2013 (ce nombre pourrait diminuer si tous les 16 pédiatres qui sont admissibles à la retraite au cours de la période de prévision de 10 ans prenaient effectivement leur retraite).

D'après une estimation de diminution de la demande de presque 10 %, équivalant à quatre pédiatres au cours de la période de 2003 à 2013, aucune pénurie n'est prévue relativement à cette spécialité en aucun temps au cours de la période de prévision et **les besoins pourraient effectivement être réduits de quatre pédiatres avant 2013.**

Il faut tenir compte des limites relatives à cette prévision, à savoir le moyen imprécis par lequel la demande est évaluée, ne tenant pas compte de l'évaluation des activités de praticiens ayant une pratique à salaire ou à la séance; donc, une recherche poussée s'avère nécessaire relativement à la demande actuelle et au surplus visant les trois postes déterminés.

#### **6.4.2.17 Physiothérapie et réadaptation**

##### **Formation**

Ce programme de résidence de spécialité d'une durée de cinq ans est offert dans dix facultés de médecine à l'échelle nationale. Il n'est pas offert dans les universités suivantes : University of Calgary, University of Western Ontario, Université Laval, Université de Sherbrooke, Université McGill et Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 65 résidents (31 femmes et 34 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 140 – Physiothérapie et réadaptation**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
13	12	9	17	14	65

---

Un résident du Nouveau-Brunswick est inscrit au programme de psychiatrie et réadaptation à Dalhousie University et devrait obtenir son diplôme en 2003.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 153 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en psychiatrie et réadaptation. Le nombre moyen de diplômés se situait à 12 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de six à un maximum de 19. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 8 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Un aperçu relatif à l'offre, tel qu'il est saisi dans la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick, indique la présence de neuf spécialistes en psychiatrie et réadaptation. Sur ces neuf spécialistes, six (67 %) sont des hommes et trois sont des femmes. Ces spécialistes sont répartis par région sanitaire comme suit : un (11 %) est situé dans la région 1, deux (22 %) sont dans la région 2 et six (67 %) sont dans la région 3, possiblement en raison du Centre provincial de réadaptation Stan Cassidy qui est situé dans la région 3.

La moyenne d'âge des hommes est de 48 ans, celle des femmes, de 37 ans, et la moyenne d'âge du groupe intégral est de 45 ans.

Au point de vue de la planification, il est bon de noter que trois des neuf (33 %) spécialistes sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de dix ans. De plus, deux des spécialistes sont des femmes de moins de 40 ans; par conséquent, il convient de prendre en considération la planification de congés temporaires dans l'éventualité de cas de maternité.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique de l'évolution de l'équipe de psychiatrie et réadaptation au cours de cette période. Cependant, il est important de faire remarquer que plus de la moitié de ces spécialistes de la province sont salariés et que, à ce titre, il est impossible de procéder à une analyse précise de l'offre et de la demande pour chacun des médecins à l'exception des médecins du régime de paiement à l'acte.

- Fluctuation du nombre de médecins actifs et du nombre réel de médecins en psychiatrie et réadaptation rémunérés à l'acte.
  
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
  
- Fluctuation de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport au nombre de spécialistes du régime de paiement à l'acte entre 2000-2001 et 2001-2002, et une nouvelle diminution entre 2001-2002 et 2002-2003.

**Tableau 141 – Psychiatrie et réadaptation – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

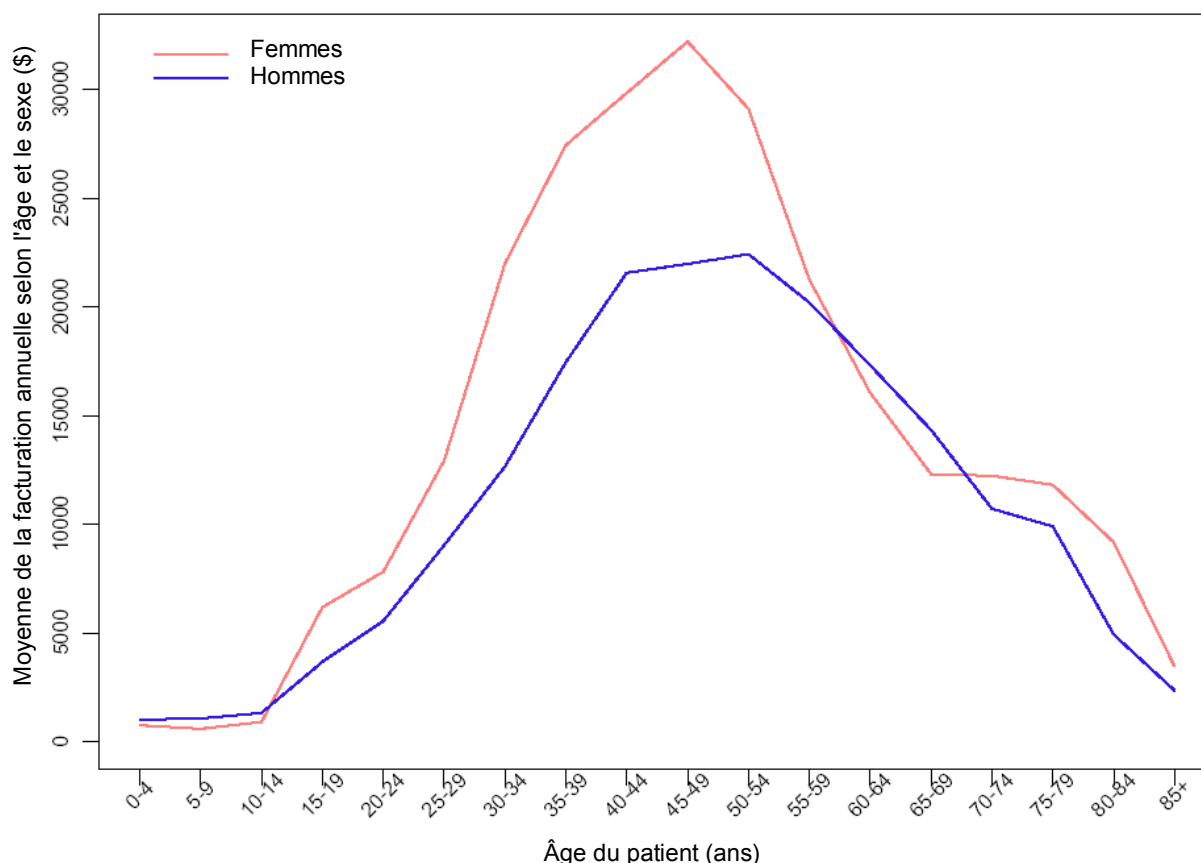
Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	10	3	3	55.2	55.5
2001/2	11	2	2	53.6	53.6
2002/3	9	3	3	57.2	57.5
Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin		
2000/1	153,550	3.2	228,713		
2001/2	165,947	2.4	305,548		
2002/3	150,451	3.2	228,020		

**Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services en psychiatrie et réadaptation par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années présente les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation de ces services est plus grande chez les femmes que les chez les hommes entre 15 et 60 ans, mais plus importante chez les hommes que chez les femmes entre 60 et 70 ans.
- Le recours à ces services par les femmes augmente abruptement pour atteindre son sommet dans le groupe de 45 à 49 ans, alors que le recours à ces services par les hommes augmente plus graduellement pour atteindre un point d'équilibre maximal entre 40 et 55 ans.

### Médecine physique : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



**Figure 30 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la physiothérapie en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la physiothérapie et réadaptation jusqu'en 2013 en fonction du recours aux services de physiothérapie et réadaptation tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 10 % est prévue relativement à la demande de services en physiothérapie et réadaptation de 2003 jusqu'en 2013, ce qui équivaut à une augmentation du nombre de physiatres, lequel devrait passer de neuf (nombre actuel) à 10 en 2013.

**Tableau 142 – Croissance de la demande de services en physiothérapie et réadaptation (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médecine physique	9,0	1.17%	2.27%	3.38%	4.43%	5.44%	6.44%	7.39%	8.33%	9.20%	9.95%	10.61%
		9,1	9,2	9,3	9,4	9,5	9,6	9,7	9,7	9,8	9,9	10,0



---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la psychiatrie et réadaptation indique une pénurie de 1,4 poste à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel compte neuf spécialistes en psychiatrie et réadaptation et que, à l'heure actuelle, la demande correspond à l'offre. Cependant, une pénurie actuelle relativement à cette spécialité découle du fait qu'il y a 1,4 poste vacant.

En outre, en tenant compte de la retraite éventuelle de trois spécialistes en psychiatrie et réadaptation au cours de la période de planification (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et vu la croissance de la demande de plus de 10 %, à savoir 1,0 spécialiste réel, au cours de la période de 2003 à 2013, **le nombre de spécialistes requis en psychiatrie et réadaptation pourrait s'élever à six dans la province au cours de cette période de dix ans.** L'échéance de cette pénurie est donc fonction de la retraite de ces praticiens qui y sont admissibles. Ce groupe de médecins devra faire l'objet d'un suivi étroit et d'une planification de la relève.

#### **6.4.2.18 Psychiatrie**

### **Formation**

Ce programme de résidence d'une durée de cinq ans est offert dans les seize facultés de médecine à l'échelle nationale. Les données du CAPER relativement à l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, à l'échelle nationale, 600 résidents (359 femmes et 241 hommes) sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études étant indiquées au tableau suivant :

**Tableau 143 – Psychiatrie**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
162	111	110	113	104	<b>600</b>

Un résident du Nouveau-Brunswick est inscrit au programme de psychiatrie à Dalhousie University et devrait obtenir son diplôme en 2004.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 1 346 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en psychiatrie. Le nombre annuel moyen de diplômés s'élève à 104 pour cette période de 13 ans, avec un minimum de 88 et un maximum de 124. Le nombre de diplômés au cours des cinq prochaines années devrait être de 16 % supérieur en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins de la province compte 67 psychiatres, dont 48 (72 %) sont des hommes et 19 (28 %) sont des femmes. La répartition selon la région sanitaire est présentée dans le tableau suivant :

**Tableau 144 – Répartition des psychiatres selon la région sanitaire**

<b>Région 1</b>	<b>Région 2</b>	<b>Région 3</b>	<b>Région 4</b>	<b>Région 5</b>	<b>Région 6</b>	<b>Région 7</b>	<b>EP*</b>	<b>Total</b>
17 (25%)	17 (25%)	8 (12%)	4 (6%)	8 (12%)	9 (13%)	3 (4%)	1 (1%)	67 (100%)

\*EP = extérieur de la province

La moyenne d'âge de ce groupe est de 52 ans soit 53 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes. Du point de vue de la planification, il est bon de noter que 33 des 67 psychiatres (50 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de dix ans. De plus, 7 (10 %) des femmes sont âgées de moins de 40 ans et sont encore en âge d'avoir des enfants.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de psychiatrie au cours de cette période. Cependant, il est important de faire remarquer que plus de la moitié des psychiatres de la province sont salariés et que, à ce titre, il est impossible de procéder à une analyse précise de l'offre et de la demande pour chacun des médecins à l'exception des médecins du régime de paiement à l'acte.

- Augmentation des effectifs de remplacement et du nombre de psychiatres du régime de paiement à l'acte.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian des psychiatres du régime de paiement à l'acte.
- Amélioration de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – diminution de la population par rapport au nombre de spécialistes du régime de paiement à l'acte.

**Tableau 145 – Psychiatrie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	69	37	37	51.2	52.1
2001/2	73	41	41	51.9	52.6
2002/3	63	41	41	54	55.4

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	186,801	38.9	18,660
2001/2	193,419	42.7	16,993
2002/3	205,513	42.9	16,919

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- Il est prévu que le corps médical en psychiatrie augmente de 18 % entre 2003 et 2013, selon les estimations suivantes :
  - trois nouveaux venus aux études médicales postdoctorales par année;
  - de une à deux retraites par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes psychiatres devrait augmenter de façon importante au cours de la période de prévision, passant de 29 % (pourcentage actuel) à 40 % en 2013.
- Selon les prévisions, le pourcentage de psychiatres âgés de plus de 55 ans devrait diminuer de façon constante au cours de la période de prévision, passant de 39 % en 2003 à 33 % en 2013.

Le tableau suivant illustre la prévision de l'offre en matière de psychiatres de 2003 à 2013 :

**Tableau 146 – Prévion de l'offre en matière de psychiatres de 2003 à 2013**

<b>Psychiatrie</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>66</b>	<b>29%</b>	<b>39%</b>
2003	67	30%	36%
2004	68	31%	36%
2005	69	33%	34%
2006	70	34%	34%
2007	71	35%	33%
2008	72	36%	32%
2009	74	36%	33%
2010	75	37%	32%
2011	76	38%	31%
2012	77	39%	32%
2013	78	40%	33%

### **Analyse et prévision de la demande**

Le programme de psychiatrie au Nouveau-Brunswick est considéré comme un programme de clinique essentiel dans les hôpitaux et, à ce titre, il est offert dans tous les hôpitaux régionaux de la province.

Le programme de psychiatrie est un programme décentralisé et régional qui inclut l'étude de la schizophrénie, des troubles des maladies dépressives, de la psychose maniaco-dépressive et des autres troubles psychiatriques. Les psychiatres fournissent tous les soins pour la schizophrénie et la majorité des soins pour les autres GMA compris dans le programme.

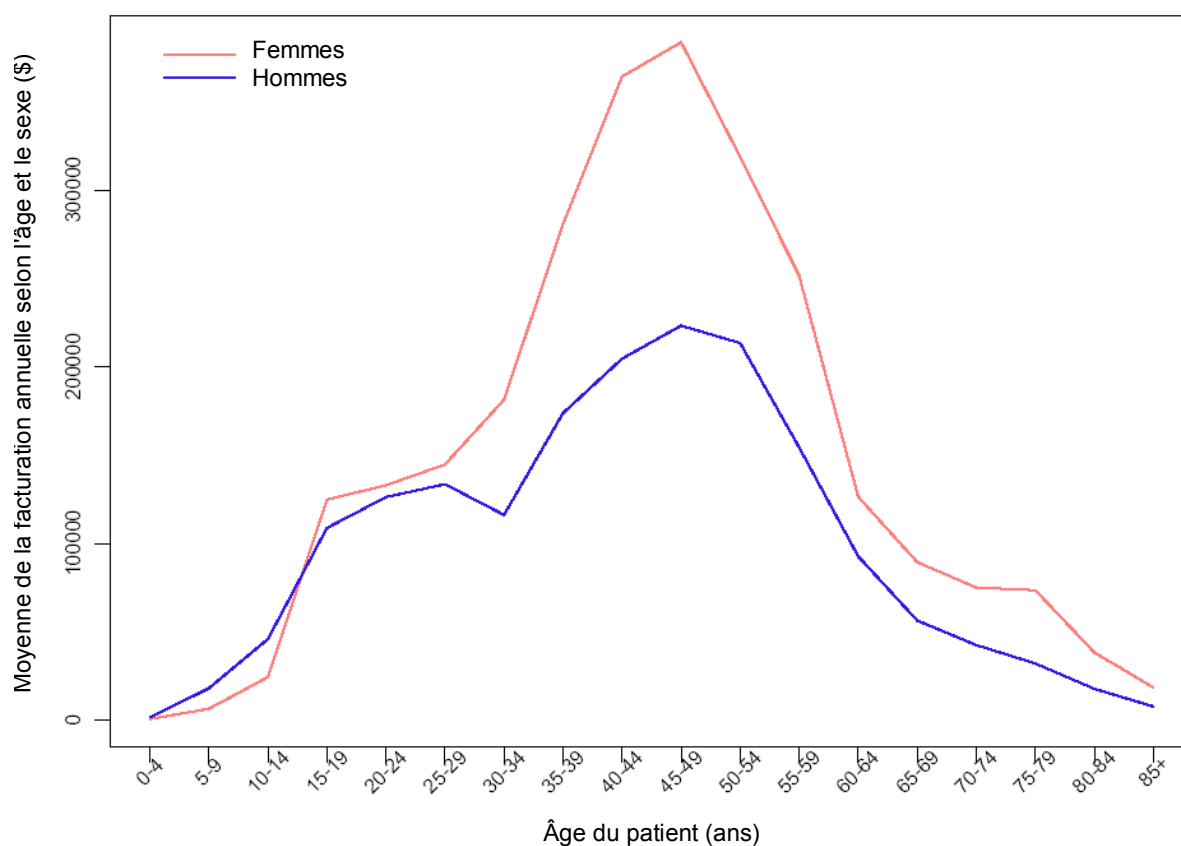
La grande majorité des patients admis en psychiatrie sont traités dans leur région. Les taux d'admission des régions 4, 5 et 6 sont de beaucoup plus importants que la moyenne néo-brunswickoise (entre 33 % et 90 % plus importants) alors que les taux des régions 2 et 3 sont respectivement 40 % et 16 % plus bas que la moyenne provinciale. Ces variations des taux peuvent peut-être s'expliquer par l'existence d'une installation de soins psychiatriques dans la région du Restigouche, expliquant ainsi le taux par habitant apparemment élevé de la région 5. De plus, il se peut qu'il y ait une augmentation de l'accès aux services de consultations externes dans les régions urbaines, diminuant ainsi les contraintes des installations procurant des soins psychiatriques en milieu hospitalier.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de psychiatrie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Les femmes utilisent ces services plus que les hommes à n'importe quel âge dès le début de l'âge adulte; la majorité de ces prestations de services sont utilisées entre 35 et 60 ans.
- L'utilisation de ces services par les hommes et les femmes accuse des niveaux maximums dans le groupe des 45 à 49 ans et accuse une forte chute pour les groupes d'âge subséquents.

**Figure 31 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la psychiatrie en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Psychiatrie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la psychiatrie jusqu'en 2013 en fonction du recours aux services de psychiatrie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de 6 % est prévue relativement à la demande de services en psychiatrie entre 2003 et 2013, ce qui équivaut à une augmentation du nombre de psychiatres, lequel devrait passer de 67 (à l'heure actuelle) à 71 en 2013.

**Tableau 147 – Croissance et demande de services de psychiatrie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Psychiatrie	67,0	0.99%	1.88%	2.75%	3.50%	4.05%	4.54%	4.96%	5.38%	5.74%	5.88%	5.93%
		67,7	68,3	68,8	69,3	69,7	70,0	70,3	70,6	70,8	70,9	71,0

Un aperçu en date du 30 avril 2003 des postes vacants dans le domaine de la psychiatrie pour adultes indique un déficit de 5,4 postes à l'échelle provinciale et un déficit de 2,5 postes en psychiatrie infantile soit un total de 7,9 postes.

#### Analyse de l'écart

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel est formé de 67 psychiatres et il est prévu que ce nombre augmentera de 18 % (78) d'ici 2013. De plus, selon une croissance prévue de la demande de 6 % (soit quatre psychiatres) au cours de la période allant de 2003 à 2013, **si le déficit actuel (7,9 postes) est comblé sans délai, l'offre future prévue permettra de répondre à la demande et cette spécialité ne présentera aucun déficit au cours de la période de prévision**, à moins que le nombre de psychiatres prenant leur retraite s'avère plus important que les taux historiques (soit 17 psychiatres prenant leur retraite sur les 33 qui seront admissibles à la retraite).

Par ailleurs, les plans de pratique suivants peuvent modifier les prévisions relatives à l'absence de déficit : dans le groupe d'âge de 30 à 40 ans, trois femmes médecins réduiront leur pratique; une d'au moins 25 % pendant trois à cinq ans, une d'au moins 25 % de façon permanente et une d'au moins 50 % pendant un an ou moins. Une femme médecin prévoit augmenter sa pratique d'au moins 25 % pendant deux à trois ans et une autre prévoit l'augmenter d'au moins 50 % pendant un an ou moins. Il est important de suivre de près ces modifications, car il faut prévoir les remplacements nécessaires à l'atténuation des déficits si plus de 10 à 20 médecins prennent leur retraite au cours de la période de prévision.

#### 6.4.2.19 Radiothérapie

##### Formation

Ce programme de résidence de cinq ans est offert dans toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de celles des universités suivantes : University of Saskatchewan, Université de Sherbrooke et Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 96 résidents (41 femmes et 55 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 148 – Radiothérapie**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
13	11	24	27	21	96

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

---

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 212 résidents ont obtenu leur diplôme en radiothérapie à l'échelle nationale. Le nombre moyen de diplômés se situait à 16 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 11 à un maximum de 22. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 20 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins du Nouveau-Brunswick compte neuf radio-oncologues, dont la majorité soit cinq (56 %), sont des femmes. Les radio-oncologues sont répartis comme suit : quatre (44 %) dans la région 1 et cinq (56 %) dans la région 2.

L'âge moyen de ce groupe est de 45 ans, 46 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes.

L'âge est une donnée statistique importante aux fins de la planification car quatre (44 %) des neuf radio-oncologues sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans. De plus, deux de ces médecins sont des femmes qui, selon les données historiques, ont tendance à se retirer plus jeunes que leurs collègues masculins. Un autre facteur à prendre en considération aux fins de la planification est le risque d'absence temporaire inhérent au fait que deux des neuf radio-oncologues sont des femmes âgées de moins de 40 ans qui sont donc susceptibles de prendre un congé de maternité.

### **Analyse et prévision de la demande**

Étant donné que tous les radio-oncologues de la province sont des salariés, il n'y a aucune donnée relative à la demande des services offerts par ce groupe.

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la radiothérapie indique un excédent de 0,2 poste à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Une analyse de l'écart pour ce groupe n'est pas possible en raison du manque de données. Cependant, étant donné les quatre retraites possibles (sur les neuf radio-oncologues) dans ce groupe au cours de la période de prévision de dix ans, il est nécessaire de suivre la situation de près et de planifier la relève.

La prévision des besoins futurs relatifs de ces spécialistes doit tenir compte de la demande découlant de la stratégie de lutte contre le cancer du Nouveau-Brunswick.

#### **6.4.2.20 Médecine respiratoire**

### **Formation**

Cette spécialité exige deux années supplémentaires de formation en pneumologie adulte ou pédiatrique suivant la réussite du programme de résidence en médecine interne. La formation dans cette sous-spécialité est offerte par toutes les facultés de médecine à l'exception de celles de la Dalhousie University et de la Memorial University. Toutes les facultés de médecine n'offrent pas à la fois un programme de pneumologie adulte et de pneumologie pédiatrique. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 66 résidents (26 femmes et 40 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits au programme de résidence en pneumologie adulte et trois résidents (une femme et deux hommes), au

---

programme de résidence de pneumologie pédiatrique, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 149 – Médecine respiratoire**

<b>Spécialité/Année</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
Médecine respiratoire adulte	39	27	<b>66</b>
Médecine respiratoire pédiatrique	3	-	<b>3</b>

Un résident du Nouveau-Brunswick inscrit au programme de médecine respiratoire (médecine interne) à l'Université de Sherbrooke devrait terminer ses études en 2004.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 184 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en médecine respiratoire adulte et 32 résidents, en médecine respiratoire pédiatrique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 14 et deux par année respectivement pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 10 et de 0 à un maximum de 18 et de , respectivement. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés en médecine respiratoire adulte augmentera de 136 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Le nombre de diplômés en médecine respiratoire pédiatrique connaîtra une baisse de 33 % au cours des deux prochaines années, ce qui représente environ un diplômé de moins étant donné le petit nombre de diplômés dans cette sous-spécialité.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

Selon la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick, cinq pneumologues exercent leur profession dans la province, trois (60 %) dans la région 1 et deux (40 %) dans la région 2. Les cinq pneumologues sont des hommes et deux sont âgés de plus de 55 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les données de facturation de l'Assurance-maladie des trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique de l'évolution du groupe de pneumologues au cours de cette période :

- Augmentation du nombre de pneumologues actifs et du nombre réel de pneumologues.
- Baisse de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Amélioration du ratio de services pour les Néo-Brunswickois – diminution du ratio de la population par rapport au nombre de pneumologues.



**Tableau 150 – Médecine respiratoire – Historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	12	4	4	46.6	47
2001/2	12	4	4	47.6	48
2002/3	12	5	5	46	38

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	189,105	4.2	171,005
2001/2	202,694	4.3	168,112
2002/3	180,781	5.2	140,434

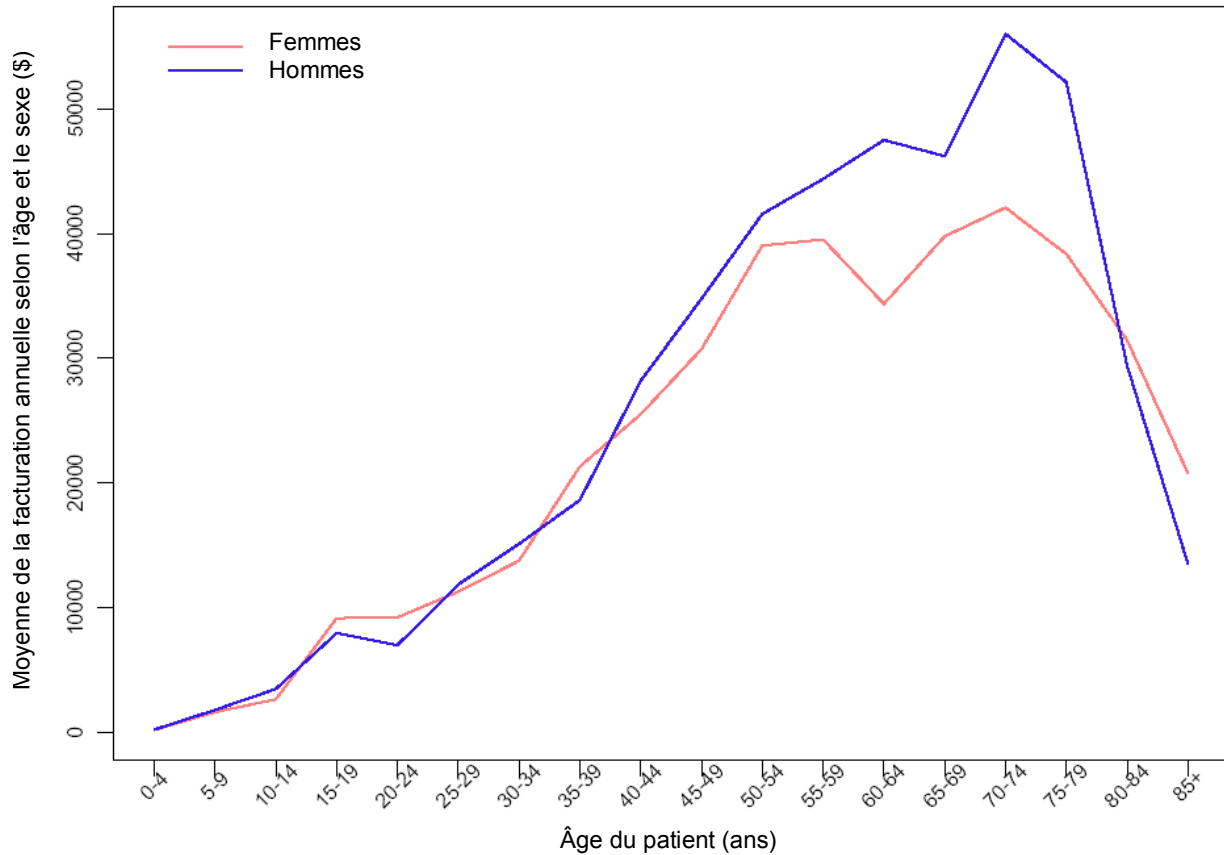
**Analyse et prévision de la demande**

Tel qu'il est indiqué dans la figure ci-dessous, l'utilisation de services en médecine respiratoire par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Jusqu'à l'âge de 50 à 54 ans, les hommes et les femmes utilisent, de façon comparable, les services offerts par le pneumologue. À partir de cet âge cependant, l'utilisation de ces services par les hommes s'accroît considérablement pour atteindre son sommet dans la tranche d'âge de 70 à 74 ans tandis que l'utilisation de ces services par les femmes demeure assez stable (avec quelques fluctuations) jusqu'à la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- L'utilisation de ces services décroît pour les deux groupes après la tranche d'âge de 70 à 74 ans.

**Figure 32 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la médecine respiratoire en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Pneumologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance des exigences prévues en matière de médecine respiratoire jusqu'à 2013 en fonction du profil d'utilisation des services de médecine respiratoire présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services en médecine respiratoire est de 17 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière de pneumologues de 5,2, à l'heure actuelle, à 6,1 en 2013.

**Tableau 151 – Croissance de la demande de services en médecine respiratoire (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médecine respiratoire		1.54%	2.99%	4.42%	5.86%	7.27%	8.80%	10.34%	11.90%	13.50%	15.29%	17.01%
	5.2	5.3	5.4	5.4	5.5	5.6	5.7	5.7	5.8	5.9	6.0	6.1

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la médecine respiratoire indique une pénurie de 2,0 postes à l'échelle provinciale.

#### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel comprend cinq pneumologues, ce qui, selon le tableau précédent, portant sur la croissance de la demande, équivaut à un effectif réel de 5,2 spécialistes.

Compte tenu des 2,0 postes vacants et de la croissance prévue de 17 % de la demande, ce qui correspond à un spécialiste au cours de la période de 2003 à 2013, et étant donné qu'on prévoit que deux spécialistes prendront leur retraite au cours de cette période, **il y aura un besoin d'au plus cinq pneumologues au cours de la période de prévision de 10 ans**; ce besoin se manifestera au moment du départ à la retraite de ces deux spécialistes et de l'évolution des besoins, qui doivent être surveillés de près.

#### **6.4.2.21 Rhumatologie**

##### **Formation**

Cette sous-spécialité nécessite généralement deux années supplémentaires de formation suivant la réussite d'une spécialité en médecine interne ou en pédiatrie. Les programmes de rhumatologie adulte et pédiatrique sont offerts par toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de celles de la McMaster University, de l'Université Laval et de la Memorial University.

Les données du CAPER pour la période 2002-2003 indiquent que présentement, à l'échelle nationale, 19 résidents (12 femmes et 7 hommes) sont inscrits au programme de résidence en rhumatologie adulte et 4 résidents (3 femmes et 1 homme), au programme de résidence de rhumatologie pédiatrique, les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant :

**Tableau 152 – Rhumatologie**

	2003	2004	Total
Rhumatologie adulte	9	10	19
Rhumatologie pédiatrique	4	-	4

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, à l'échelle nationale un total de 137 résidents ont obtenu leur diplôme en rhumatologie adulte et 12 résidents, en rhumatologie pédiatrique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 11 et un respectivement pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de cinq et 0 à un maximum de 15 et 3, respectivement. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés diminuera de 16 % en rhumatologie adulte et augmentera de 1 % en rhumatologie pédiatrique par rapport aux moyennes de la dernière décennie.

### Analyse de l'effectif actuel

Il y a sept rhumatologues actifs dans la province, dont six (86 %) sont des hommes. Ils sont répartis selon la région sanitaire comme suit : trois exercent leur profession dans la région 1 (43 %) et deux dans la région 2 et dans la région 3 respectivement.

La moyenne d'âge pour ce groupe est de 45 ans et il est à noter que deux des cinq rhumatologues (40 %) ont plus de 50 ans et sont donc susceptibles de prendre leur retraite au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de rhumatologie au cours de cette période.

- Augmentation du nombre actif et du nombre réel de rhumatologues.
- Baisse de l'âge moyen et de l'âge médian.
- La proportion des services offerts aux Néo-Brunswickois demeure stable, mais la population a augmenté légèrement par rapport au nombre de rhumatologues.

**Tableau 153 – Rhumatologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de médecins inscrits dans la base de données pour l'année	Médecins actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les médecins actifs	Âge moyen des médecins	Âge médian des médecins
2000/1	12	4	4	46.6	47
2001/2	12	4	4	47.6	48
2002/3	12	5	5	46	38
Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif		
2000/1	193,310	4.2	170,815		
2001/2	204,398	4.2	172,222		
2002/3	224,270	4.2	171,867		

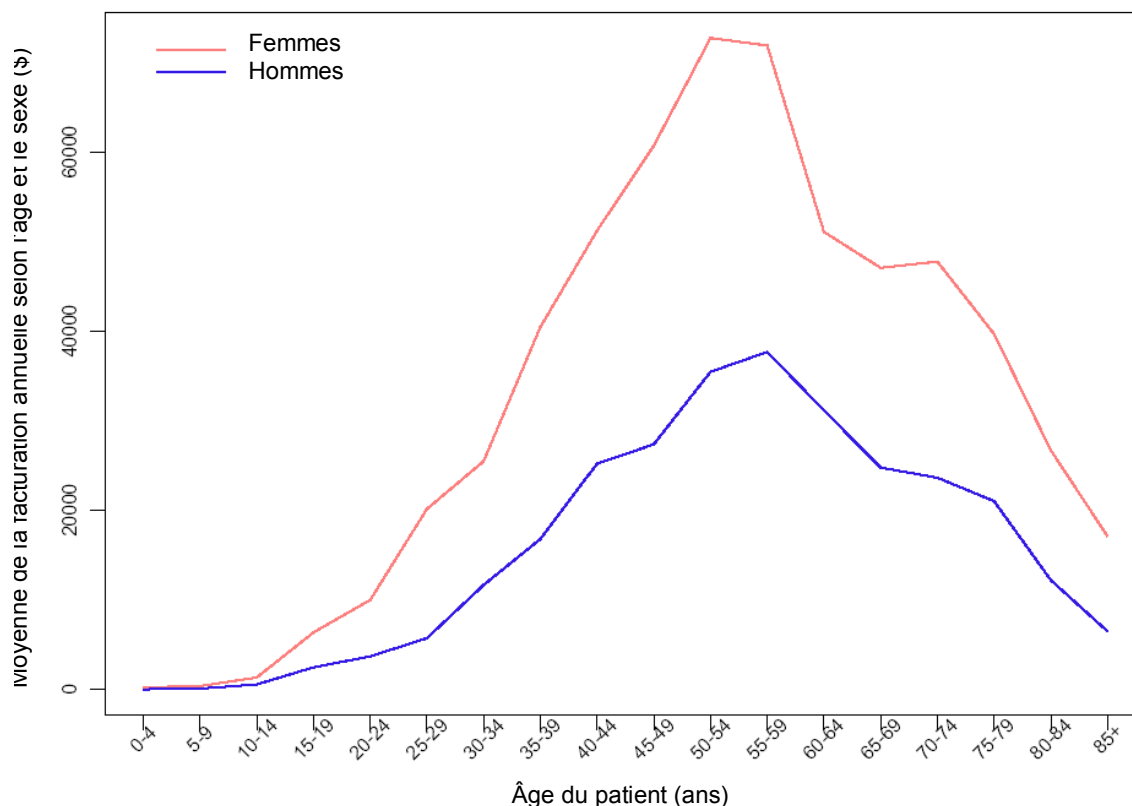
## Analyse et prévision de la demande

Tel qu'il est indiqué dans la figure ci-dessous, l'utilisation de services de rhumatologie par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation de ces services est plus grande chez les femmes de tous les groupes d'âge que les chez les hommes.
- L'utilisation de ces services atteint un sommet pour les groupes de femmes âgées de 50 à 60 ans alors que l'utilisation de ces services par les hommes atteint un sommet entre l'âge de 55 à 59 ans; par la suite, l'utilisation de ces services diminue.

**Figure 33 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la rhumatologie en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Rhumatologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance des exigences prévues en matière de rhumatologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du profil d'utilisation des services de rhumatologie, tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure changeante de l'âge de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 17 % est prévue relativement à la demande de services en rhumatologie à partir de 2003 jusqu'à 2013, ce qui équivaut à une augmentation de sept à l'heure actuelle jusqu'à 8,2 avant l'an 2013 relativement aux exigences réelles visant le nombre de rhumatologues. Le nombre de spécialistes actifs est utilisé comme nombre réel si ce dernier n'est pas disponible étant donné que la moitié des rhumatologues sont des salariés et que, par conséquent, aucune donnée de facturation de l'Assurance-maladie n'est disponible.

**Tableau 154 – Croissance de la demande de services de rhumatologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rhumatologie		1.72%	3.37%	5.03%	6.60%	8.12%	9.65%	11.16%	12.72%	14.21%	15.66%	17.01%
	7.0	7.1	7.2	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8	7.9	8.0	8.1	8.2

Un aperçu des postes vacants en date du 30 avril 2003 dans le domaine de rhumatologie indique une pénurie de 0,3 poste à l'échelle provinciale.

#### Analyse de l'écart

En tenant compte des 0,3 poste vacant en rhumatologie et de la croissance de la demande prévue d'environ 17 %, ce qui équivaut à un spécialiste au cours de la période entre 2003 et 2013 et de la retraite prévue de deux rhumatologues au cours de cette période, **un besoin de quatre rhumatologues additionnels pourrait se présenter dans la province au cours de la période de prévision de dix ans**, l'échéance étant donc fonction de la retraite des deux rhumatologues. Il est également important de noter que selon les réponses au sondage, un médecin appartenant au groupe d'âge entre 30 et 40 ans prévoit, au cours des cinq prochaines années, réduire sa pratique de façon permanente d'au moins 25 %.

#### 6.4.2.22 Autres

L'analyse et la prévision de l'offre et la demande pour ces sous-spécialités ne relèvent pas de la présente étude; toutefois, un bref profil est fourni dans le but d'appuyer la planification du recrutement de la relève dans ces sous-spécialités.

#### Génétique médicale

La spécialité en génétique médicale établie par le CRMCC est un programme de cinq ans offert par les universités suivantes : University of British Columbia, University of Calgary, University of Manitoba, University of Toronto, Université d'Ottawa, Université McGill et Université de Montréal. Les données du CAPER pour la période 2002-2003 indiquent que présentement 21 résidents (17 femmes et 4 hommes) sont inscrits à ce programme d'études; les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant.

**Tableau 155 – Génétique médicale**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
6	2	3	5	5	17

---

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 33 résidents ont obtenu leur diplôme en médecine génétique à l'échelle nationale. Le nombre moyen de diplômés se situait à trois par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de un à un maximum de cinq. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 13 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Étant donné le faible taux d'inscriptions à cette sous-spécialité, cette légère augmentation représente en moyenne un diplômé de plus par année.

### **Médecine du travail**

Ce programme de résidence de cinq ans est offert seulement par les universités suivantes : University of Alberta et University of Toronto. Les données du CAPER pour la période 2002-2003 indiquent que présentement 9 résidents (5 femmes et 4 hommes) sont inscrits à ce programme d'études; les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant.

**Tableau 156 – Médecine du travail**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
2	2	1	1	3	9

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent, que depuis 1994, 10 diplômés ont terminé ce programme à l'échelle nationale. Le nombre moyen de diplômés se situait à un par année pour cette période de neuf ans, dont certaines années sans aucun diplômé et d'autres avec un à quatre diplômés. Toutefois, on prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 1 par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Médecine communautaire**

La résidence est d'une durée de cinq ans et est offerte par toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception des universités suivantes : la University of Alberta, la University of Saskatchewan, la University of Western Ontario, la Queen's University, la Dalhousie University, l'Université de Sherbrooke et la Memorial University. Les diplômés d'un programme de résidence en médecine familiale du CMFC pourraient éventuellement terminer ce programme de spécialité en trois ans.

Les données du CAPER pour la période 2002-2003 indiquent que présentement, 60 résidents (42 femmes et 18 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études; les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant :

**Tableau 157 – Médecine communautaire**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
10	17	17	10	6	60

---

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 111 résidents ont obtenu leur diplôme en médecine communautaire à l'échelle nationale. Le nombre moyen de diplômés se situait à neuf par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de trois à un maximum de 18. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 41 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Neuropathologie**

Le programme de résidence de cinq ans est offert par les universités suivantes : la University of British Columbia, la University of Calgary, la University of Western Ontario, la University of Toronto, la Queen's University, l'Université McGill et l'Université de Montréal. Les données du CAPER pour la période 2002-2003 indiquent que présentement, 4 résidents (2 femmes et 2 hommes), sont inscrits à ce programme, les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant :

**Tableau 158 – Neuropathologie**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
-	-	1	2	1	<b>4</b>

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 22 résidents ont obtenu leur diplôme en neuropathologie à l'échelle nationale. Le nombre annuel moyen de diplômés se situait à deux pour cette période de 13 ans, avec un minimum de 0 et un maximum de trois. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés diminuera d'environ un diplômé par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **6.4.3 Spécialités de médecine de laboratoire**

#### **Prévision de l'offre**

#### **Points saillants**

- Il est prévu que la population active en matière de médecine de laboratoire déclinera 5 % au cours de la période de 2003 à 2013, selon les estimations suivantes :
  - moins d'un nouveau venu aux études médicales postdoctorales par année;
  - moins d'un départ à la retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale



- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes spécialistes en médecine de laboratoire devrait augmenter légèrement au cours de la période de prévision, passant de 44 % (pourcentage actuel) à 50 % en 2013.
- Selon les prévisions, le pourcentage de spécialistes en médecine de laboratoire âgés de plus de 55 ans devrait augmenter de façon constante au cours de la période de prévision, passant de 32 % (pourcentage actuel) à 36 % en 2013.

Le tableau suivant illustre la prévision de l'offre en matière de médecine de laboratoire de 2003 à 2013 :

**Tableau 159 – Prévision de l'offre en matière de médecine de laboratoire de 2003 à 2013**

<b>Médecine de laboratoire</b> (toutes spéc. pathologie et microbiologie)			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>41</b>	<b>44%</b>	<b>32%</b>
2003	41	45%	30%
2004	41	45%	31%
2005	40	46%	31%
2006	40	47%	29%
2007	40	48%	27%
2008	40	48%	26%
2009	40	49%	24%
2010	39	49%	30%
2011	39	50%	33%
2012	39	50%	36%
2013	39	50%	36%

### **Analyse et prévision de la demande**

Étant donné qu'un grand nombre de ces médecins sont salariés, les bases de données des hôpitaux et de l'Assurance-maladie n'ont pas suffisamment de données pour effectuer une analyse générale de la demande et des prévisions de demande pour ce groupe.

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans les spécialités de médecine de laboratoire indique une pénurie de 5,0 postes à l'échelle provinciale; les résultats n'étaient pas décomposés par sous-spécialité de médecine de laboratoire.

---

### 6.4.3.1 Pathologie anatomique

#### Formation

Toutes les facultés de médecine, à l'exception de celle de University of Saskatchewan, offrent des programmes de résidence dans cette spécialité. Les étudiants sont recrutés par l'entremise du programme général de médecine de laboratoire dans une partie de ces universités et se sous-spécialisent au sein du programme. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 90 résidents (48 femmes et 42 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

Tableau 160 – Pathologie anatomique

2003	2004	2005	2006	2007	Total
18	14	17	22	19	90

Trois résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de pathologie anatomique à Dalhousie University, et la fin de leurs études est prévue en 2003 (1), 2004, (1), 2005 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 296 résidents ont obtenu leur diplôme dans cette spécialité. Le nombre moyen de diplômés se situait à 22 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 17 à un maximum de 30. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés sera inférieur à la moyenne de la dernière décennie.

#### Analyse de l'effectif actuel

Dix-neuf anatomopathologistes sont en pratique active dans la province, dix hommes (57 %) et neuf femmes (43 %). Ils sont répartis par région sanitaire comme suit : sept (37 %) pratiquent dans la région 1; cinq (26 %) pratiquent dans la région 2; deux pratiquent dans chacune des régions 3 et 5, et un pratique dans chacune des régions 4, 6 et 7. La moyenne d'âge de ce groupe est de 51 ans pour les hommes, de 45 ans pour les femmes, et de 48 ans pour les deux groupes combinés.

Au point de vue de la planification, il est bon de noter que six des 19 anatomopathologistes (32 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de dix ans. De plus, l'effectif de moins de 40 ans est entièrement féminin. Par conséquent, la planification de départs temporaires en raison de congés de maternité doit être prévue de la réalité.

Qui plus est, les répondants au sondage des médecins ont signalé leur intention d'apporter les changements suivants à leurs plans de pratique au cours des cinq prochaines années.

- groupe d'âge entre 30 et 40 ans – une femme médecin réduira ses activités complètement pendant un an ou moins;

- groupe d'âge entre 40 et 55 ans – une femme médecin prévoit réduire ses activités d'au moins 25 % durant deux ou trois ans;
- groupe des 55 ans et plus – deux hommes médecins prévoient réduire de manière permanente leurs activités d'au moins 50 % et de 100 % respectivement.

### **Analyse et prévision de la demande**

Il n'existe pas suffisamment de données pour permettre une analyse de la demande et des prévisions de demande pour ce groupe.

#### **6.4.3.2 Pathologie générale**

### **Formation**

Cinq années de résidence sont offertes pour cette spécialité dans 11 facultés de médecine du Canada, beaucoup de facultés recrutent des étudiants pour cette spécialité à partir des programmes généraux de médecine de laboratoire. Le programme n'est pas offert aux universités suivantes : University of Calgary, Université McGill, Université Laval et Université Sherbrooke. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 21 résidents (8 femmes et 13 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études. Les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 161 – Pathologie générale**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
6	0	1	7	7	<b>21</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 125 résidents ont obtenu leur diplôme en pathologie générale. Le nombre moyen de diplômés se situait à 10 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de trois à un maximum de 15. La tendance des quatre dernières années a été de trois à quatre diplômés par année, à l'exception de 2001, année où il y a eu 12 diplômés. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés devrait diminuer de 130 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Seize pathologistes généraux sont en pratique active dans la province, dix (63 %) hommes et six (38 %) femmes. Ils sont répartis par région sanitaire comme suit : deux (13 %) pratiquent dans la région 1; quatre (25 %) pratiquent dans la région 2; quatre (25 %) pratiquent dans la région 6; trois (19 %) pratiquent dans la région 3; et un pratique dans chacune des régions 4, 5 et 7. La moyenne d'âge de ce groupe est de 49 ans tant pour les hommes que les femmes.

---

Au point de vue de la planification, il est bon de noter que six des 16 pathologistes généraux (38 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de dix ans.

Qui plus est, parmi les répondants au sondage des médecins, un médecin appartenant au groupe des 40 à 55 ans a indiqué qu'il prévoyait réduire sa pratique d'au moins 25 % durant un an ou moins au cours des cinq prochaines années.

#### **Analyse et prévision de la demande**

Il n'existe pas suffisamment de données pour permettre une analyse de la demande et des prévisions de demande pour ce groupe.

#### **6.4.3.3 Pathologie hématologique**

Six universités offrent ce programme de résidence : University of British Columbia, University of Alberta, University of Toronto, Université d'Ottawa, Queen's University et Dalhousie University. Le programme dure quatre ans, et les universités recrutent principalement par l'entremise de leurs programmes généraux de médecine de laboratoire. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 13 résidents (4 femmes et 9 hommes) à l'échelle nationale, sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 162 – Pathologie hématologique**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Total</b>
5	3	3	2	<b>13</b>

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 25 résidents ont obtenu leur diplôme en pathologie hématologique. Le nombre moyen de diplômés se situait à deux par année pour cette période de 13 ans, allant d'aucun diplômé à un maximum de six, dans une année donnée. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés dépassera de 62 % la moyenne de la dernière décennie, ce qui représente uniquement environ un diplômé supplémentaire par année, compte tenu du nombre limité d'étudiants dans cette spécialité.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

Le Nouveau-Brunswick compte un hématopathologiste, aux fins de confidentialité, vu le faible nombre de personnes dans ce groupe, les renseignements démographiques ne sont pas présentés dans le présent rapport.

#### **Analyse et prévision de la demande**

Il n'existe pas suffisamment de données pour permettre une analyse de la demande et des prévisions de demande.

---

#### 6.4.3.4 Microbiologie médicale

Cette spécialité exige un programme de résidence de cinq ans qui est offert dans 11 facultés de médecine du Canada. Plusieurs universités recrutent des étudiants des programmes généraux de médecine de laboratoire, tandis que la Dalhousie University recrute les étudiants de son programme de médecine interne. Le programme n'est pas offert aux universités suivantes : Memorial University, Queen's University, University of Calgary et University of Saskatchewan. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 25 résidents (13 femmes et 12 hommes) à l'échelle nationale, sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 163 – Microbiologie médicale**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
8	4	4	4	5	25

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 103 résidents ont obtenu leur diplôme en microbiologie médicale. Le nombre moyen de diplômés se situait à huit par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de quatre à un maximum de 10. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années, le nombre de diplômés baissera d'environ 60 % comparativement à la moyenne de la dernière décennie.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

Il y a cinq médecins microbiologistes dans la province, trois femmes (60 %) et deux hommes. La répartition par région sanitaire est comme suit : 3 (60 %) pratiquent dans la région 1; un pratique dans chacune des régions 2 et 4. La moyenne d'âge de ce groupe est de 42 ans pour les hommes, de 52 ans pour les femmes, et la moyenne d'âge du groupe intégral est de 48 ans.

Au point de vue de la planification, il est important de noter que deux des cinq médecins microbiologistes (40 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période prévue de 10 ans.
---

Qui plus est, parmi les répondants au sondage des médecins, un médecin appartenant au groupe des 40 à 55 ans a indiqué qu'il prévoyait réduire sa pratique d'au moins 25 % au cours des cinq prochaines années.

#### **Analyse de la demande**

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la microbiologie médicale indique une pénurie de 0,6 poste à l'échelle provinciale.

---

#### 6.4.3.5 Autres

### Biochimie médicale

Cette spécialité exige un programme de résidence de cinq ans, qui est uniquement offert aux universités suivantes : University of British Columbia, McMaster University, University of Toronto ou par l'entremise du réseau des universités du Québec. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 10 résidents (1 femme et 9 hommes), sont inscrits à ce programme, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

Tableau 164 – Biochimie médicale

2003	2004	2005	2006	2007	Total
2	-	3	3	2	10

Aucun résident connu du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 30 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en biochimie médicale. Le nombre moyen de diplômés se situait à deux par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 0 à un maximum de cinq. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés sera égal à la moyenne de la dernière décennie.

### Médecine de laboratoire indifférenciée

Quatre résidents (trois femmes et un homme) sont actuellement inscrits à un programme de résidence en médecine de laboratoire indifférenciée et doivent entrer sur le marché en 2003.

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

## 6.4.4 Spécialités de chirurgie

L'effectif des médecins du Nouveau-Brunswick compte actuellement 209 chirurgiens spécialistes, y compris les médecins pratiquant dans l'une des 11 spécialités distinctes suivantes (selon les spécifications du RFP) :

1. Chirurgie cardiaque
2. Chirurgie générale
3. Neurochirurgie
4. Obstétrique et gynécologie
5. Ophtalmologie
6. Chirurgie orthopédique
7. Oto-rhino-laryngologie

- 
8. Chirurgie plastique
  9. Chirurgie thoracique
  10. Urologie
  11. Chirurgie vasculaire

Le tableau suivant les résultats du modèle de prévision pour toutes les spécialités chirurgicales regroupées. Ces prévisions sont basées sur les hypothèses suivantes :

- Chaque année au cours de la période de prévision de 10 ans, le Nouveau-Brunswick attire ou recrute 1,9 % des ressources nationales de diplômés du programme d'études médicales postdoctorales, selon la moyenne historique du CAPER (qui va de six à huit, voir le tableau 160).
- Réserver du temps à ces médecins qui accordent plus de 50 % de leur temps à des activités d'administration médicale ou au sein de comités.
- Des gains, départs et déplacements nets supplémentaires sont fonction des moyennes historiques précises de la spécialité médicale selon les données de l'AMC (voir le tableau 160).

#### **Points saillants**

- Selon les prévisions, l'effectif des chirurgiens spécialistes devrait croître de 17 %, le nombre passerait alors de 209 médecins à 245 au cours de la période de prévision de 10 ans.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes spécialistes en chirurgie devrait augmenter de manière significative au cours de la période de 10 ans, il passera de 9 % du total actuel à près de 24 % en 2013.
- Selon les prévisions, le pourcentage de médecins âgés de plus de 55 ans devrait diminuer considérablement au cours de la période de prévision, passant de 38 % (pourcentage actuel) à 27 % en 2013.

Tableau 165 – Toutes spécialités chirurgicales confondues – Prévion de l'offre 2003 à 2013

Spécialités de chirurgie			
FIN DE L'EXERCICE	Total des médecins	% Femmes	% >55
Effectif minimal Mars 2003	209	9%	38%
2003	212	10%	36%
2004	215	12%	36%
2005	218	13%	36%
2006	220	14%	35%
2007	224	16%	33%
2008	226	17%	32%
2009	230	18%	31%
2010	233	20%	30%
2011	237	21%	29%
2012	241	22%	27%
2013	245	24%	27%

Tableau 166 – Offre de médecins au N.-B. – Gains, départs et déplacements nets

ANNÉE	GAINS			DÉPARTS			NET	NET ANNUEL
	Nouveaux diplômés (études postdoctorales)	Diplômés à l'étranger	Retours de séjour à l'étranger	Retraite	Décès	Émigration	Migration inter-provinciale	Gains – Départs +/- Déplacements nets
2003	6	1	0	4	1	1	1	3
2004	6	1	0	4	1	1	1	3
2005	6	1	0	4	1	1	1	3
2006	6	1	0	4	1	1	1	3
2007	7	1	0	4	1	1	1	3
2008	7	1	0	5	1	1	1	3
2009	8	1	0	4	1	1	1	4
2010	8	1	0	4	1	1	1	5
2011	8	1	0	5	1	1	1	4
2012	8	1	0	5	1	1	1	4
2013	8	1	0	5	1	1	1	4

La section suivante présente un profil précis des spécialités y compris l'offre prévue, l'analyse actuelle et la prévion de l'offre et de la demande.



---

#### 6.4.4.1 Chirurgie cardiaque

##### Formation

Les programmes de résidence pour cette spécialité durent habituellement six ans. Les résidents peuvent toutefois suivre des voies parallèles pour obtenir une spécialité en chirurgie cardiaque, en effectuant soit une résidence en chirurgie générale du CRMCC et 3,5 années supplémentaires soit une résidence en chirurgie thoracique et 2,5 années de formation supplémentaire. Le programme n'est pas offert aux universités suivantes : University of Calgary, University of Saskatchewan, Queen's University, Université Laval, Université Sherbrooke et Memorial University.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 56 résidents (5 femmes et 51 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

Tableau 167 – Chirurgie cardiaque

2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
9	13	14	8	6	6	56

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1996, un total de 48 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en chirurgie cardiaque. Le nombre moyen de diplômés se situait à sept par année pour cette période de sept ans, allant d'un minimum de un à un maximum de 12. On prévoit qu'au cours des six prochaines années, le nombre de diplômés devrait augmenter de 33 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Toutefois, le nombre de diplômés est plus élevé à court terme et revient ensuite à la moyenne historique.

##### Analyse de l'effectif actuel

Le Nouveau-Brunswick compte trois chirurgiens cardiaques, donc, aux fins de confidentialité, vu le faible nombre de personnes dans ce groupe, les renseignements démographiques ne sont pas présentés dans ce rapport. Toutefois, il est important de signaler, aux fins de la planification de la relève, qu'un des chirurgiens deviendra admissible à la retraite au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de chirurgie cardiaque au cours de cette période.

- Stabilité du nombre de chirurgiens cardiaques actifs et du nombre réel de chirurgiens cardiaques.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian des chirurgies cardiaques.
- Stabilité des services pour les Néo-Brunswickois – population stable par rapport aux chirurgiens cardiaques au cours de la période.

**Tableau 168 – Chirurgie cardiaque – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	12	3	3	48	45.4
2001/2	11	3	3	49	46.4
2002/3	10	3	3	50	47.4

Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien actif
2000/1	468,511	3.1	233,486
2001/2	466,424	3.1	232,823
2002/3	488,027	3.1	232,543

### Analyse et prévision de la demande

La Chirurgie cardiaque au Nouveau-Brunswick possède un certain nombre de moyennes de PVR élevées pour les GMA (centralisé seulement). Les plus courantes sont les pontages coronariens et les autres interventions cardio-thoraciques. En ce qui a trait à la chirurgie cardiaque, les tendances de déplacement des patients indiquent sur les patients sont uniquement traités dans la région 2, étant donné que c'est le seul endroit au Nouveau-Brunswick où ce service provincial est offert.

Il y a une différence considérable entre les régions en matière de services en chirurgie cardiaque. Les régions 2 et 7 utilisent ces services plus que la moyenne. L'utilisation élevée dans la région 2 est probablement associée à la disponibilité des services, tandis que pour la région 7, elle est probablement liée à l'augmentation du fardeau de la maladie. Les seuils entre le volume et les résultats des interventions cardiaques invasives fixent des limites minimums de 500 pontages coronariens et de 400 angioplasties par année (Leapfrog Group, 2000). La seule façon de respecter ces limites au Nouveau-Brunswick est en continuant à offrir le programme dans un seul établissement.

Habituellement, les mesures de l'accès aux services cardiaques invasifs doivent inclure l'évaluation de la cardiologie invasive et de la chirurgie cardiaque compte tenu de l'interchangeabilité relative de l'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) et du pontage coronarien. De plus, étant donné que les interventions varient selon les populations étudiées, il est nécessaire d'avoir des indicateurs portant sur le fardeau sous-jacent de la maladie cardiaque pour expliquer les différences d'intervention en fonction de la population plutôt qu'en fonction du système de santé. Les taux d'infarctus aigus du myocarde (IAM) sont utiles à cet effet.

Donc, l'analyse des taux d'incidence des ACTP par IAM et de pontages coronariens par IAM basés sur une population montre une augmentation de l'utilisation des ACTP et des taux stables de pontages coronariens (rajustés pour les taux d'IAM). De plus, entre les années 1997-1998 et 1999-2000, les taux d'IAM ont varié considérablement entre les régions, ce qui indique vraisemblablement les différences du fardeau sous-jacent de la maladie cardiaque au Nouveau-Brunswick.

La tendance à la hausse de l'utilisation des ACTP au fil des ans est marquée. Les écarts dans les taux de cardiologie interventionnelle entre les régions s'expliquent seulement en partie par les différences dans l'indicateur du fardeau sous-jacent de la maladie cardiaque : les taux d'IAM. Parmi la cohorte de patients ayant subi un IAM, la variation d'utilisation découlant de l'offre est évidente : deux fois plus de patients

---

de l'hôpital régional de Saint John ont subi des interventions de revascularisation dans un délai raisonnable par rapport aux patients qui ont reçu des soins dans d'autres hôpitaux. Cette variation a été décrite en détail dans la documentation et ne suppose pas nécessairement un recours abusif aux interventions de revascularisation à Saint John. Elle pourrait plutôt illustrer une sous-utilisation des interventions de revascularisation dans d'autres régions liée à l'absence de mécanismes efficaces d'aiguillage et de triage pour s'occuper tant de la population générale en matière de maladies cardiaques que de la cohortes des patients ayant subi un IAM.

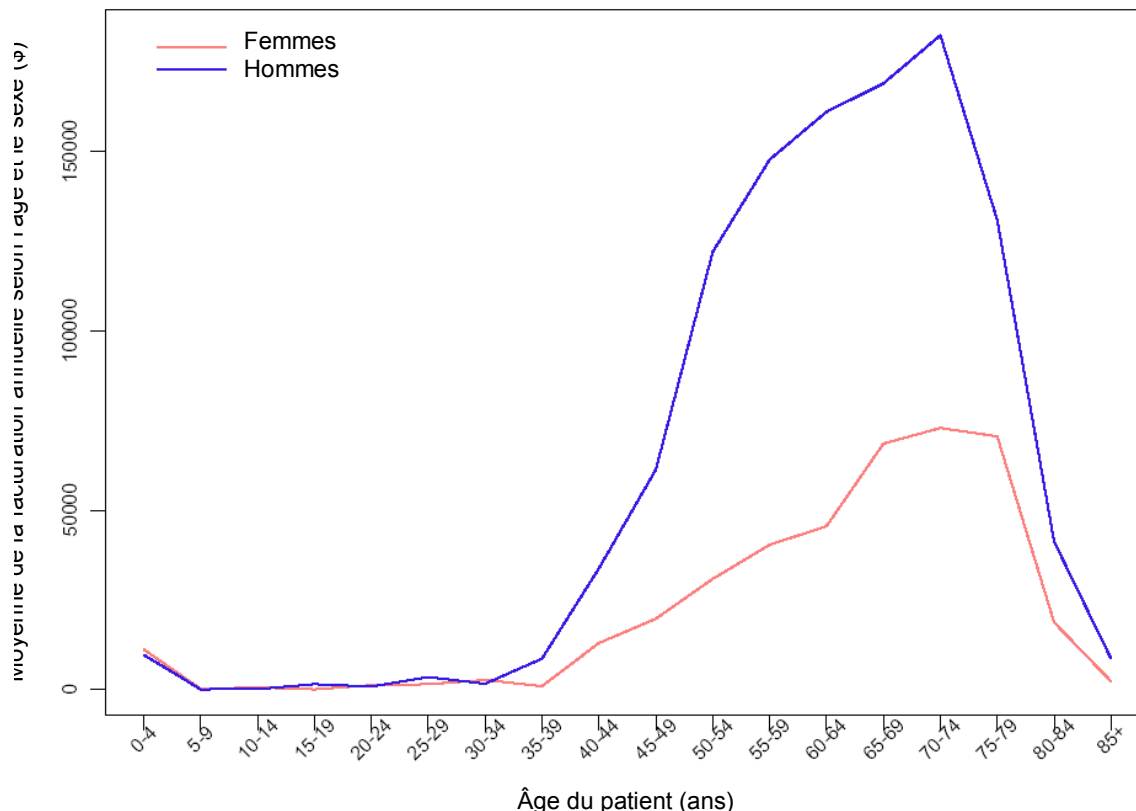
Des comparaisons des taux de revascularisation au Nouveau-Brunswick avec ceux de l'Ontario ont servi de ligne directrice aux fins d'analyse. Ce baromètre semble indiquer que les taux du Nouveau-Brunswick sont à peu près raisonnables dans la région 2 et bas partout ailleurs dans la province.

Tel qu'indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de chirurgie cardiaque par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Il y a une faible utilisation des services de chirurgie cardiaque par les deux sexes avant l'âge de 40 ans et, par la suite, l'utilisation des services par les hommes dépasse celle des femmes de tous les âges.
- L'utilisation du service par les hommes augmente énormément après l'âge de 40 ans pour atteindre son sommet dans la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- L'utilisation du service par les femmes augmente de façon très graduelle après l'âge de 40 ans pour atteindre un sommet constant (bien qu'il soit bien plus bas que celui des hommes) entre 65 et 80 ans.

**Figure 34 – Moyenne de la facturation totale relative à la chirurgie cardiaque en fonction de l'âge et du sexe de la population**

Chirurgie cardiovasculaire : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la chirurgie cardiaque jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de chirurgie cardiaque tels que présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 26 % est prévue relativement à la demande de chirurgie cardiaque à partir de 2003 jusqu'à 2013, ce qui équivaut à une augmentation de 3,1 à l'heure actuelle jusqu'à 3,9 avant l'an 2013 relativement aux exigences réelles visant le nombre de chirurgiens cardiaques.

**Tableau 169 – Croissance de la demande de services de chirurgie cardiaque (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie cardiaque	3.1	2.04%	4.03%	6.04%	8.07%	10.46%	12.92%	15.50%	18.07%	20.66%	23.49%	26.39%

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la chirurgie cardiaque indique une pénurie de 0,2 postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Il y a actuellement trois chirurgiens cardiaques, équivalant à 3,1 chirurgiens actifs. La croissance prévue de la demande estime qu'en 2013, la province aura besoin de 3,9 chirurgiens actifs, c'est-à-dire 0,8 chirurgien de plus qu'à l'heure actuelle. En outre, il est possible qu'un chirurgien cardiaque prenne sa retraite au cours de cette période; ainsi, **au cours de la période de 2003-2013, la province pourrait avoir besoin de deux chirurgiens cardiaques**, selon le moment de la retraite d'un chirurgien.

#### 6.4.4.2 Chirurgie générale

##### Formation

Le programme de chirurgie générale au Nouveau-Brunswick est considéré comme étant un programme de clinique essentiel dans les hôpitaux et comme tel il est offert dans tous les hôpitaux régionaux de la province.

Les 16 facultés de médecine universitaires offrent un programme de résidence visant cette spécialité, d'une durée de 5 ans. Les données du CAPER (Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique) relativement à l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, à l'échelle nationale, 471 résidents (154 femmes et 317 hommes) se sont engagés dans ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées dans le tableau suivant :

Tableau 170 – Chirurgie générale

2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
101	68	92	90	103	17	471

La chirurgie colorectale, la chirurgie des soins intensifs, ainsi que la chirurgie oncologique et pédiatrique générale constituent des sous-spécialités de la chirurgie générale. Il y a habituellement deux années supplémentaires de formation pour ces sous-spécialités, mais, dans certains cas, une année peut être suivie simultanément avec la résidence en chirurgie générale. Ces programmes de résidence ne sont offerts que par quelques facultés de médecine au Canada, en raison de la nature de l'expérience clinique exigée. Depuis 1990, à l'échelle du pays, il y a eu en moyenne un à deux finissants par année, pour chacune des sous-spécialités. Le tableau suivant, à l'aide des données de 2002-2003 du CAPER, précise quand les résidents inscrits à ces programmes d'études devraient terminer leurs programmes :

Tableau 171 – Sous-spécialités de la chirurgie générale

Sous-spécialité/Année	2003	2004	TOTAL
Chirurgie colorectale	1	-	1 (homme)
Chirurgie des soins intensifs	4	-	3 (hommes)
Chirurgie oncologique générale	4	1	5 (2 femmes, 3 hommes)
Chirurgie pédiatrique générale	5	1	6 (3 femmes, 3 hommes)

---

Six résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de chirurgie générale à la Dalhousie University et la fin de leurs études est prévue en 2005 (1), 2006, (1), 2007 (2) et 2008 (2).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 724 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en chirurgie générale. Le nombre annuel de sortants s'élève à une moyenne de 56 pour cette période de 13 ans, d'un minimum de 46 à un maximum de 73. En moyenne, le nombre de diplômés au cours des cinq prochaines années (2003 et 2007) est prévu augmenter de 62 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins de la province compte 41 chirurgiens généralistes, dont 38 (93 %) sont des hommes et trois sont des femmes. La répartition des chirurgiens généralistes par région sanitaire est la suivante :

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	EP*	Total
10 (24%)	8 (20%)	9 (22%)	3 (7%)	3 (7%)	5 (12%)	2 (5%)	1 (2%)	41 (100%)
<i>*EP = extérieur de la province</i>								

La moyenne d'âge du groupe est de 49 ans pour les hommes, de 37 ans pour les femmes et la moyenne d'âge du groupe intégral est de 48 ans. Du point de vue de la planification, un intérêt particulier se présente, indiquant que 17 des 41 chirurgiens (41 %) sont âgés de plus de 50 ans et par conséquent font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans. D'ailleurs, cinq chirurgiens sont déjà âgés de plus de 65 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de chirurgie générale au cours de cette période.

- Diminution du nombre actuel et du nombre réel des chirurgiens généralistes.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian chirurgiens généralistes.
- Détérioration des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux chirurgiens généralistes au cours de la période.

**Tableau 172 – Chirurgie générale – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	60	36	40	46.6	44.2
2001/2	69	33	36	47.6	45.2
2002/3	56	31	34	48.6	46.1

Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien actif
2000/1	229,236	41.7	17,402
2001/2	286,220	38.8	18,728
2002/3	330,067	35.5	20,423

Les données historiques sur l'Assurance-maladie présentent des faits intéressants : des chirurgiens généralistes figurant dans la base de données, 42 étaient « inactifs » (c.-à-d. moins de 50 000 \$ en facturation de base), quatre n'exercent plus, un chirurgien a entamé une pratique active et 32 étaient « actifs » les deux années. On présume qu'il y a cinq médecins salariés.

Il est intéressant de noter que les médecins qui ont entamé une pratique active étaient âgés de 31 à 35 ans, tandis que ceux qui n'exercent plus sont à l'âge de retraite, à la mi-carrière et plus jeunes (on présume que ces derniers quittent la province). Ceux qui demeurent à l'état inactif comptent une combinaison d'hommes et de femmes sous l'âge de 40 ans, ainsi que des hommes chirurgiens plus âgés.

Par conséquent, il y a eu une baisse nette du nombre de chirurgiens généralistes actifs au cours des trois dernières années. La facturation totale parmi les médecins actifs demeure inchangée; la moyenne des factures augmente de façon proportionnelle aux hausses des tarifs facturés et de la charge de travail.

Il est évident qu'il existe un grand nombre de chirurgiens identifiés en tant de chirurgiens généralistes dans les bases de données des hôpitaux ou sur les factures de l'Assurance-maladie qui affichent des niveaux d'activité clinique faibles dans les deux cas.

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- Il est prévu que la population de chirurgiens généralistes augmentera de 28 % (de 40 à 51) au cours de la période de 2003 à 2013, selon les estimations suivantes :
  - 2 nouveaux venus aux études médicales postdoctorales par année;
  - 1 retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de chirurgiennes généralistes devrait considérablement augmenter au cours de la période de prévision, passant de 8 % (pourcentage actuel) à 19 % en 2013.

- Selon les prévisions, le pourcentage de chirurgiens généralistes âgés de plus de 55 ans devrait diminuer considérablement au cours de la période de prévision, passant de 35 % (pourcentage actuel) à 20 % en 2013.

Le tableau suivant illustre la prévision du nombre de chirurgiens généralistes de 2003 à 2013 :

**Tableau 173 – Prévision du nombre de chirurgiens généralistes de 2003 à 2013**

<b>Chirurgie générale</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>40</b>	<b>8%</b>	<b>35%</b>
2003	41	9%	32%
2004	42	10%	30%
2005	44	11%	30%
2006	45	12%	30%
2007	46	13%	28%
2008	47	14%	25%
2009	48	15%	25%
2010	48	16%	26%
2011	50	17%	24%
2012	51	18%	22%
2013	51	19%	20%

### **Analyse et prévision de la demande<sup>54</sup>**

De nombreux rapports ont été publiés relativement à la planification de la main-d'œuvre de chirurgie générale. On fait référence à ces rapports pour compléter la méthodologie de planification de la demande en chirurgie générale décrite dans la présente section.<sup>55</sup>

<sup>54</sup> La méthode détaillée relative à la chirurgie générale figure à l'annexe I.

<sup>55</sup>

1. N. Roos, C. Black, J. Wade et K. Decker. *How Many General Surgeons Do You Need in Rural Areas? Three Approaches to Physician Resource Planning in Southern Manitoba*. JAMC, 1996, volume 155, p. 395-401. 395-401.
2. Rapport *Expert Panel on Health Professional Human Resources*, Ontario 2000.
3. F. Kwakwa et O. Jonasson, *The General Surgery Workforce*, American Journal of Surgery, 1997, volume 173, p. 59-64. 59-64.
4. L'Association canadienne des chirurgiens généraux, *Mémoire présenté à la Commission Romanow*, 2002.



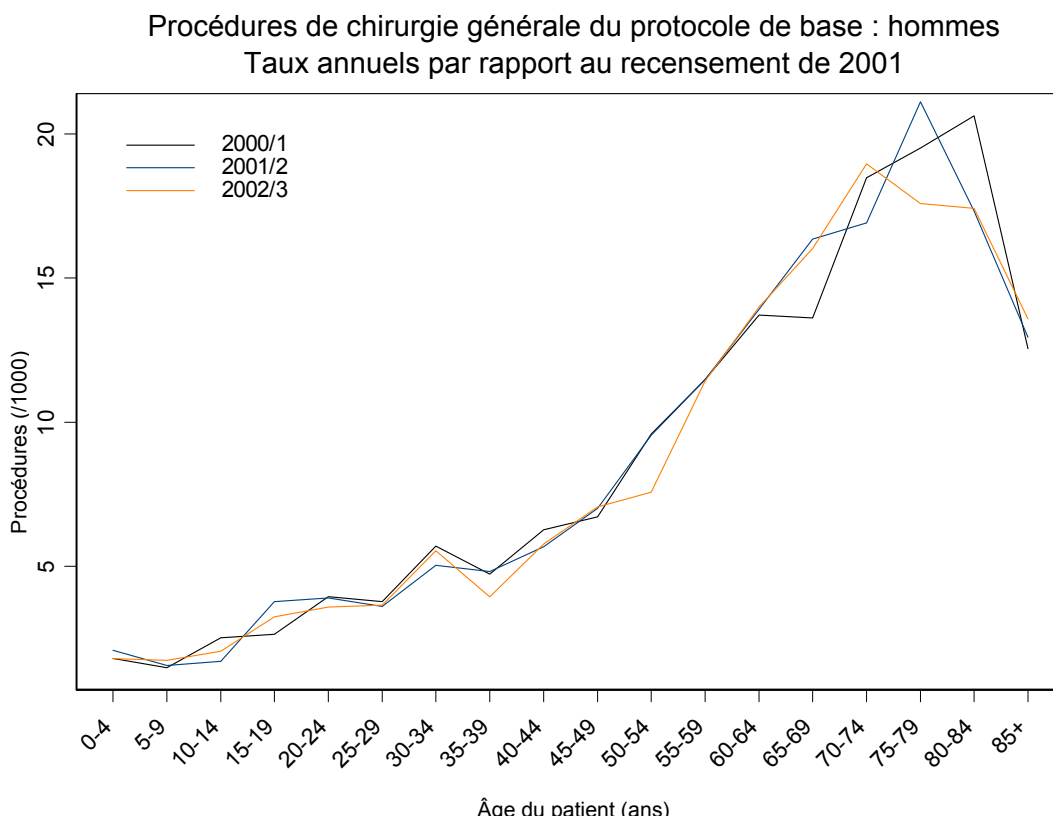
---

Étant donné la baisse apparente du nombre de chirurgiens généralistes au cours des trois dernières années, comme il a déjà été mentionné, il faut déterminer si, au cours de cette période, la population a reçu moins de ces services, qui relèvent principalement de la chirurgie générale. Un certain nombre de procédures ont été classées comme des procédures « sentinelles » en ce qui a trait à la chirurgie générale : Les taux sont les suivants :

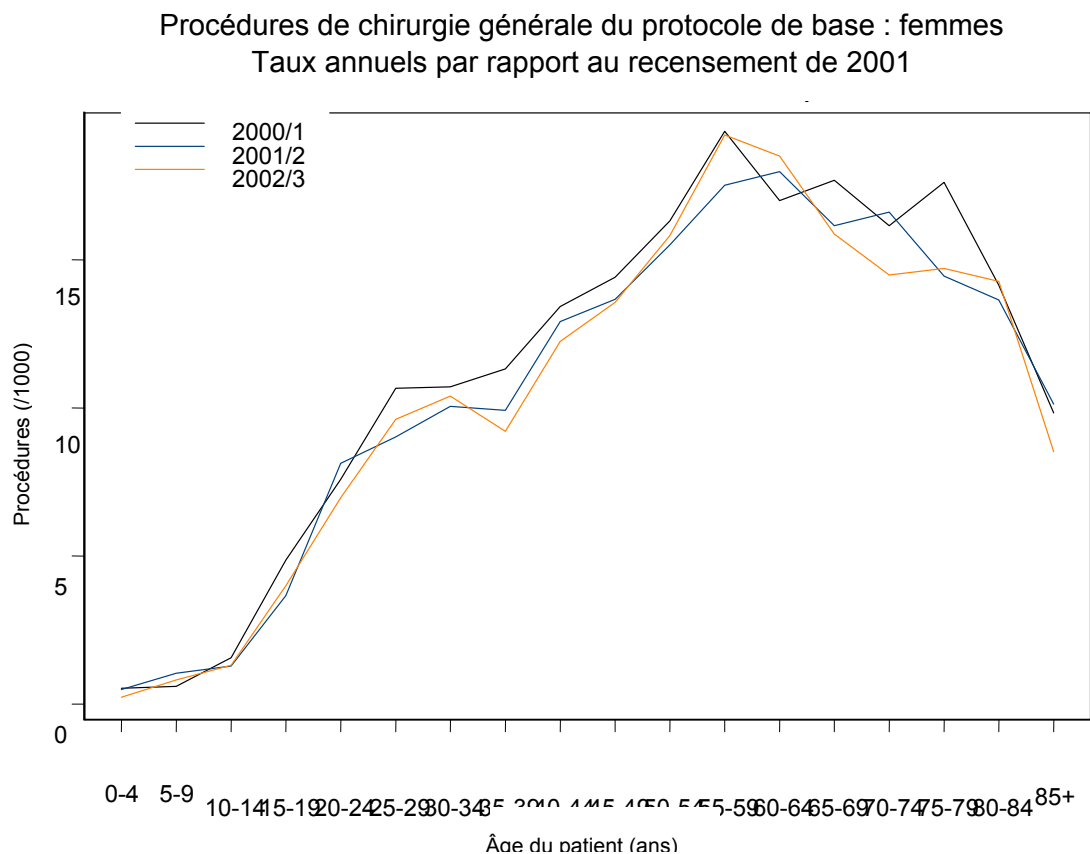
- Procédures intestinales majeures (p. ex. colectomie)
- Procédures majeures relatives au cancer du sein (p. ex. mastectomie)
- Cholécystectomie
- Réparation d'une hernie inguinale

Un problème lié à l'estimation des tendances des taux de ces procédures découle de la transformation remarquable de la structure de la population néo-brunswickoise au cours de la dernière décennie. Ainsi, les taux des procédures ont été analysés pour la population de chaque exercice financier disponible, puis rajustés pour les transformations estimées de la population du Nouveau-Brunswick, afin de définir la tendance relative à la prestation de ces procédures de base en chirurgie générale par les chirurgiens généralistes avec le temps. Les données des hôpitaux et de la facturation de l'Assurance-maladie ont confirmé ces résultats, qui sont illustrés dans les figures suivantes.

**Figure 35 – Taux annuels de procédures de base de chirurgie générale pour les hommes (selon les données de l'Assurance-maladie)**



**Figure 36 – Taux annuels de procédures de base de chirurgie générale pour les femmes (selon les données de l'Assurance-maladie)**



Ces figures témoignent d'une baisse par personne de la prestation de procédures de base en chirurgie générale aux Néo-Brunswickois au cours des trois à six dernières années. Aux fins de comparaison, les rapports chirurgien généraliste-population sont de 1:17,241 dans l'ensemble du Canada (2000), 1:17,012 en Australie (1996) et 1:14,084 aux États-Unis (1996). Il faut examiner ces points de repère en tenant compte de la mise en garde qu'une variation importante peut résulter des différences en méthodologies utilisées pour déterminer les mesures et les seuils d'activité clinique.

En raison d'une baisse dans le nombre de chirurgiens généralistes actifs au Nouveau-Brunswick au cours des trois dernières années, il semble avoir une baisse correspondante dans le taux par personne de la prestation de services d'un certain nombre de procédures de base en chirurgie générale (après le rajustement de la transformation de la population). De plus, le rapport population-chirurgien généraliste, qui est plus ou moins égal au taux repère du Canada en 2000-2001, a connu une hausse significative au cours des deux années suivantes.

Ces analyses semblent indiquer que le nombre de chirurgiens généralistes actifs au Nouveau-Brunswick devraient être remontés aux niveaux de 2000-2001, qui correspondaient avec les rapports repères du Canada. Les données sur l'offre semblent indiquer que le système se trouve au niveau de 2000-2001 pour ce qui est des chirurgiens généralistes actifs, en mars et avril 2003, mais les postes vacants actuels montrent que lors d'un aperçu en date du 30 avril 2003, vingt postes ne sont toujours pas comblés à l'échelle de la province.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, une croissance de plus de 15,73 % est prévue relativement à la demande de chirurgie générale à partir de 2003 jusqu'à 2013, ce qui équivaut à une augmentation de 41,7 à l'heure actuelle jusqu'à 48,3 avant l'an 2013 relativement aux exigences réelles visant le nombre de chirurgiens généralistes.

**Tableau 174 – Croissance de la demande de services de chirurgie générale (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie générale		1.47%	2.89%	4.32%	5.71%	7.15%	8.63%	10.07%	11.51%	12.92%	14.36%	15.73%
	41.7	42.3	42.9	43.5	44.1	44.7	45.3	45.9	46.5	47.1	47.7	48.3

### Analyse de l'écart

Comme il a déjà été mentionné, il est recommandé de remonter le nombre de médecins dans cette spécialité aux taux de la prestation de services par personne de 2000-2001, conformément aux rapports repères du Canada. Par conséquent, il faudrait faire passer les 35,5 chirurgiens actifs selon les niveaux de 2002-2003 à 41,7 chirurgiens actifs, ce qui laisse un besoin immédiat de 6,2 chirurgiens généralistes actifs. De plus, une croissance de 15,7 % est prévue, ce qui représente un besoin de 48,3 chirurgiens actifs d'ici à 2013 ou de 6,6 chirurgiens de plus que les niveaux recommandés pour 2003 (41,7). Pour cette raison, la province aurait besoin d'embaucher 12,8 chirurgiens généralistes actifs supplémentaires au cours de la période de prévision de dix ans.

Il semble toutefois y avoir une très grande variabilité relativement aux niveaux d'activité des chirurgiens généralistes, ce qui crée un profil de demande qui ne correspond pas au tableau de l'offre actuelle. Ce phénomène rend difficile l'interprétation des estimés de l'offre réelle au cours des dix prochaines années. Toutefois, au point de vue de la planification, il est important de noter que 17 des 41 chirurgiens actifs sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de cette période, **ce qui représente une demande totale potentielle de plus de 30 chirurgiens généralistes d'ici à 2013**, en fonction du nombre réel de retraites et le moment choisi du départ à la retraite, une planification active de la succession s'avère justifiée dans cette spécialité. De plus, en fonction des résultats du sondages, un médecin de la tranche d'âge de 30 à 40 ans prévoit réduire sa pratique d'au moins 50 % durant un an ou moins au cours des cinq prochaines années, et trois praticiens de cette tranche d'âge ont également indiqué qu'ils prévoient réduire leur pratique définitivement d'au moins 25 %. De plus, deux médecins dans la tranche d'âge de 40 à 55 ans songent à réduire de façon permanente leur pratique d'au moins 25 % et 50 %, respectivement, au cours des cinq prochaines années.

Les 20 postes vacants actuels en chirurgie générale nécessite une discussion plus poussée, étant donné qu'elles ne sont pas conformes aux exigences des rapports repères du Canada.

---

### 6.4.4.3 Neurochirurgie

#### Formation

Ce programme de résidence de six ans est offert dans toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception des universités suivantes : la Queens University et la Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 96 résidents (20 femmes et 76 hommes) poursuivent leurs études dans cette spécialité, et les dates prévues de fin d'études sont les suivantes :

Tableau 175 – Neurochirurgie

2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
23	16	14	15	12	16	96

Aucun résident du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme de spécialité.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 165 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en neurochirurgie. Le nombre annuel de diplômés s'élève à une moyenne de 13 pour cette période de 13 ans, passant d'un minimum de huit à un maximum de 16. En moyenne, le nombre de diplômés au cours des six prochaines années est prévu augmenter de 23 % en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Ce nombre est principalement attribuable à un nombre de diplômés plus élevé que prévu soit 23 diplômés pour 2003.

#### Analyse de l'effectif actuel

Tel qu'il est indiqué dans la base de données des médecins, la province compte cinq neurochirurgiens actifs, tous des hommes. Ils sont répartis par région sanitaire comme suit : trois (60 %) pratiquent dans la région 2 et deux (40 %) pratiquent dans la région 1.

La moyenne d'âge de ce groupe est de 45 ans, et deux (40 %) neurochirurgiens de ce groupe sont âgés de plus de 50 ans. Ceci entraîne donc une difficulté au niveau de la planification puisqu'ils pourraient éventuellement prendre leur retraite au cours de la période de prévision de 10 ans.
--

#### Analyse et prévision de la demande

Au Nouveau-Brunswick, la neurochirurgie est structurée en deux programmes semblables relativement petits offerts dans deux emplacements soit les régions 1SE et 2. Les neurochirurgiens possèdent une faible moyenne de PVR élevées pour les GMA (centralisé seulement), plus particulièrement les craniotomies, les blessures intra-crâniennes et les interventions traumatologiques, notamment la trachéotomie et la gastrostomie qui découlent généralement de problèmes de déglutition et d'alimentation de patients atteints d'une lésion cérébrale ou d'autres cas nécessitant un séjour prolongé.

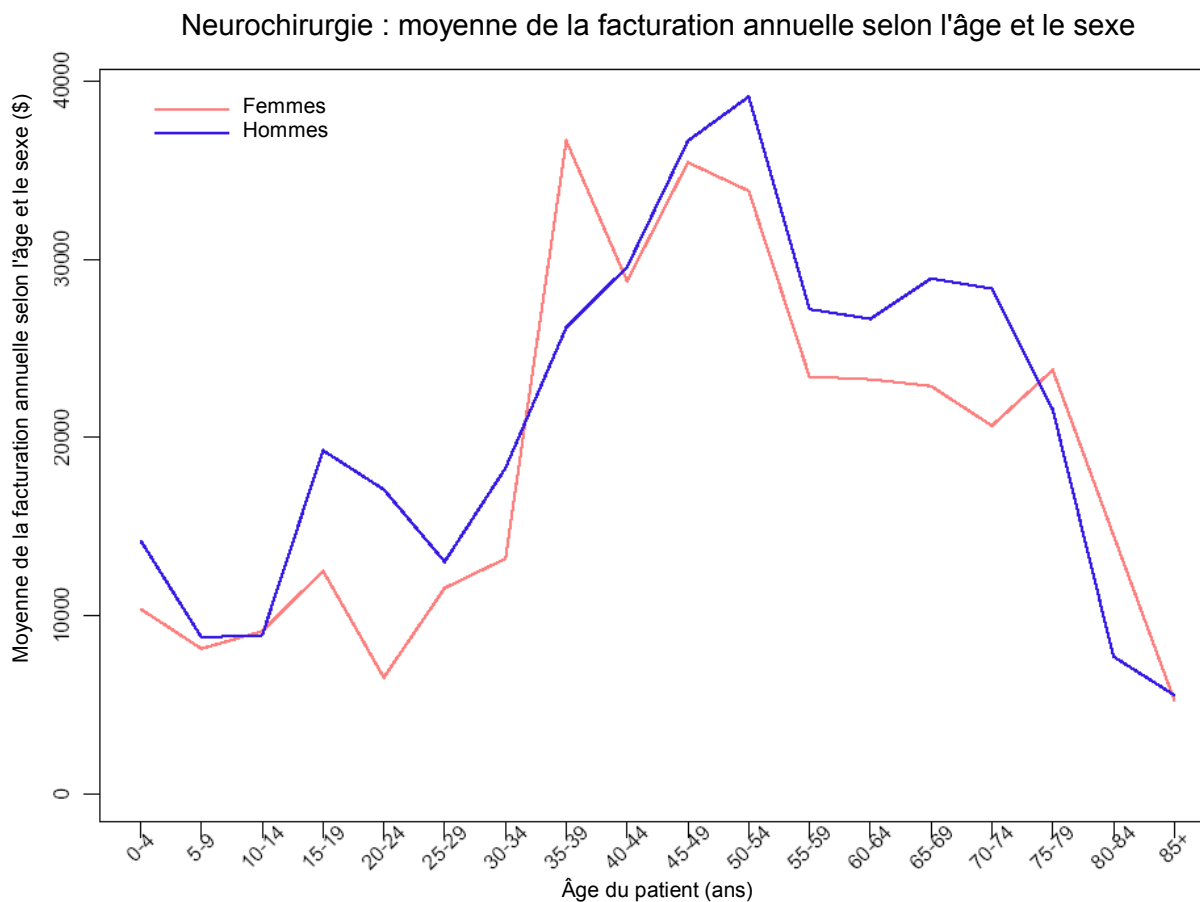
---

En ce qui a trait à la neurochirurgie, les tendances de déplacement des patients indiquent que les patients sont principalement traités dans les régions 1SE et 2. Il y a une différence considérablement importante entre les régions en matière de services en neurochirurgie. La région 4 a une utilisation de ces services considérablement inférieure à la moyenne alors que la région 7 a une utilisation élevée. En ce qui a trait à la neurochirurgie, bien qu'il existe certaines variations au niveau du service par région qui ne sont pas expliquées d'emblée, celles-ci ne semblent pas être des variations d'utilisation découlant de l'offre.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation des services de neurochirurgie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Les services offerts par les neurochirurgiens sont utilisés par tous les groupes d'âge. La plupart des services sont utilisés après l'âge de 35 ans et avant l'âge de 60 ans.
- Jusqu'à l'âge de 30 ans, les hommes ont davantage recours à la neurochirurgie que les femmes. Toutefois, ce sont les femmes de 30 ans à 40 ans qui utilisent le plus ces services (l'utilisation des femmes atteignant son sommet dans la tranche d'âge de 35 à 39 ans).
- L'utilisation de ces services par les hommes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 50 à 54 ans.

**Figure 37 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la neurochirurgie selon l'âge et le sexe de la population**



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la neurochirurgie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de neurochirurgie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des 10 prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services de neurochirurgie est de 10 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière de neurochirurgiens de cinq, à l'heure actuelle, à 5,5 en 2013.

**Tableau 176 – Croissance de la demande de services de neurochirurgie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Neurochirurgie	5.0	0.80%	1.55%	2.34%	3.18%	4.26%	5.32%	6.36%	7.36%	8.37%	9.34%	10.29%
		5.0	5.1	5.1	5.2	5.2	5.3	5.3	5.4	5.4	5.5	5.5

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de neurochirurgie indique une pénurie de 0,6 poste à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

En tenant compte de la pénurie actuelle de postes (0,6 neurochirurgiens), de la retraite éventuelle de deux neurochirurgiens au cours de la période de prévision de 10 ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des médecins actifs), et, étant donné que la croissance de la demande créera un besoin de 5,5 neurochirurgiens d'ici l'an 2013, **il pourrait y avoir un besoin d'au plus trois neurochirurgiens additionnels au cours de cette période de prévision de 10 ans**, en fonction des dates auxquelles les deux neurochirurgiens âgés de plus de 50 ans prendront leur retraite. En outre, au sein de ce petit groupe de pratique, un neurochirurgien appartenant à la tranche d'âge de 30 à 40 ans compte réduire sa pratique d'au moins 50 % de façon permanente au cours des cinq prochaines années; par conséquent, une planification active de la relève s'avère nécessaire dans cette spécialité.

#### **6.4.4.4 Obstétrique et gynécologie**

### **Formation**

Un programme de résidence de cinq ans dans cette spécialité est offerte dans toutes les facultés de médecine universitaires du pays. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 307 résidents (225 femmes et 82 hommes) à l'échelle nationale, sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 177 – Obstétrique et gynécologie**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
64	54	58	63	68	<b>307</b>

Les domaines de sous-spécialité en obstétrique et en gynécologie sont les suivants : oncologie gynécologique, endocrinologie gynécologique de la reproduction/infertilité et médecine maternelle et fœtale. Ces sous-spécialités sont offertes dans plusieurs facultés de médecine universitaires dans l'ensemble du pays. Depuis 1990, il y a en moyenne de un à trois diplômés par année dans ces programmes de sous-spécialités dans l'ensemble du pays.

Le tableau suivant précise, selon les données de 2002-2003 du CAPER, l'année à laquelle les résidents inscrits à ces programmes d'études devraient terminer leurs études :

**Tableau 178 – Sous-spécialités en obstétrique et en gynécologie**

<b>Sous-spécialité/Année</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>Total</b>
Oncologie gynécologique	3	4	<b>7 (femmes)</b>
Endocrinologie gynécologique de la reproduction/infertilité	5		<b>5 (4 femmes, 1 homme)</b>
Médecine maternelle et fœtale	8	3	<b>11 (femmes)</b>



---

Trois résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits aux programmes d'obstétrique et de gynécologie à la Dalhousie University, et la fin de leurs études est prévue en 2003 (1), 2005, (1) et 2006 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 692 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en obstétrique et en gynécologie. Le nombre annuel moyen de diplômés s'élève à 53 pour cette période de 13 ans, avec un minimum de 42 et un maximum de 65. Le nombre de diplômés au cours des cinq prochaines années devrait être de 16 % supérieur en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins de la province compte 38 obstétriciens et gynécologues actifs, dont 30 (79 %) sont des hommes et huit sont des femmes. La répartition des obstétriciens et des gynécologues par région sanitaire est la suivante :

**Tableau 179 – Répartition des obstétriciens et des gynécologues par région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Total
9 (24%)	10 (26%)	8 (21%)	3 (8%)	1 (3%)	4 (11%)	3 (8%)	38 (100%)

La moyenne d'âge de ce groupe est de 54 ans pour les hommes, de 38 ans pour les femmes et de 50 ans pour l'ensemble du groupe.

Du point de vue de la planification, il est bon de noter que 19 des 38 obstétriciens et gynécologues (50 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans. De plus, les planifications relatives aux congés temporaires en raison de maternité doivent tenir compte du fait que sept des huit femmes du groupe sont des femmes âgées de moins de 40 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe d'obstétrique et de gynécologie au cours de cette période.

- Légère diminution du nombre d'obstétriciens et de gynécologues actifs et du nombre réel d'obstétriciens et de gynécologues.
- Diminution de la moyenne d'âge des obstétriciens et des gynécologues.
- Diminution des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux obstétriciens et aux gynécologues au cours de la période.

**Tableau 180 – Obstétrique et gynécologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens
2000/1	53	36	49.8	49.7
2001/2	56	33	49.4	48.5
2002/3	58	35	48.5	48.3

Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien actif
2000/1	218,418	36.5	19,909.00
2001/2	260,460	33.7	21,528.00
2002/3	248,186	35.6	20,402.00

Tel que susmentionné, le nombre d'obstétriciens et de gynécologues pratiquant au Nouveau-Brunswick est demeuré relativement stable au cours des trois dernières années puisque les médecins qui abandonnent leur pratique active sont remplacés en grande partie par des médecins ayant dans l'ensemble des niveaux d'activité clinique relativement bas, mais qui connaissent une augmentation de leur charge de travail relativement à l'obstétrique. En outre, la répartition démographique de ces médecins qui deviennent de plus en plus actifs laisse supposer que dans l'ensemble leur activité clinique augmentera au cours de la prochaine décennie.

Cependant, une analyse approfondie effectuée à partir de données liées à la facturation et à l'obstétrique semble indiquer une stabilité de l'effectif puisque la pratique clinique d'un nombre relativement élevé de médecins se concentre principalement sur l'offre de soins obstétriques.

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- Il est prévu que l'effectif en obstétrique et en gynécologie demeurera plus ou moins stable (de 38 à 39 médecins) de 2003 à 2013, selon les estimations suivantes :
  - un nouveau venu aux études médicales postdoctorales par année;
  - une retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de femmes spécialistes en obstétrique et en gynécologie devrait augmenter de façon constante au cours de la période de prévision, passant de 21 % (pourcentage actuel) à 30 % en 2013.
- Selon les prévisions, le pourcentage d'obstétriciens et de gynécologues âgés de plus de 55 ans devrait diminuer considérablement au cours de la période de prévision, passant de 42 % (pourcentage actuel) à 33 % en 2013.

Le tableau suivant illustre la prévision de l'offre en matière d'obstétrique et de gynécologie de 2003 à 2013 :

**Tableau 181 – Prévision de l'offre en matière d'obstétrique et de gynécologie de 2003 à 2013**

<b>Obstétrique et gynécologie</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>38</b>	<b>21%</b>	<b>42%</b>
2003	38	22%	40%
2004	38	22%	37%
2005	39	23%	37%
2006	39	24%	37%
2007	39	25%	36%
2008	38	25%	36%
2009	38	26%	35%
2010	38	27%	37%
2011	38	28%	36%
2012	39	29%	34%
2013	39	30%	33%

### **Analyse et prévision de la demande<sup>56</sup>**

Le programme d'obstétrique et de gynécologie au Nouveau-Brunswick est considéré comme étant un programme de clinique essentiel dans les hôpitaux et, à ce titre, il est offert dans tous les hôpitaux régionaux de la province.

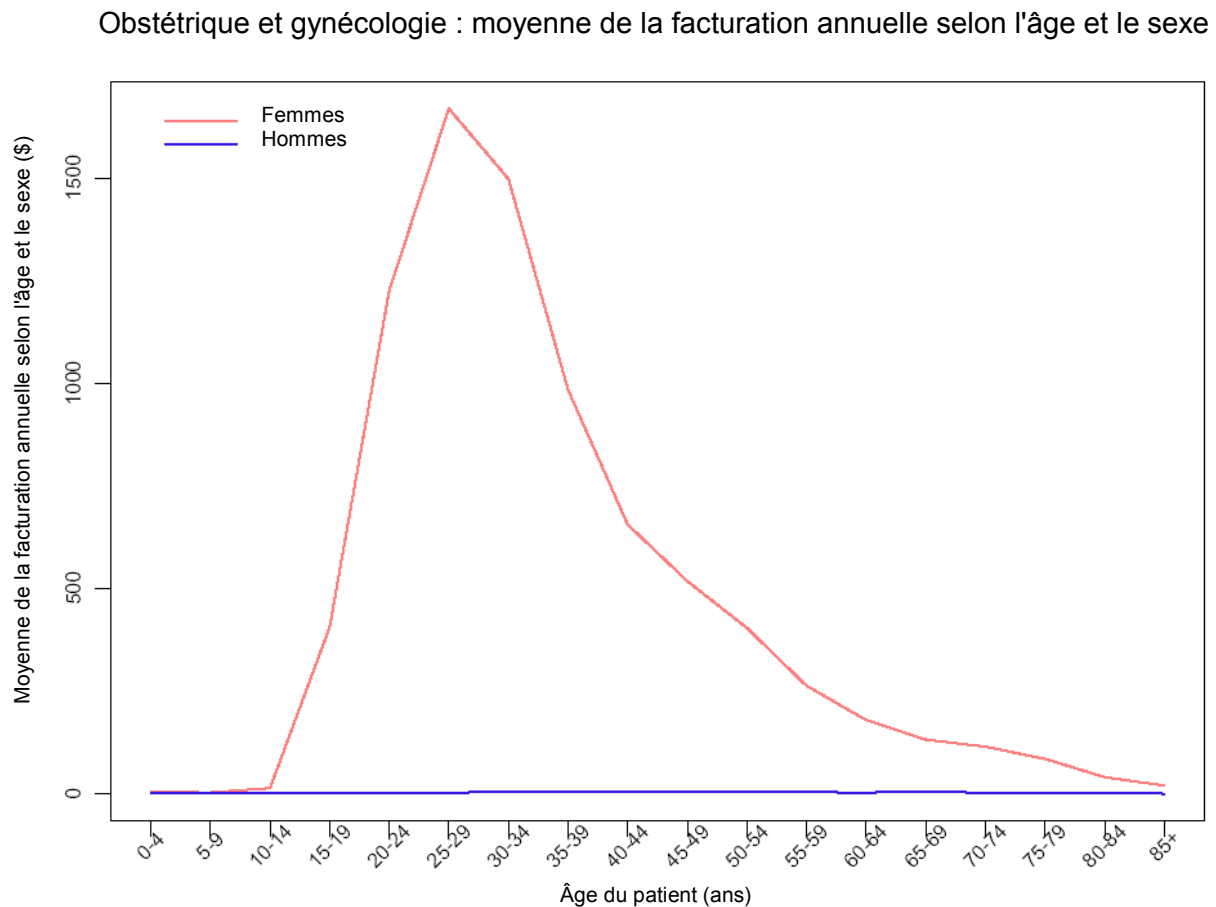
Les services d'obstétrique offerts au Nouveau-Brunswick comprennent l'ensemble des soins prodigués au cours de la période prénatale, périnatale et postnatale; une gamme de risque allant de l'obstétrique à faible risque aux soins des nouveau-nés de grossesses à risque élevé, et la capacité à réagir dans des situations émergentes et urgentes qui évoluent rapidement. L'obstétrique est un service principalement régional; les accouchements sont le type clé du GMA de ce programme. On retrouve pratiquement tous les spécialistes du programme dans des hôpitaux régionaux. Généralement, les services d'obstétrique sont prodigués au sein des régions. Bien qu'il existe un écart interprovincial important au niveau de la prestation de services d'obstétrique, les régions n'ont aucun contrôle sur le taux de natalité.

<sup>56</sup> Méthode d'analyse de la demande supplémentaire présentée à l'annexe J.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services d'obstétrique et de gynécologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Comme on pouvait le prévoir, la majorité des services sont utilisés par des femmes âgées entre 20 et 40 ans.
- L'utilisation de ces services par les femmes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 25 à 29 ans et accuse une forte chute pour les groupes d'âge subséquents.

**Figure 38 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'obstétrique et à la gynécologie selon l'âge et le sexe de la population**



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant l'obstétrique et la gynécologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services d'obstétrique et de gynécologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des 10 prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services d'obstétrique et de gynécologie est très légère (3 %) pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une certaine stabilité des besoins réels en matière d'obstétriciens et de gynécologues soit de 34 à 36 spécialistes entre 2003 et 2013.

Malgré le taux de croissance négatif et en raison de la transition démographique qui aura lieu au cours des 10 prochaines années, il y aura peut-être un changement prévisible au niveau de la répartition des services de base de cette spécialité : les patientes auront besoin plus fréquemment des services de gynécologie que ceux d'obstétrique. Il est donc possible que le taux de croissance négatif illustré ci-dessous ne soit pas une prévision réaliste de la demande.

**Tableau 182 – Croissance de la demande de services d'obstétrique et de gynécologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Obstétrique et gynécologie		-0.06%	-0.09%	-0.17%	-0.41%	-0.71%	-0.96%	-1.21%	-1.57%	-2.03%	-2.56%	-3.15%
	35.6	35.6	35.6	35.5	35.5	35.3	35.3	35.2	35.0	34.9	34.7	34.5

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie indique un excédent de 6,2 postes à l'échelle provinciale.

#### Analyse de l'écart

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel comprend 38 obstétriciens et gynécologues, et qu'il demeurera plus ou moins stable (il passera seulement à 39 spécialistes en 2013). Selon l'accroissement de la demande et l'explication du paragraphe précédent, on prévoit que la demande pour ce groupe demeurera relativement stable jusqu'à 2013. **On ne prévoit donc aucune pénurie dans ce groupe au cours de la période de prévision.** Il est important de noter que, malgré les 6,2 postes excédentaires, il y a eu une diminution au niveau de la proportion des services au cours des trois dernières années (d'après l'historique de l'Assurance-maladie), ce qui laisse supposer une variation du niveau d'activité au sein de la spécialité.

Fait intéressant cependant, d'après les réponses du sondage, un médecin appartenant à la tranche des 30 à 40 ans a indiqué qu'il prévoyait réduire sa pratique d'au moins 25 %, et ce, de façon permanente. Également, deux médecins de la tranche de 40 à 55 ans prévoient réduire leurs activités de 25 % de façon permanente.

#### 6.4.4.5 Ophtalmologie

##### Formation

Un programme de résidence d'une période de cinq ans visant cette spécialité est offert à toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de la University of Calgary, la McMaster University, la University of Manitoba et la Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 128 résidents (38 femmes et 90 hommes) à l'échelle nationale, sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 183 – Ophtalmologie**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
26	29	24	27	22	128

Un résident du Nouveau-Brunswick est inscrit au programme d'ophtalmologie à la Dalhousie University et devrait obtenir son diplôme en 2007.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 372 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en ophtalmologie. Le nombre moyen de diplômés se situait à 27 par année au cours de cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 16 à un maximum de 39. Les deux dernières années ont connu un nombre de diplômés inférieur à la moyenne, à savoir 25 et 16 diplômés respectivement. En outre, selon les prévisions, le nombre de diplômés au cours des cinq prochaines années devrait diminuer de 5 % en moyenne par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

La base de données des médecins compte 27 ophtalmologistes actifs, dont 24 hommes (89 %) et trois femmes. La répartition selon la région sanitaire est présentée dans le tableau suivant :

**Tableau 184 – Répartition des ophtalmologistes selon la région sanitaire**

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Total
9 (33%)	6 (22%)	5 (19%)	1 (4%)	2 (7%)	2 (7%)	2 (7%)	41 (100%)

La moyenne d'âge de cette spécialité est de 50 ans pour les hommes, de 39 ans pour les femmes et de 49 ans pour l'ensemble du groupe. Du point de vue de la planification, il est très important de noter que 13 des 27 ophtalmologistes soit près de 50 %, sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de l'ophtalmologie.

- Stabilité relative en matière du nombre d'ophtalmologistes actifs et du nombre réel d'ophtalmologistes.
- Faible augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Stabilité relative de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – population stable par rapport aux ophtalmologistes.

**Tableau 185 – Ophtalmologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	40	25	25	50.1	51.4
2001/2	41	26	26	50.4	52.7
2002/3	37	25	25	49.6	52

Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien actif
2000/1	368,016	25.2	28,821
2001/2	372,018	26.4	27,507
2002/3	450,054	25.3	28,667

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- L'effectif en ophtalmologie devrait diminuer légèrement (de 28 à 26 médecins) entre 2003 et 2013 (consulter le tableau suivant), selon les estimations suivantes :
  - moins d'un nouveau venu aux études médicales postdoctorales par année;
  - moins d'un départ à la retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
  
- Selon les prévisions, le pourcentage total de femmes ophtalmologistes devrait augmenter légèrement au cours de la période de prévision, passant de 11 % à l'heure actuelle à 18 % en 2013.
  
- Selon les prévisions, le pourcentage de l'effectif en ophtalmologie âgé de plus de 55 ans fluctuera au cours de la période de prévision, allant de 36 % actuellement jusqu'à 43 % en 2006 pour ensuite chuter à 34 % d'ici à 2013.

**Tableau 186 – Préviation de l'offre en matière d'ophtalmologie 2003 à 2013**

<b>Ophtalmologie</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>27</b>	<b>11%</b>	<b>33%</b>
2003	27	12%	32%
2004	27	12%	37%
2005	27	13%	39%
2006	27	13%	41%
2007	27	14%	39%
2008	27	15%	37%
2009	27	15%	36%
2010	26	16%	33%
2011	26	17%	34%
2012	26	17%	32%
2013	25	18%	34%

### **Analyse et prévision de la demande**

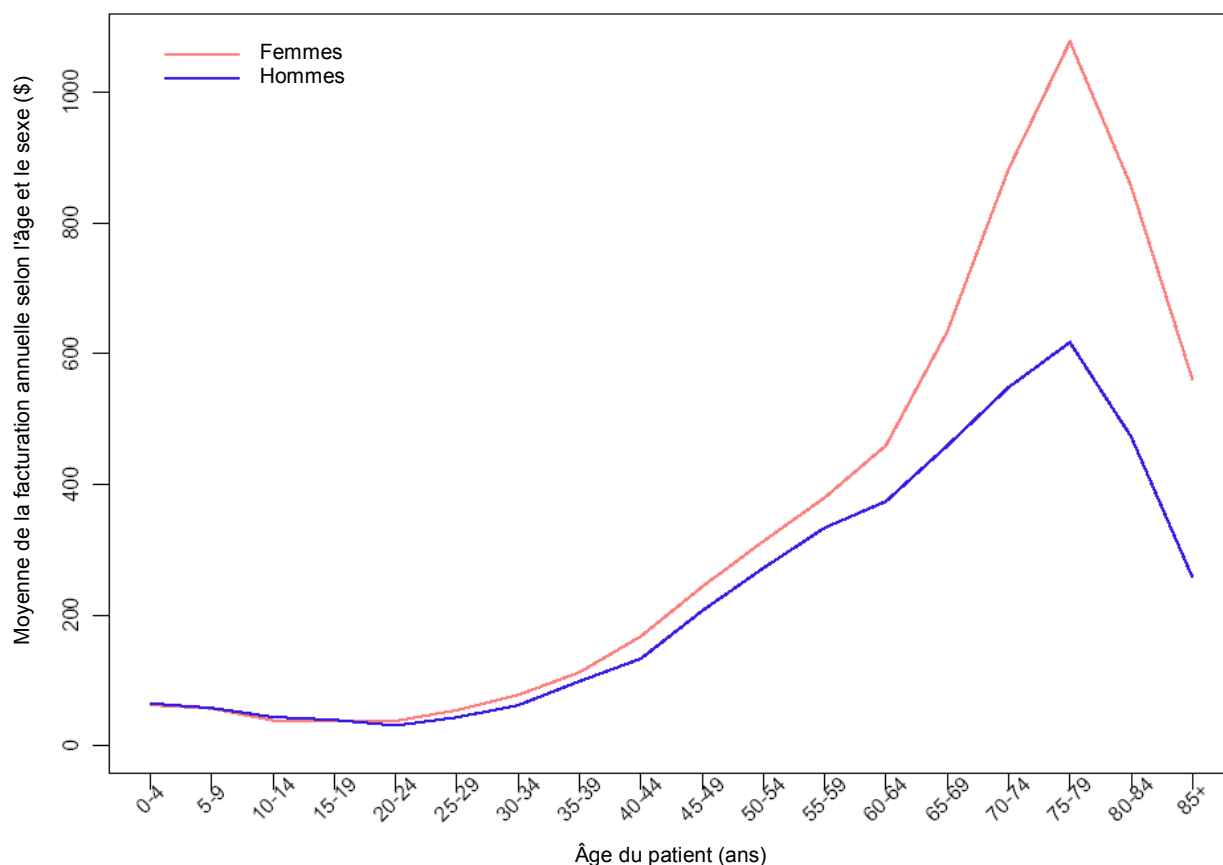
Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services d'ophtalmologie par la population néo-brunswickoise au cours des trois dernières années présente les caractéristiques suivantes :

- Peu de ces services sont utilisés par les deux sexes avant l'âge de 40 ans.
- Après l'âge de 40 ans, l'utilisation de ces services augmente graduellement, l'utilisation par les femmes étant un peu plus marquée que parmi les hommes jusqu'à 60 à 64 ans.
- Le recours à ces services par les femmes augmente fortement après la tranche d'âge de 60 à 64 ans et atteint un sommet à celle de 75 à 79 ans.
- Le recours à ces services par les hommes augmente beaucoup moins fortement après la tranche d'âge de 60 à 64 ans, pour aussi atteindre son sommet à celle de 75 à 79 ans, mais à un niveau beaucoup plus bas que celui des femmes.



**Figure 39 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'ophtalmologie selon l'âge et le sexe de la population**

Ophtalmologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant l'ophtalmologie jusqu'en 2013 en fonction du recours aux services d'ophtalmologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services en ophtalmologie est supérieure à 20 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière d'ophtalmologistes de 27, à l'heure actuelle, à 32,5 en 2013.

**Tableau 187 – Croissance de la demande de services d'ophtalmologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ophtalmologie		1.66%	3.20%	4.73%	6.34%	8.08%	9.90%	11.77%	13.65%	15.65%	17.97%	20.25%
		27.0	27.4	27.9	28.3	28.7	29.2	29.7	30.2	30.7	31.2	31.9

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de l'ophtalmologie indique un excédent de 0,5 poste à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent que la main-d'œuvre actuelle est formée de 27 ophtalmologistes, on prévoit une diminution d'environ 7 % au cours de la période allant de 2003 à 2013 pour atteindre le chiffre de 25 ophtalmologistes en 2013.

Selon une croissance prévue de la demande s'élevant à 20 % au cours de la période de prévision de 10 ans établissant un rapport d'égalité avec la demande de 32,5 ophtalmologistes d'ici à 2013 (5,5 de plus que le niveau actuel) et étant donné la réduction de l'offre au cours de cette période, **il est prévu que cette spécialité connaisse des pénuries au cours d'une grande partie de la période de prévision avec comme point culminant une pénurie de huit ophtalmologistes en 2013 si le problème n'est pas réglé.** Cette situation remet en question l'actuel excédent rapporté de 0,5 poste dans cette spécialité.

De plus, étant donné que 50 % de la main-d'œuvre actuelle est âgée de plus de 50 ans (13 spécialistes) et que les taux de retraite éventuelle (moins de cinq départs à la retraite sont prévus au cours de la période) peuvent ne pas refléter de manière précise la réalité future, les prévisions relatives à la pénurie de postes pour cette spécialité pourraient avoir été sous-évaluées. De plus, les réponses du sondage indiquent, par exemple, qu'au cours des cinq prochaines années, un médecin de la tranche de 30 à 40 ans réduira sa pratique d'au moins 50 % de manière permanente; dans la tranche de 40 à 55 ans, un médecin réduira sa pratique d'au moins 25 % de manière permanente, et un médecin prévoit augmenter sa pratique d'au moins 25 % jusqu'à ce qu'un nouveau spécialiste soit recruté. Ainsi, il est important de surveiller attentivement cette situation et d'atténuer ce risque à l'aide d'une planification adéquate de la relève.

#### **6.4.4.6 Chirurgie orthopédique**

##### **Formation**

Un programme de résidence de cinq ans, au minimum, est requis pour cette spécialité qui est offerte dans toutes les 16 facultés de médecine universitaires. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 270 résidents (40 femmes et 230 hommes) à l'échelle nationale, sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 188 – Chirurgie orthopédique**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
94	42	45	46	43	<b>270</b>

Quatre résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de chirurgie orthopédique à la Dalhousie University et la fin de leurs études est prévue en 2003 (1), 2004, (1), 2005 (1) et 2007 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 639 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en chirurgie orthopédique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 49 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 44 à un maximum de 57. On prévoit qu'au cours des

---

cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 10 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Trente-quatre chirurgiens orthopédistes sont en pratique active au Nouveau-Brunswick, dont 33 hommes (97 %) et une femme. La répartition des chirurgiens orthopédistes par région sanitaire est la suivante :

Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Total
11 (32%)	8 (24%)	8 (24%)	2 (6%)	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)	34 (100%)

La moyenne d'âge de ce groupe est de 48 ans. Du point de vue de la planification, il est bon de noter que 13 des 34 chirurgiens orthopédistes (38 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers intégraux (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de chirurgie orthopédique :

- augmentation du nombre actif et du nombre réel de chirurgiens orthopédistes;
- stabilité relative de l'âge moyen et de l'âge médian;
- amélioration de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – diminution de la population par rapport au nombre de chirurgiens orthopédistes.

Il importe de noter que le nombre actuel de chirurgiens orthopédistes (34) est sensiblement différent des données de l'Assurance-maladie de 2002-2003 du nombre de chirurgiens actifs (31). Cela est probablement attribuable aux données extraites des données de l'Assurance-maladie à différents moments et aux changements dans le personnel pendant ce temps.

**Tableau 189 – Chirurgie orthopédique – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

<b>Année</b>	<b>Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année</b>	<b>Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte</b>	<b>Tous les chirurgiens actifs</b>	<b>Âge moyen des chirurgiens</b>	<b>Âge médian des chirurgiens actifs</b>
2000/1	43	27	27	46,7	43,4
2001/2	46	27	27	47,4	44,4
2002/3	48	31	31	46,2	43,5

<b>Année</b>	<b>Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)</b>	<b>Nombre réel de chirurgiens</b>	<b>Ratio de personnes par rapport à chaque</b>
2000/1	239 420	27,5	26 360
2001/2	264 819	27,7	26 229
2002/3	251 693	31,6	22 946

### Prévision de l'offre

#### Points saillants

- L'effectif en chirurgie orthopédique devrait augmenter d'environ 30 % (de 34 à 44 médecins) entre 2003 et 2013 (consulter le tableau suivant), selon les estimations suivantes :
  - de un à deux nouveaux venus aux études médicales postdoctorales par année;
  - moins de un départ à la retraite par année;
  - impact négligeable de l'immigration, de l'émigration, des diplômés à l'étranger et de la migration interprovinciale.
- Selon les prévisions, le pourcentage de chirurgiennes orthopédistes devrait considérablement augmenter au cours de la période de prévision, passant de 3 % (pourcentage actuel) à 16 % en 2013.
- Selon les prévisions, le pourcentage de chirurgiens orthopédistes âgés de plus de 55 ans devrait diminuer considérablement au cours de la période de prévision, passant de 35 % (pourcentage actuel) à 16 % d'ici à 2013.

**Tableau 190 – Prévion de l'offre en matière de chirurgie orthopédique de 2003 à 2013**

<b>Chirurgie orthopédique</b>			
<b>ANNÉE</b>	<b>Total des médecins</b>	<b>% Femmes</b>	<b>% &gt;55</b>
Effectif minimal Mars 2003	<b>34</b>	<b>3%</b>	<b>35%</b>
2003	35	4%	30%
2004	36	6%	30%
2005	37	7%	30%
2006	38	8%	28%
2007	39	10%	25%
2008	40	11%	23%
2009	41	12%	19%
2010	42	13%	15%
2011	43	14%	13%
2012	43	16%	14%
2013	44	16%	16%

### **Analyse et prévision de la demande**

Le programme de chirurgie orthopédique du Nouveau-Brunswick comprend essentiellement les fractures de la hanche ainsi que les arthroplasties du genou et de la hanche. Les chirurgiens orthopédistes soignent surtout les patients dont ils sont le médecin principal. La plupart des GMA des chirurgiens orthopédistes sont régionaux. Seulement quelques-uns sont décentralisés. La plupart des patients du Nouveau-Brunswick reçoivent les chirurgies orthopédiques dans leur région. Toutefois, il existe des variances considérables dans l'utilisation régionale des services liés aux chirurgies orthopédiques. La région 6 a un taux d'utilisation de 22 % inférieur à la moyenne provinciale alors que la région 3 a un taux d'utilisation de 12 % au-dessus de la moyenne provinciale. Le taux d'utilisation supérieur à la moyenne dans la région 3 est très probablement attribuable au fait qu'un programme important de chirurgie orthopédique est instauré dans cette région. Toutefois, la sous-utilisation des services de chirurgie orthopédique par la population de la région 6 mérite une enquête.

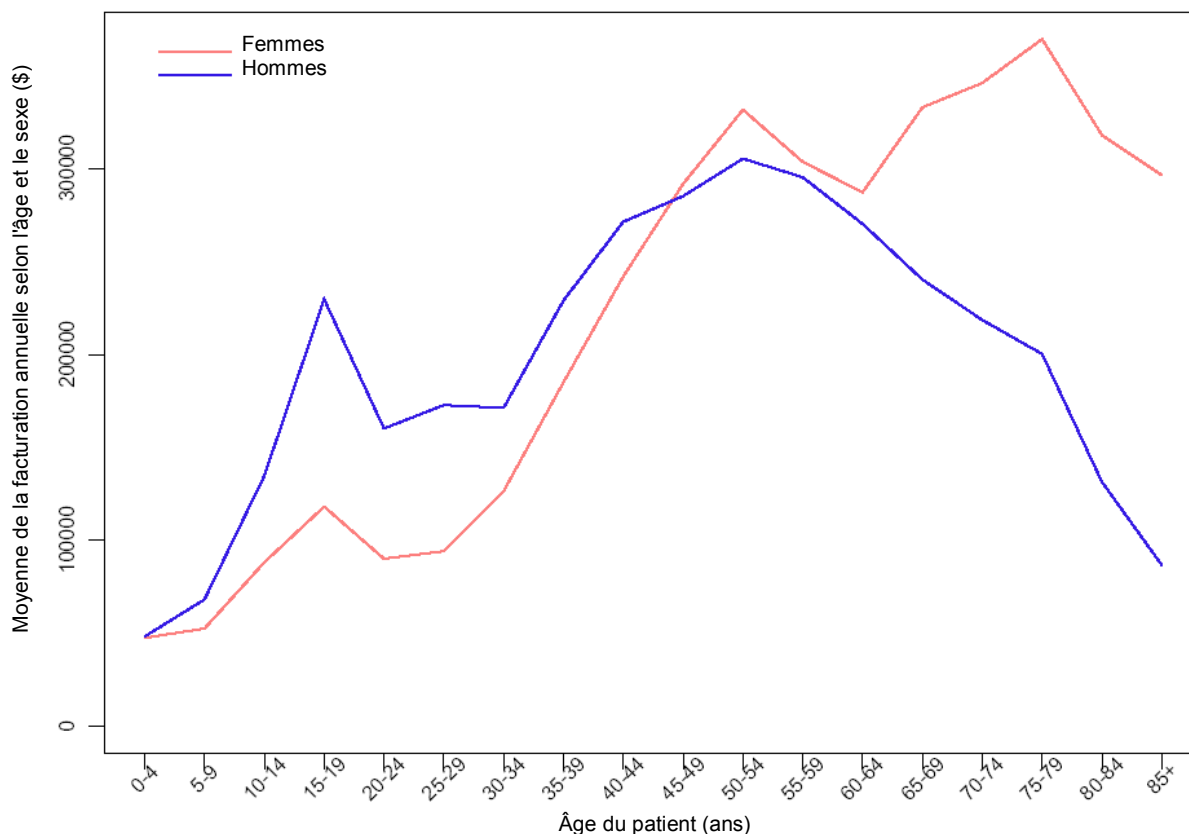
Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation des services de chirurgie orthopédique par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Jusqu'à l'âge de 50 ans, les hommes ont davantage recours à la chirurgie orthopédique que les femmes. Par la suite, la demande est plus forte parmi les femmes que parmi les hommes.

- L'utilisation des services parmi les hommes et les femmes atteint d'abord son sommet pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans, puis pour la tranche d'âge de 50 à 54 ans. De plus, l'utilisation des services parmi les femmes atteint davantage son sommet pour la tranche d'âge de 80 à 84 ans alors que l'utilisation des services parmi les hommes diminue après l'âge de 55 ans.

**Figure 40 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie orthopédique selon l'âge et le sexe de la population**

Chirurgie orthopédique : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la chirurgie orthopédique jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de chirurgie orthopédique tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services en chirurgie orthopédique est supérieure à 13 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière de chirurgiens orthopédiques de 34, à l'heure actuelle, à 38,6 en 2013 (le nombre de chirurgiens orthopédiques actifs est utilisé aux fins de l'estimation du nombre réel).

**Tableau 191 – Croissance de la demande de services de chirurgie orthopédique (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie orthopédique		1.25%	2.44%	3.64%	4.82%	6.07%	7.32%	8.55%	9.77%	10.96%	12.22%	13.41%
	34.0	34.4	34.8	35.2	35.6	36.1	36.5	36.9	37.3	37.7	38.2	38.6

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la chirurgie orthopédique indique une pénurie de 5,3 postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Les données de l'offre actuelle indiquent qu'il y a 34 chirurgiens orthopédiques, nombre qui devrait augmenter de 30 % pour atteindre 44 chirurgiens en 2013. Selon les prévisions, la demande connaîtra une croissance de 13 %, pour ainsi passer de 34 chirurgiens à l'heure actuelle à 38,6 en 2013. Ainsi, **si la pénurie actuelle de 5,3 postes est immédiatement résolue, l'offre pourrait plus que soutenir la demande au cours de la période de prévision de 10 ans et il n'y aurait pas de pénurie de prévues dans cette spécialité**, à moins que le nombre réel de retraite soit supérieur aux sept départs prévus sur les 13 qui sont âgés de plus de 50 ans.

De plus, les résultats du sondage indiquent qu'au sein de la tranche d'âge de 30 à 40 ans, deux médecins songent à réduire de façon permanente leur pratique d'au moins 25 % et un médecin de 100 % pendant un an ou moins.

#### 6.4.4.7 Oto-rhino-laryngologie

### Formation

Ce programme de résidence de cinq ans est offert à toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de la University of Calgary, la University of Saskatchewan, la Queen's University et la Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent, qu'à l'heure actuelle, 111 résidents (31 femmes et 80 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 192 – Oto-rhino-laryngologie**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
29	21	23	20	18	111

Cinq résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits aux programmes d'oto-rhino-laryngologie à la Dalhousie University, et la fin de leurs études est prévue en 2004 (1), 2005, (2), 2006 (1) et 2007 (1).

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 276 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en oto-rhino-laryngologie. Le nombre moyen de diplômés se situait à 21 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 17 à un maximum de 28. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés sera égal à la moyenne de la dernière décennie.

### Analyse de l'effectif actuel

La base de données des médecins de la province compte 15 oto-rhino-laryngologistes, dont 13 (87 %) sont des hommes et deux sont des femmes. La répartition selon la région sanitaire est la suivante : cinq (33 %) pratiquent dans la région 1, quatre (27 %) pratiquent dans la région 2, trois (3) (20 %) dans la région 6 et les régions 3 et 4 en ont un venant de l'extérieur de la province.

La moyenne d'âge du groupe est de 46 ans pour les hommes, de 36 ans pour les femmes et la moyenne d'âge de l'ensemble du groupe est de 45 ans.

Du point de vue de la planification, les préoccupations sont que quatre des 15 oto-rhino-laryngologistes (27 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de l'oto-rhino-laryngologie :

- Baisse du nombre actif et du nombre réel d'oto-rhino-laryngologistes.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Baisse de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux oto-rhino-laryngologistes.

**Tableau 193 – Oto-rhino-laryngologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	26	16	16	43.5	42.4
2001/2	24	16	16	44.4	43.4
2002/3	22	15	15	45.3	43.6

Année	Moyenne de la facturation de base des médecins actifs (\$)	Nombre réel de médecins	Ratio de personnes par rapport à chaque médecin actif
2000/1	257,105	16.1	44,978
2001/2	300,606	16.2	44,786
2002/3	342,940	15.1	47,998



---

## Analyse et prévision de la demande

Le programme d'oto-rhino-laryngologie comprend essentiellement les procédures liées à l'amygdalectomie, à la paracentèse et au nez, en plus des procédures liées à la thyroïde, à la tête et au cou.

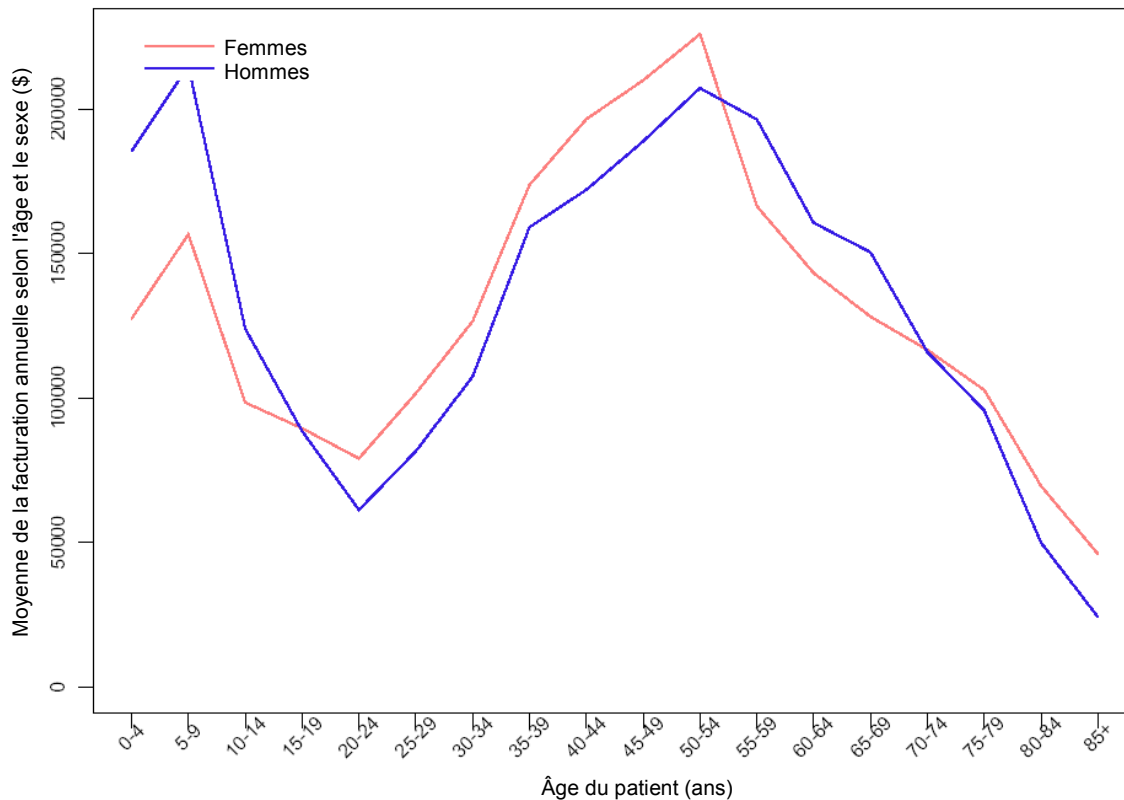
Les chirurgiens actifs dans les hôpitaux sont situés aux bases hospitalières régionales. La seule autre région qui a un taux inférieur important de services est la région 5. Cette situation s'explique par le fait que la plupart des patients des régions 5 et 7 se rendent à l'extérieur de la région pour obtenir un service.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services d'oto-rhino-laryngologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- L'utilisation des services parmi les hommes et les femmes, de toutes les tranches d'âge, se compare.
- Les hommes âgés de moins de 20 ans et ceux de la tranche d'âge de 55 à 70 ans utilisent la majorité des services alors que les femmes utilisent la majorité des services entre 20 et 55 ans.
- L'utilisation des services parmi les hommes et les femmes atteint son sommet pour la tranche d'âge de 50 à 54 ans, puis l'utilisation des services diminue considérablement tant chez les hommes que chez les femmes.

**Figure 41 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'oto-rhino-laryngologie selon l'âge et le sexe de la population**

Oto-rhino-laryngologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant l'oto-rhino-laryngologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services d'oto-rhino-laryngologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

La croissance prévue de la demande de services d'oto-rhino-laryngologie est de 8 % pour la période de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation des besoins réels en matière d'oto-rhino-laryngologistes de 15,1, à l'heure actuelle, jusqu'à 16,3 en 2013.

**Tableau 194 – Croissance de la demande de services d'oto-rhino-laryngologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Oto-rhino-laryngologie		0.80%	1.57%	2.37%	3.14%	3.90%	4.67%	5.40%	6.14%	6.85%	7.48%	8.05%
	15.1	15.2	15.3	15.5	15.6	15.7	15.8	15.9	16.0	16.1	16.2	16.3

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie indique une pénurie de cinq postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Les données sur l'offre indiquent que l'effectif actuel compte 15 oto-rhino-laryngologistes, équivalant ainsi aux données de facturation de l'Assurance-maladie pour l'année 2002-2003, ce qui représente 15,1 oto-rhino-laryngologistes réels.

En fonction des cinq postes vacants signalés, jusqu'à cinq oto-rhino-laryngologistes prévoient prendre leur retraite au cours de la période de prévision de 10 ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des médecins actifs) et, vu la croissance des demandes prévues relativement à un besoin de 16,3 oto-rhino-laryngologistes réels d'ici à 2013 (1,2 de plus que l'état actuel), **il pourrait y avoir un besoin d'au plus 12 oto-rhino-laryngologistes additionnels au cours de cette période de 10 ans**, l'échéance étant donc en fonction du plan de retraite des médecins. De plus, les résultats du sondage indiquent que deux médecins dans la tranche d'âge de 40 à 55 ans songent à réduire de façon permanente leur pratique d'au moins 25 % et 50 %, respectivement; par conséquent, une planification active de la relève s'avère nécessaire dans cette spécialité.

#### 6.4.4.8 Chirurgie plastique

### Formation

Ce programme de résidence d'une période de cinq ans est offert à toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception des universités suivantes : University of Saskatchewan, Queens University, Université d'Ottawa, Université de Sherbrooke, Université Laval et Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 75 résidents (26 femmes et 49 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 195 – Chirurgie plastique**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
15	22	13	14	11	75

Quatre résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de chirurgie plastique : un à la University of Western Ontario, sa date de fin d'études étant prévue pour 2005; un à la University of

---

Toronto, sa date de fin d'études étant prévue pour 2006, et deux à la Dalhousie University qui recevront leur diplôme en 2003 et 2006 respectivement.

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 190 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en chirurgie plastique. Le nombre moyen de diplômés se situait à 15 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de neuf à un maximum de 19. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés sera égal à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Treize chirurgiens plasticiens sont en pratique active dans la province soit onze hommes (85 %) et deux femmes. La répartition selon la région sanitaire est la suivante : quatre dans chacune des régions 1 et 3, trois dans la région 2 et deux dans la région 6.

La moyenne d'âge du groupe est de 49 ans pour les hommes, de 46 ans pour les femmes et la moyenne du groupe intégral est de 48 ans. Deux praticiens (15 %) sont âgés de moins de 40 ans et six (46 %) sont âgés de 40 à 50 ans.

Du point de vue de la planification, un intérêt particulier se présente, car cinq des treize chirurgiens plasticiens (38 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, font partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de 10 ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de chirurgie plastique.

- Diminution du nombre actuel et du nombre réel de chirurgiens plasticiens.
- Augmentation de l'âge moyen et de l'âge médian.
- Diminution de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux chirurgiens plasticiens.

**Tableau 196 – Chirurgie plastique – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	20	13	13	46.5	46.8
2001/2	20	13	13	48.3	47.9
2002/3	19	12	12	47.8	48.4
Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien		
2000/1	219,623	13.2	54,874		
2001/2	236,953	13.1	55,600		
2002/3	276,681	12.2	59,334		

### **Analyse et prévision de la demande**

Les procédures de chirurgie plastique comprennent des procédures relatives aux seins, à la libération du canal carpien, au débridement d'une brûlure et à la transplantation cutanée ainsi qu'aux soins liés à une brûlure. Un pourcentage important des soins de ce programme sont prodigués par des praticiens autres que les chirurgiens plasticiens.

Les programmes de chirurgie plastique existants sont offerts dans les quatre hôpitaux régionaux des régions 1, 2 et 3 ainsi qu'à l'hôpital régional de Bathurst dans la région 6 et, à ce titre, il a été déterminé au cours d'études dans ce domaine que tous ces hôpitaux devraient bénéficier d'un effectif complet d'au moins trois ÉTP, à l'exception de l'hôpital D<sup>r</sup> Georges-L. Dumont qui devrait compter moins de deux ÉTP.

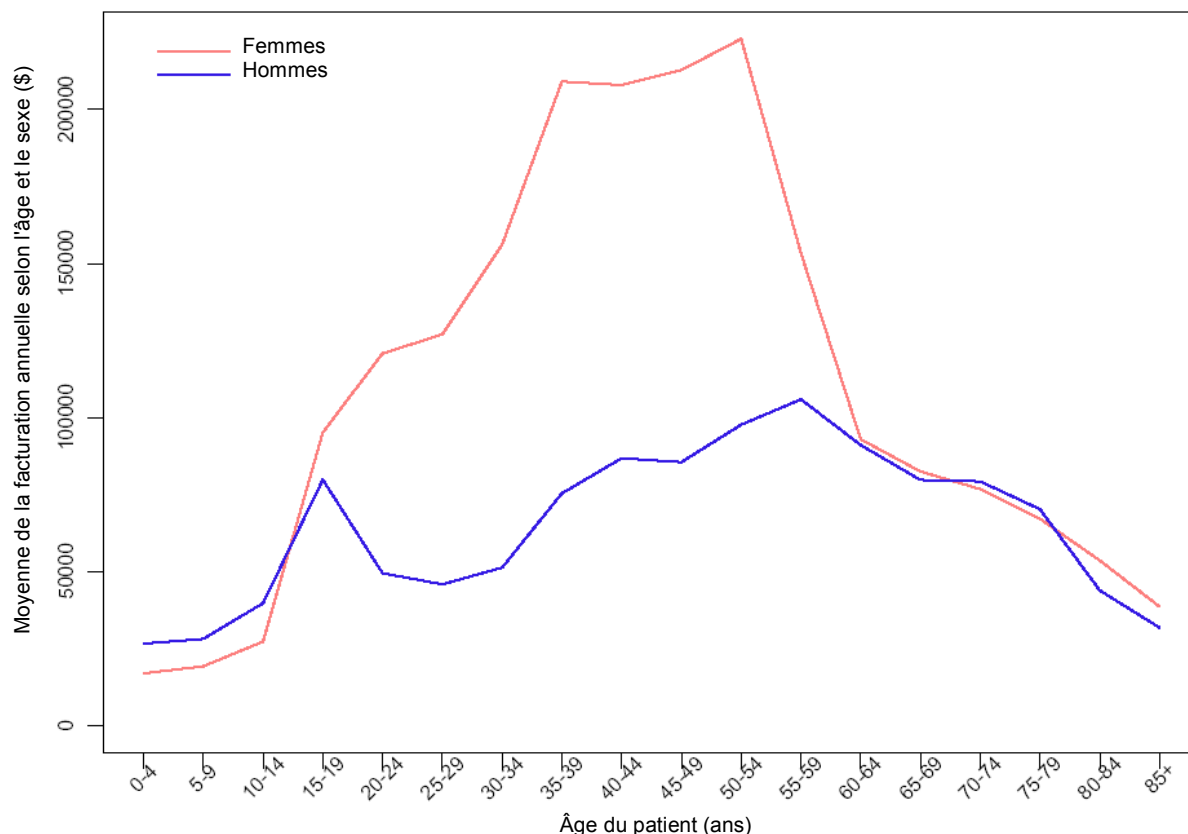
Un pourcentage relativement élevé des cas de chirurgie plastique provenant des régions 4, 5 et 7 sont traités dans d'autres régions, pourtant cela n'est pas associé au nombre peu élevé de chirurgies par rapport au nombre de personnes.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de chirurgie plastique par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Les femmes de tous les groupes d'âge, de 15 à 65 ans, font appel plus souvent aux services.
- La majorité des services de chirurgie plastique vise les femmes âgées de 35 à 60 ans.
- Les hommes font appel moins souvent que les femmes aux services et cet usage atteint son plus haut niveau chez le groupe d'âge de 55 à 59 ans.
- Ces services sont moins utilisés par les hommes et les femmes âgés de plus de 55 ans.

**Figure 42 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie plastique**

Chirurgie plastique : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la chirurgie plastique jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de chirurgie plastique tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de 8 % est prévue relativement à la demande de chirurgie plastique de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation; on passerait ainsi de 13,2 en 2003 à 14,1 avant 2013 relativement aux exigences réelles visant le nombre de chirurgiens plasticiens.

**Tableau 197 – Croissance de la demande de services de chirurgie plastique (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie plastique		0.93%	1.79%	2.66%	3.47%	4.19%	4.90%	5.58%	6.26%	6.90%	7.49%	8.00%
	13.1	13.2	13.3	13.4	13.6	13.6	13.7	13.8	13.9	14.0	14.1	14.1

---

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la chirurgie plastique indique une pénurie de 3,3 postes à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent que la main-d'œuvre actuelle compte 13 chirurgiens plasticiens, équivalant ainsi aux données de facturation de l'Assurance-maladie pour l'année 2001-2002, ce qui représente 13,1 chirurgiens plasticiens réels.

En fonction des 3,3 postes vacants signalés, jusqu'à cinq chirurgiens plasticiens prévoient prendre leur retraite au cours de la période de prévision de dix ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et, vu la croissance de la demande prévue relativement à un besoin de 14,1 chirurgiens plasticiens réels avant 2013 (un de plus que l'état actuel), **le nombre total de chirurgiens plasticiens additionnels requis pourrait s'élever jusqu'à dix au cours de cette période de dix ans**, l'échéance étant donc fonction de la retraite des cinq chirurgiens plasticiens; par conséquent, une planification active de la succession est nécessaire.

#### **6.4.4.9 Chirurgie thoracique**

##### **Formation**

Une formation d'au moins six ans est habituellement nécessaire pour cette spécialité. Les voies parallèles comprennent une accréditation en chirurgie générale par le CRMCC et quatre années supplémentaires ou une accréditation par le CRMCC en chirurgie cardiaque et 2,5 années supplémentaires. Ce programme n'est offert que par les universités suivantes : University of British Columbia, University of Manitoba, University of Western Ontario, McMaster University, University of Toronto, Université d'Ottawa et certaines universités du Québec.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 16 résidents (deux femmes et 14 hommes) poursuivent leurs études dans cette spécialité, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 198 – Chirurgie thoracique**

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
10	1	2	1	1	1	<b>16</b>

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 28 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en chirurgie thoracique. Le nombre moyen de diplômés se situait à deux par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de un à un maximum de cinq. On prévoit qu'au cours des six prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 27 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie. Cependant, cette augmentation représente dix diplômés prévus pour l'an 2003, suivie d'une baisse de la moyenne, c'est-à-dire un diplômé par année aux cours des cinq années subséquentes.

## Analyse de l'effectif actuel

Le Nouveau-Brunswick compte deux chirurgiens thoraciques; donc, aux fins de confidentialité, vu le faible nombre de personnes dans ce groupe, les renseignements démographiques ne sont pas présentés dans ce rapport.

Du point de vue de la planification, il est important de noter que les deux chirurgiens thoraciques feront partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période prévue de dix ans.

Les trois derniers exercices financiers intégraux (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de chirurgie thoracique.

- Diminution du nombre actuel et du nombre réel de chirurgiens thoraciques.
- Augmentation importante de la moyenne d'âge et de la médiane.
- Détérioration dramatique des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation importante de la population par rapport aux chirurgiens thoraciques.

**Tableau 199 – Chirurgie thoracique – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	9	2	2	52	52
2001/2	5	1	1	56.5	56.5
2002/3	5	1	1	57.5	57.5

Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien actif
2000/1	189,085	2.1	352,763
2001/2	297,541	1.2	629,115
2002/3	313,285	1.1	640,862

## Analyse et prévision de la demande

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de chirurgie thoracique par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

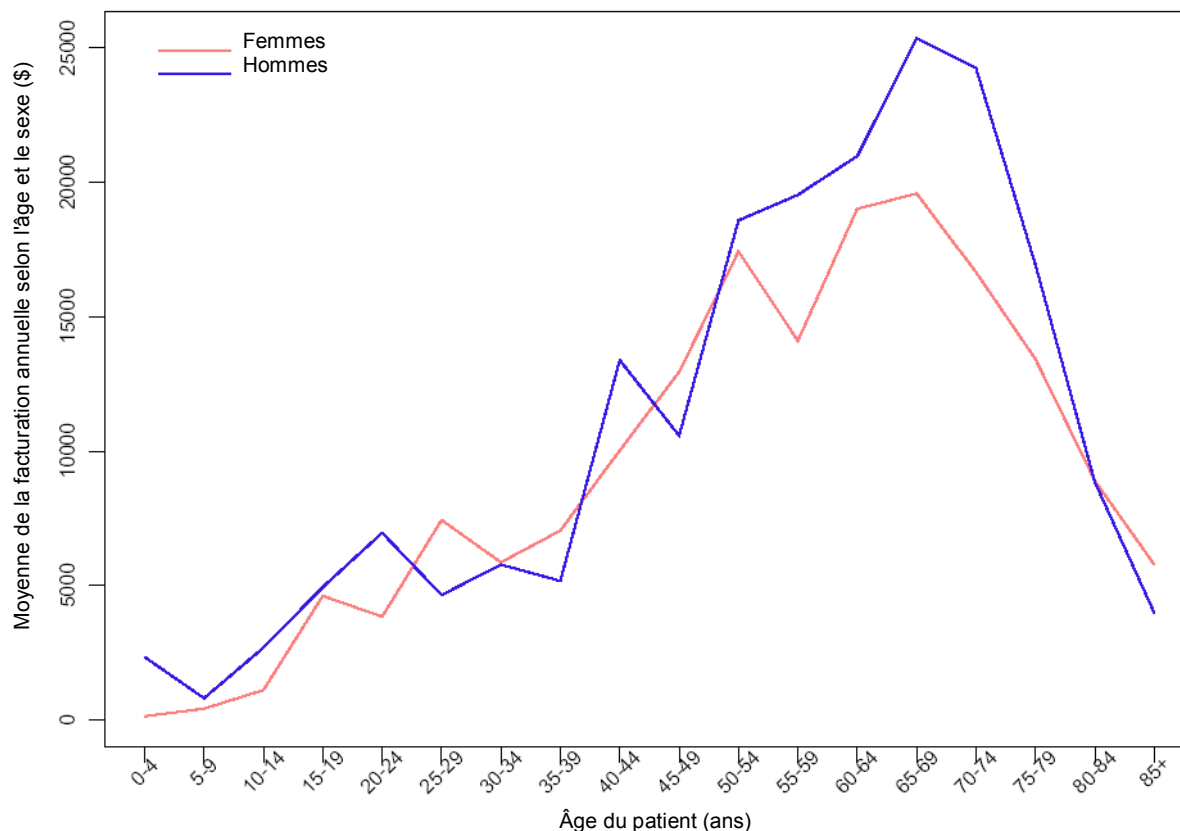
- Le recours aux services par les hommes et les femmes varie considérablement entre l'âge de 20 et 50 ans.
- Le recours à ces services atteint un sommet pour les groupes d'hommes âgés de 65 à 69 ans et le recours à ces services par les femmes atteint un sommet soutenu entre 60 et 70 ans.



- Après l'âge de 70 ans, le recours à ces services par les deux sexes diminue rapidement.

**Figure 43 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie thoracique**

Chirurgie thoracique : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la chirurgie thoracique jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de chirurgie thoracique tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 20 % est prévue relativement à la demande de chirurgie thoracique de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation soit de 2,1 à l'heure actuelle jusqu'à 2,5 avant l'an 2013, relativement aux exigences réelles visant le nombre de chirurgiens thoraciques.

**Tableau 200 – Croissance de la demande de services de chirurgie thoracique (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie thoracique		1.64%	3.29%	4.94%	6.59%	8.38%	10.26%	12.12%	14.02%	15.90%	18.08%	20.24%
	2.1	2.1	2.2	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4	2.4	2.4	2.5	2.5

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la chirurgie thoracique et vasculaire indique un excédent de 2,4 postes à l'échelle provinciale.

### Analyse de l'écart

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent que la main-d'œuvre actuelle compte deux chirurgiens thoraciques, nombre situé au même niveau qu'à l'année 2000-2001 (selon l'historique de trois ans de l'Assurance-maladie) et, par conséquent, est présumée équivaloir à 2,1 médecins réels.

En tenant compte de la retraite des deux chirurgiens thoraciques au cours de la période de prévision de dix ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et de la croissance de la demande prévue d'environ 2,5 chirurgiens thoraciques réels avant l'an 2013 (0,4 au-dessus du niveau actuel), **un besoin de trois chirurgiens thoraciques additionnels pourrait se présenter dans la province au cours des dix prochaines années**, l'échéance étant donc fonction de la retraite de ces deux chirurgiens thoraciques. Par conséquent, une planification active de la succession s'avère nécessaire et l'excédent des postes vacants visant 2,4 chirurgiens thoraciques et vasculaires présente une situation irréaliste relativement à la stabilité de cette main-d'œuvre. Étant donné les résultats prévus de ce programme de résidence, le Nouveau-Brunswick doit surveiller attentivement sa position concurrentielle.

#### 6.4.4.10 Urologie

### Formation

Un programme de résidence visant cette spécialité d'une période de cinq ans est offert à toutes les facultés de médecine universitaires à l'exception de la University of Calgary, de la University of Saskatchewan, de l'Université de Sherbrooke et de la Memorial University. Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 116 résidents (17 femmes et 99 hommes) à l'échelle nationale sont inscrits à ce programme d'études, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

**Tableau 201 – Urologie**

2003	2004	2005	2006	2007	Total
35	21	23	19	18	116

Deux résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme d'urologie à la Dalhousie University et devraient terminer leur programme en 2005 (1) et en 2007 (1).

---

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 254 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en urologie. Le nombre moyen de diplômés se situait à 20 par année pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de 15 à un maximum de 27. On prévoit qu'au cours des cinq prochaines années, le nombre de diplômés augmentera de 19 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

### **Analyse de l'effectif actuel**

Tel qu'il est indiqué dans la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick, la province compte 17 urologues actifs, tous des hommes. Analyse de répartition selon la région sanitaire :

**Tableau 202 – Répartition des urologues selon la région sanitaire**

<b>Région 1</b>	<b>Région 2</b>	<b>Région 3</b>	<b>Région 4</b>	<b>Région 5</b>	<b>Région 6</b>	<b>Région 7</b>	<b>Total</b>
5 (29%)	5 (29%)	3 (18%)	1 (6%)	0 (0%)	2 (12%)	1 (6%)	17 (100%)

L'âge moyen de ce groupe est de 52 ans et du point de vue de la planification, dix urologues parmi un total de 17 (presque 60 %) sont âgés de plus de 50 ans et, par conséquent, feront partie de la catégorie de la retraite éventuelle au cours de la période de prévision de dix ans. À l'heure actuelle, cinq urologues sont âgés de plus de 60 ans, ce qui se traduit par 30 % de la main-d'œuvre dans ce domaine.
---

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de l'urologie.

- Le nombre d'urologues actuels et réels demeure stable.
- L'âge moyen et l'âge médian demeurent stables.
- La proportion des services offerts aux Néo-Brunswickois demeure stable mais la population a diminué légèrement par rapport au nombre d'urologues.

**Tableau 203 – Urologie – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	26	17	17	51.9	53.8
2001/2	33	17	17	52.9	54.8
2002/3	27	17	17	50.2	53.6
Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens actifs (\$)	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque chirurgien actif		
2000/1	279,567	17.2	42,125		
2001/2	291,452	17.3	42,041		
2002/3	302,366	17.3	41,857		

### **Analyse et prévision de la demande**

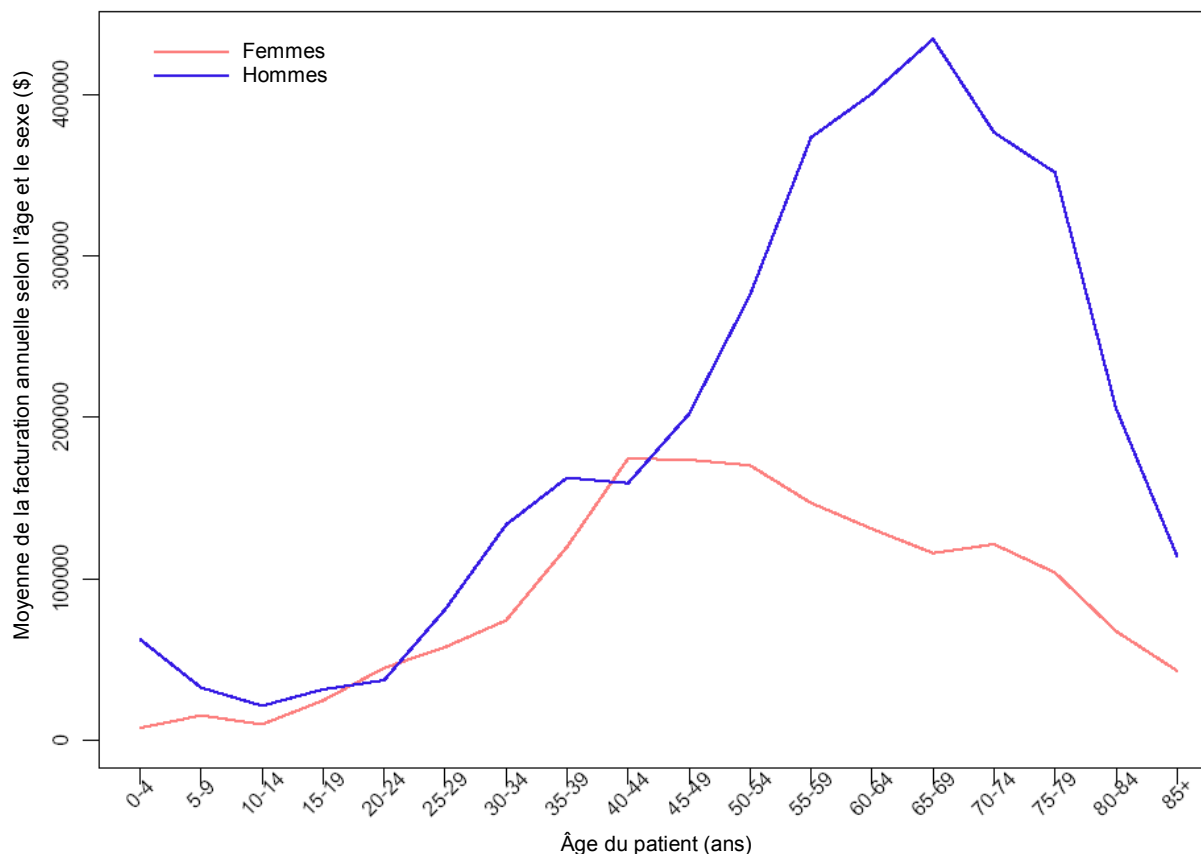
L'urologie comprend les soins relatifs à l'obstruction urinaire, les cancers urologiques et la prostatectomie transurétrale pour l'hyperplasie prostatique bénigne. Plus de 80 % de tous les cas pondérés parmi les patients de toutes les régions, à l'exception de la région 5, ont été traités dans la région. Un tiers des cas de la région 5 ont dû se déplacer vers d'autres régions, principalement dans les régions 1B, deux et six. Malgré cette augmentation des déplacements vers une autre région, le taux de services d'urologie dans la région 5, par rapport au nombre de personnes, était le plus élevé dans la province.

Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services d'urologie par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- La demande en fonction du sexe est semblable jusqu'à l'âge de 30 à 34 ans.
- Par la suite, la demande est plus forte parmi les hommes que parmi les femmes de tous les âges.
- La demande parmi les hommes atteint son sommet entre 65 et 75 ans.
- La demande parmi les femmes atteint son sommet dans la tranche d'âge de 75 à 79 ans.
- La majorité des services sont utilisés par les hommes âgés de plus de 50 ans.

**Figure 44 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à l'urologie**

Urologie : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant l'urologie jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services d'urologie tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de 19 % est prévue relativement à la demande de services urologiques de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation soit de 17,3 à l'heure actuelle jusqu'à 20,6 avant l'an 2013, relativement aux exigences réelles visant le nombre d'urologues.

**Tableau 204 – Croissance de la demande de services d'urologie (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Urologie		1.60%	3.20%	4.78%	6.39%	8.12%	9.92%	11.71%	13.54%	15.31%	17.23%	19.10%
	17.3	17.6	17.9	18.1	18.4	18.7	19.0	19.3	19.6	19.9	20.3	20.6

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de l'urologie indique une pénurie de 3,4 postes à l'échelle provinciale.

#### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre de main-d'œuvre indiquent que la main-d'œuvre actuelle compte 17 urologues, nombre situé au même niveau qu'à l'année 2002-2003 et, par conséquent, est présumée équivaloir à 17,3 médecins réels.

En tenant compte des 3,4 postes vacants signalés, de la retraite prévue de dix urologues au cours de la période de prévision de dix ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) et de la croissance de la demande prévue d'environ 20,6 urologues réels avant l'an 2013 (3,3 au-dessus du niveau actuel), **un besoin de 17 urologues additionnels pourrait se présenter dans la province au cours des dix prochaines années**, l'échéance étant donc fonction de la retraite de ces urologues indiqués dans la catégorie de retraite.

Les résultats de sondages aggravent cette situation potentiellement puisque deux praticiens de la tranche d'âge de 30 à 40 ans prévoient réduire définitivement leur pratique d'au moins 25 % au cours des cinq prochaines années, et deux praticiens de la tranche d'âge de 40 à 55 ans ont également indiqué qu'ils prévoient réduire leur pratique définitivement d'au moins 25 %. Une planification active de la succession est donc conseillée relativement à ce groupe de spécialistes.

#### **6.4.4.11 Chirurgie vasculaire**

##### **Formation**

Deux années de formation supplémentaires sont exigées relativement à cette spécialité suivant la réussite d'un des programmes d'agrément suivants du CRMCC : chirurgie générale, chirurgie cardiaque ou chirurgie thoracique. Les universités suivantes offrent des résidences en chirurgie vasculaire : University of British Columbia, University of Manitoba, University of Western Ontario, McMaster University, University of Toronto, Université d'Ottawa, Université McGill et Université de Montréal.

Les données du CAPER pour l'année 2002-2003 indiquent que, à l'heure actuelle, 16 résidents (deux femmes et 14 hommes) poursuivent leurs études dans cette spécialité, les dates prévues de fin d'études sont indiquées au tableau suivant :

---

**Tableau 205 – Chirurgie vasculaire**

2003	2004	2005	Total
9	6	1	16

Les données du CAPER indiquent que depuis 1990, un total de 52 résidents à l'échelle nationale ont obtenu leur diplôme en chirurgie vasculaire. Le nombre moyen de diplômés se situait à quatre pour cette période de 13 ans, allant d'un minimum de un à un maximum de sept. On prévoit qu'au cours des deux prochaines années (2003 et 2004), le nombre de diplômés prévu augmentera de 7 % par rapport à la moyenne de la dernière décennie.

#### **Analyse de l'effectif actuel**

Tel qu'il est indiqué dans la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick, la province compte cinq chirurgiens vasculaires actifs, tous des hommes. Selon une analyse de répartition en fonction de la région sanitaire, parmi les cinq chirurgiens vasculaires, deux chirurgiens sont situés dans la région 1 et un dans chacune des régions 2, 3 et 4.

L'âge moyen de ce groupe est de 47 ans, quatre d'entre eux sont âgés de 35 à 50 ans et un praticien est âgé de plus de 60 ans et fait donc partie de la catégorie de retraite éventuelle au cours de la période de prévision de dix ans.

Les trois derniers exercices financiers (de 2000 à 2003) visant les données de facturation de l'Assurance-maladie, présentées aux tableaux suivants, fournissent une perspective historique du groupe de la chirurgie vasculaire.

- Diminution du nombre actuel et du nombre réel de chirurgiens vasculaires.
- Augmentation de la moyenne d'âge et de la médiane.
- Diminution de la proportion des services pour les Néo-Brunswickois – augmentation de la population par rapport aux chirurgiens vasculaires.

**Tableau 206 – Chirurgie vasculaire – historique de trois ans de l'Assurance-maladie**

Année	Nombre de chirurgiens inscrits dans la base de données pour l'année	Chirurgiens actifs du régime de paiement à l'acte	Tous les chirurgiens actifs	Âge moyen des chirurgiens	Âge médian des chirurgiens actifs
2000/1	10	7	7	43.7	43
2001/2	9	7	7	43.3	42.4
2002/3	9	6	6	45.2	44.3
Année	Moyenne de la facturation de base des chirurgiens	Nombre réel de chirurgiens	Ratio de personnes par rapport à chaque		
2000/1	256,216	7.3	99,604		
2001/2	307,456	7	103,476		
2002/3	355,918	6	120,456		

### **Analyse et prévision de la demande**

Les GMA principaux dans le programme de chirurgie vasculaire sont le remplacement valvulaire aortique, la chirurgie de pontage vasculaire, l'endartériectomie de la carotide ainsi que d'autres réparations et procédures vasculaires. La majorité des patients des régions 5, 6 et 7 se déplacent à l'heure actuelle vers les hôpitaux de la région 1 pour subir une chirurgie vasculaire.

Les chirurgiens vasculaires sont situés dans les quatre hôpitaux régionaux des régions 1, 2 et 3 et à l'hôpital régional d'Edmundston dans la région 4, et ils représentent 56 % du total des activités du programme de chirurgie vasculaire, certains soins du programme étant prodigués par les chirurgiens généraux. Dans les régions où les cas sont plus nombreux (Moncton Hospital et hôpital D<sup>f</sup> Everett Chalmers), la moyenne de la PVR par chirurgien est deux fois celle de l'hôpital régional de Saint John et de l'hôpital D<sup>f</sup> Georges Dumont. De plus, l'Hôpital régional d'Edmundston connaît des volumes minimes relatifs à son programme en raison de la faible population.

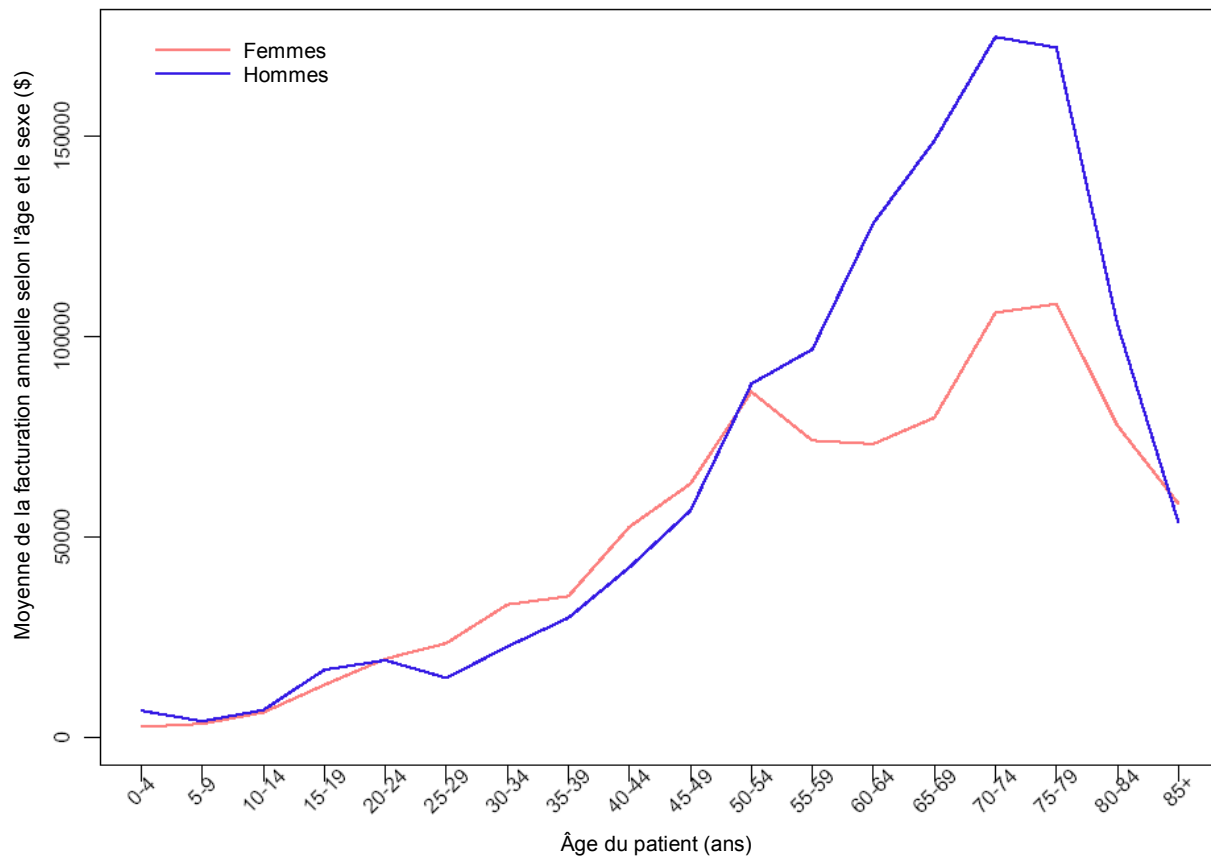
Tel qu'il est indiqué à la figure ci-dessous, l'utilisation de services de chirurgie vasculaire par la population néo-brunswickoise pendant les trois dernières années comporte les caractéristiques suivantes :

- Le recours en fonction du sexe est le même jusqu'à l'âge de 50 ans.
- La majorité des services sont utilisés par les hommes âgés de plus de 50 ans.
- Les recours à ces services par les hommes atteint son sommet vers la tranche d'âge de 70 à 74 ans.
- Les recours à ces services par les femmes atteint son sommet vers la tranche d'âge de 75 à 79 ans.



**Figure 45 – Moyenne de la facturation totale annuelle relative à la chirurgie vasculaire**

Chirurgie vasculaire : moyenne de la facturation annuelle selon l'âge et le sexe



Le tableau suivant indique les taux de croissance relatifs aux exigences prévues visant la chirurgie vasculaire jusqu'à l'an 2013 en fonction du recours aux services de chirurgie vasculaire tels qu'ils sont présentés ci-dessus et compte tenu de la structure de l'âge changeante de la population du Nouveau-Brunswick au cours des dix prochaines années.

Une croissance de plus de 20 % est prévue relativement à la demande de chirurgie vasculaire de 2003 à 2013, ce qui équivaut à une augmentation soit de six à l'heure actuelle jusqu'à 7,2 avant l'an 2013, relativement aux exigences réelles visant le nombre de chirurgiens vasculaires.

**Tableau 207 – Croissance de la demande de services de chirurgie vasculaire (taux de croissance à partir de l'année de référence)**

Spécialité	Effectif	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Chirurgie vasculaire</b>		1.71%	3.34%	4.98%	6.67%	8.56%	10.49%	12.41%	14.33%	16.32%	18.50%	20.70%
	6.0	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	6.6	6.7	6.9	7.0	7.1	7.2

Un aperçu en date du 30 avril 2003 visant les postes vacants dans le domaine de la chirurgie thoracique et vasculaire indique un excédent de 2,4 postes à l'échelle provinciale.

### **Analyse de l'écart**

Les données sur l'offre indiquent que la population active actuelle est de cinq chirurgiens vasculaires, ce qui est inférieur au niveau des trois dernières années où l'on comptait entre six et 7,3 chirurgiens vasculaires actifs. En fonction des données de l'Assurance-maladie les plus récentes pendant l'année intégrale, six chirurgiens vasculaires équivalent à six chirurgiens vasculaires actifs, en presumant que les cinq chirurgiens actuels représentent également cinq chirurgiens actifs. Selon les prévisions, la demande indique à l'heure actuelle que 6,1 chirurgiens vasculaires actifs sont nécessaires, représentant ainsi une pénurie actuelle de un chirurgien actif. Le surplus de 2,4 postes indiqué à l'heure actuelle est donc remis en question pour ce qui est des chirurgiens thoraciques et vasculaires.

Cependant, en fonction de la retraite prévue de un chirurgien vasculaire au cours de la période de prévision de dix ans (sans compter les autres gains et départs du nombre présent et futur de l'ensemble des praticiens actifs) **l'exigence totale du nombre de chirurgiens vasculaires additionnels pourrait s'élever jusqu'à quatre au cours de cette période de dix ans**. Il est donc recommandé que le surplus de postes vacants soit examiné attentivement étant donné les exigences actuelles et futures relativement à cette spécialité.

---

## 7. RECOMMANDATIONS

---

Les constatations de l'analyse donnent à penser que des mesures immédiates doivent être prises pour atténuer les pénuries prévues en matière de ressources médicales réelles au Nouveau-Brunswick au cours de la prochaine décennie.

Il sera nécessaire d'élaborer de multiples stratégies interdépendantes afin d'assurer la stabilité de l'effectif de médecins au Nouveau-Brunswick. Les principes incontournables de souplesse, de collaboration et de planification dynamique et intégrée des ressources humaines sont les facteurs clés de succès afin d'atteindre l'effectif requis de médecins, tant du point de vue du nombre que de la répartition des ressources, afin de répondre à la demande prévue de manière équitable sur le plan financier.

Les recommandations sont structurées selon trois thèmes principaux :

- infrastructure de planification des ressources médicales;
- gestion de l'effectif de médecins;
- adéquation de l'offre.

### **Infrastructure de planification des ressources médicales**

1. Le ministère doit adopter un cadre de planification faisant partie intégrante d'un modèle organisationnel qui englobe et soutient une planification intégrée de la main-d'œuvre en santé, sous l'égide d'une unité de la planification des ressources humaines en santé (URHS) à l'échelon provincial. L'organisation proposée d'une section de la gestion de la main-d'œuvre en santé au Nouveau-Brunswick est présentée à l'annexe K. Cette recommandation tient compte des interdépendances des fournisseurs de soins de santé.

Il est essentiel que la URHS soit dotée de suffisamment de ressources, et cette unité devrait comprendre au moins un effectif représenté par les disciplines suivantes : économie de la santé, analyse des politiques sur la santé, analyse des données et programmation, épidémiologie et analyse statistique. Elle devra aussi avoir accès aux chercheurs spécialisés qui pourront être consultés pour fournir au besoin un soutien à la section.

2. Le ministère doit adopter la base de données des médecins du Nouveau-Brunswick comme le nouveau cadre de planification des ressources médicales au Nouveau-Brunswick, et mettre à jour chaque année l'ensemble de données minimales de la base de données, qui fait partie intégrante du processus de planification organisationnelle du ministère et des régions régionales de la santé.
  - Les données requises pour alimenter les champs de l'ensemble de données minimales doivent être générées à partir des systèmes de l'Assurance-maladie, de l'épidémiologie et des données obligatoires saisies par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou les régions régionales de la santé, selon le cas. Tous les intéressés devront harmoniser leurs

---

responsabilités respectives en matière de collecte de données, et fournir les données requises à la URHS à une fréquence minimale annuelle afin de garantir que la base de données demeure à jour et évolue de manière à tenir compte des nouvelles tendances.

3. Le Service provincial d'épidémiologie du ministère doit revoir l'orientation de ses activités de recherche de manière à mieux les centrer sur les données relatives à la demande de soins de santé de la population requises aux fins de la planification efficace des ressources médicales.
4. Le ministère doit adopter le modèle et la méthode de planification des ressources médicales du Nouveau-Brunswick comme l'un des outils de planification dynamique de la boîte à outils de la planification intégrée de la URHS. Ce modèle de planification doit être géré de manière active par des utilisateurs bien informés au sein de la URHS, en collaboration avec les divers intéressés; il devrait par ailleurs être mis à niveau et redéfini périodiquement afin de répondre aux besoins changeants et de documenter les stratégies de mise en œuvre et les orientations stratégiques.
5. Le ministère, en collaboration avec les régions régionales de la santé, doit examiner la possibilité d'élaborer des normes et des protocoles provinciaux en matière de liste d'attente et de délai d'attente qui serviront d'indicateurs de la prestation appropriée des services, par type de pratique, en tenant compte des exigences linguistiques. Ces indicateurs constitueront une source de données cohérentes et utiles qui pourront être intégrées dans les éléments de la demande du modèle de prévision.

### **Gestion de l'effectif de médecins**

6. Le gouvernement doit revoir entièrement la structure de sa politique de gestion de l'effectif de médecins dans le contexte du plan provincial des services de santé et des tendances changeantes de la main-d'œuvre, dans le but de créer un environnement plus souple en ce qui a trait à la fois au nombre et à la répartition géographique des médecins dans la province, et à leur rémunération, afin :
  - de permettre au Nouveau-Brunswick d'être plus concurrentiel en matière de recrutement de médecins en temps opportun;
  - de reconnaître et prendre en compte l'évolution des modes d'exercice de la médecine, ainsi que des préférences et des niveaux d'activité (il n'y a pas qu'une seule « pratique médicale type »);
  - de faire participer les médecins et les régions régionales de la santé à la planification de la relève à court et à long terme, afin de garantir l'accessibilité à des services fournis par un effectif adéquat;
  - d'intégrer un niveau de souplesse adéquat dans le système en prenant en considération la nécessité de planifier en fonction de gammes de besoins en médecins pour assurer des programmes ou des services précis plutôt que de planifier en fonction d'objectifs fixes, de manière à répondre à un large éventail de charges de travail, de niveaux d'activité, de congés prévus, etc.;
  - d'agir de manière responsable sur le plan financier en gérant la croissance de l'offre de médecins, en fonction de la demande prévue de la population et des modes d'utilisation.

- 
7. La URHS doit soutenir et coordonner la gestion active des ressources médicales relevant des régions régionales de la santé, notamment de la manière suivante :
- Mettre sur pied un forum provincial qui permettra de discuter des questions liées à la planification des ressources médicales par l'entremise d'un *Comité de planification stratégique de l'effectif médical*, constituant un comité de travail de la URHS formé des intervenants clés dont l'apport est essentiel à la planification d'un effectif médical stable et prévisible au Nouveau-Brunswick. Ce comité devra contribuer activement à l'élaboration et à l'analyse des stratégies possibles en ce qui a trait à l'évolution de l'offre et de la demande de médecins, ainsi que des facteurs ayant une incidence sur le contexte, notamment, l'émergence de nouveaux modèles de prestation des services et la transition à d'autres modes de pratique.
  - Développer des outils de planification tels qu'un outil d'évaluation de l'impact sur les ressources humaines en santé, déployé à la grandeur du gouvernement et des régions régionales de la santé, afin de garantir que les analyses d'impact sur les ressources humaines en santé soient intégrées de manière uniforme au processus de planification stratégique et organisationnelle, et aux modifications proposées aux politiques, aux programmes et aux services offerts à l'échelon de la province et des régions régionales de la santé, par exemple les plans d'activités de trois ans des régions régionales de la santé devraient comprendre les plans de ressources humaines en santé. Ces plans contribueront à la prise de décisions plus éclairées en ce qui concerne la gestion des ressources humaines en santé à l'échelon de la province et des régions régionales de la santé, favorisant ainsi la collaboration interrégionale en matière de gestion des ressources, plutôt que la concurrence.
  - Établir une infrastructure de systèmes d'information pouvant prendre en charge la collecte des données sur les ressources humaines en santé et la mise en commun d'information.
  - Appuyer la mise en œuvre au sein de chaque région régionale de la santé d'une méthode rationnelle de gestion des ressources humaines en santé qui soit fondée sur la collecte systématique de données et qui concorde avec le plan provincial des services de santé.
8. Les modèles de rémunération des médecins devraient faire l'objet d'un examen aux fins d'une gestion efficace des ressources médicales, afin de tenir compte des préférences particulières de travail des nouveaux médecins, de demeurer concurrentiels par rapport aux autres provinces et de gérer l'augmentation des dépenses globales du système de santé.
9. Il est recommandé que le gouvernement, en collaboration avec la SMNB et d'autres intervenants clés, continue de participer à l'élaboration d'un modèle de rémunération des médecins intégrant une gamme de modes de rémunération dans le but de tenir compte des divers modes de pratique et d'influer positivement sur le recrutement et le maintien en poste des médecins.

### **Adéquation de l'offre**

10. En fonction des pénuries prévues, et tenant pour acquis que les taux historiques de recrutement du bassin de nouvelles ressources à l'échelle nationale demeureront constants, il est recommandé que le nombre de places financées par le Nouveau-Brunswick dans les facultés de médecine soit accru de 48 % (26 places), progressivement au cours des quatre prochaines années, afin que le Nouveau-

---

Brunswick conserve sa part historique de 3,2 % des inscriptions dans le réseau canadien de facultés de médecine, que l'AFMC compte augmenter à 2 500 places d'ici à 2007.

11. Attribuer ces fonds supplémentaires proportionnellement au profil linguistique de la population du Nouveau-Brunswick, visant 16 places dans les facultés anglophones et 10 places dans les facultés francophones. (Il convient de noter que cette mesure contribuera à satisfaire les exigences liées à la langue de prestation des services; cependant, les étudiants francophones bilingues peuvent choisir de s'inscrire à une faculté anglophone. Toutefois, cette observation ne s'appuie sur aucune donnée.)

Les recommandations 9 et 10 sont fondées sur la prémisse suivante :

- Une proportion toujours grandissante d'étudiantes s'inscrit en médecine dans les facultés canadiennes; le profil de pratique des femmes médecins révèle qu'elles travaillent moins que leurs collègues masculins, et qu'elles prennent plus de congés pour des raisons familiales au cours des dix premières années de leur carrière.
- On prévoit que le nombre de places disponibles dans les facultés de médecine passera à 2 200 d'ici à 2005 et à 2 500 d'ici à 2007 (AFMC); de ce nombre, selon les données historiques, 80 ou 3,2 % devraient revenir à des étudiants du Nouveau-Brunswick. Compte tenu que le Nouveau-Brunswick finance actuellement 55 places dans les facultés de médecine, l'écart est d'environ 25 places.
- Le Groupe de travail du Forum médical canadien a recommandé d'accroître le nombre d'inscriptions de 4 ou 5 % afin de tenir compte de l'augmentation du nombre d'étudiantes dans les facultés de médecine; les statistiques révèlent que les femmes ne terminent pas le programme de résidence en raison d'une grossesse ou de responsabilités familiales, entre autres. L'augmentation du nombre d'inscriptions représente 1,2 place par année.

Il convient de noter que le Groupe de travail du Forum médical canadien indique que les facultés de médecine canadiennes voient en entrevue environ quatre ou cinq étudiants très qualifiés pour chaque place disponible. Il n'y a donc pas une pénurie d'offre potentielle pour combler la demande croissante.

12. Le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère de l'Éducation, Enseignement postsecondaire, doivent promouvoir des discussions à l'échelle nationale portant sur l'élaboration d'un processus qui assurera que les places au programme de formation médicale postdoctorale dans les facultés canadiennes concordent avec la demande prévue au pays, déterminée à l'aide des prévisions de l'offre et de la demande de ressources médicales à l'échelon régional et provincial.
13. Le gouvernement doit examiner les modalités actuelles relatives au financement des places dans les programmes canadiens de formation médicale ciblés afin d'améliorer le niveau de confiance d'un rendement positif de cet investissement qui répondra aux besoins prévus en matière de services de santé dans la province.
14. Le gouvernement doit revoir la structure actuelle de financement de la formation médicale à la fois pour les étudiants en médecine et les résidents du programme de la formation médicale postdoctorale afin d'assurer un soutien convenable et durable tout au long des études médicales, y compris le soutien adéquat des éducateurs et des précepteurs en médecine.

- 
15. Le ministère, en collaboration avec l'AFMC et le CAPER, doit établir et gérer activement une base de données provinciale des étudiants en médecine et des résidents inscrits dans une faculté de médecine au Canada afin de suivre ces étudiants tout au long de leur formation et au cours de leurs cinq premières années de pratique.
  16. Le ministère, en collaboration avec les coordonnateurs de la formation médicale du Nouveau-Brunswick, l'AFMC et le CAPER, doit diriger une stratégie de marketing et de recrutement active afin cerner et de viser le recrutement de tous les étudiants néo-brunswickois inscrits en médecine ou dans un programme de formation médicale postdoctorale partout au pays.
  17. Le gouvernement doit collaborer avec les facultés médicales au sein desquelles le Nouveau-Brunswick finance des places à l'intention des étudiants néo-brunswickois afin :
    - d'accueillir des stagiaires au Nouveau-Brunswick pour que les étudiants en médecine fassent l'expérience d'un éventail de milieux d'exercice de la médecine au Nouveau-Brunswick;
    - de permettre aux étudiants néo-brunswickois d'avoir accès aux places en résidence de spécialités qui répondent aux besoins prévus en matière de services;
    - d'élargir les programmes de résidence de spécialités au Nouveau-Brunswick.
  18. Le ministère, en collaboration avec les régions sanitaires, doit fournir aux étudiants en médecine et au programme de formation médicale postdoctorale des offres d'emploi ou des stages en résidence durant l'été tout au long de leurs études et, dans la mesure du possible, leur faire connaître des modèles et des milieux de pratique différents.
  19. Une évaluation officielle de la stratégie *Approche globale au recrutement et au maintien des ressources médicales* élaborée par le gouvernement en 1999 doit être entreprise afin d'en mesurer l'efficacité par rapport aux objectifs fixés, et de réorienter la stratégie, le cas échéant, afin de cibler les nouveaux investissements à faire au cours des cinq prochaines années de manière à ce que le Nouveau-Brunswick atteigne ses objectifs en matière de réforme des soins de santé.
  20. Le gouvernement doit continuer de promouvoir le Nouveau-Brunswick comme étant une province conviviale pour les médecins, où il fait bon vivre et travailler, et de créer de manière proactive une infrastructure capable de favoriser les pratiques de travail préférées des nouveaux médecins.
    - Accélérer le déploiement des modèles d'exercice de la profession en collaboration à l'échelle de la province, en commençant par les régions peu ou mal desservies, afin d'améliorer la capacité concurrentielle du Nouveau-Brunswick à attirer des omnipraticiens et à assurer la stabilité du cadre de prestation des services de soins de santé primaires.
    - Établir des modes de rémunération différents du paiement à l'acte afin d'offrir des choix qui correspondent aux préférences des médecins en matière de pratique.
    - Faire des offres fermes, comportant un engagement relativement à l'obtention d'un numéro de facturation, aux résidents dès le début de leurs dernières années de formation.

- 
- Réévaluer la position concurrentielle du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux subventions d'emplacement dans les régions pour lesquelles le recrutement pose des problèmes, et faire la promotion active d'un programme incitatif de réduction des dettes étudiantes, c.-à-d. programme de remboursement sur quatre ou cinq ans pour les résidents nouvellement diplômés qui s'établissent au Nouveau-Brunswick, avec des ententes proportionnelles de services compensatoires.
  - Examiner les avantages financiers de confier à l'entreprise privée la gestion de la suppléance des médecins au Nouveau-Brunswick.

21. Dans le cadre d'un examen de l'investissement permanent dans le recrutement et le maintien en poste des médecins (mise à jour de la stratégie *Approche globale au recrutement et au maintien des ressources médicales*), le gouvernement doit assurer le financement au cours des cinq prochaines années des places surnuméraires en résidence pour les médecins canadiens et les diplômés à l'étranger en ciblant particulièrement les groupes de pratique suivants :

- Chirurgie générale
- Radiologie diagnostique
- Anesthésiologie
- Urologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Tout autre groupe de pratique pour lequel une analyse d'impact a déterminé que des pénuries risquent de compromettre la mise en œuvre des nouvelles orientations du gouvernement (p. ex. le plan provincial des services de santé, la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie provinciale de contrôle du cancer).

22. Le Collège des médecins et des chirurgiens du Nouveau-Brunswick doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent de manière à collaborer avec les intervenants nécessaires, tant à l'échelle provinciale que nationale, pour établir un processus officiel et normalisé d'évaluation des médecins diplômés à l'étranger et d'accélérer le processus d'obtention de l'autorisation d'exercer leur profession au Nouveau-Brunswick, permettant ainsi à ces médecins étrangers qualifiés de se joindre à l'effectif en temps opportun, de manière à répondre à la demande en matière des services de soins de santé.

23. Évaluer, de manière prioritaire, la capacité technologique du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait au système de soins de santé en élaborant un plan d'investissement stratégique visant l'acquisition, le déploiement et le remplacement de la technologie de manière à optimiser la prestation des soins de santé aux Néo-Brunswickois. L'utilisation des technologies habilitantes (p. ex. le dossier médical permanent) et des technologies de soins de santé (p. ex. les systèmes d'aide au diagnostic et au traitement) a le potentiel d'améliorer le recrutement et le maintien en poste de précieuses ressources médicales.



---

## Exigences linguistiques

La demande de services de soins de santé, en fonction des préférences linguistiques du patient, est déterminée par un certain nombre de facteurs (croissance démographique, données épidémiologiques, répartition de programmes cliniques spécifiques, conformément au plan provincial des services de santé) et elle est satisfaite par l'application des lignes directrices des régies régionales de la santé visant la mise en œuvre de la *Loi sur les langues officielles*, de même que par la capacité à former et à recruter un nombre suffisant de médecins en mesure de fournir des services aux patients dans la langue de leur choix. Il est donc recommandé ce qui suit :

24. Pour mieux comprendre la demande de services, en tenant compte du profil linguistique de la population du Nouveau-Brunswick, le système d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick doit être mis à jour et gardé ainsi pour indiquer la langue de choix du patient (détenteur de carte), de même que ses compétences linguistiques (anglais, français ou bilingue).
25. Intégrer les données linguistiques décrites dans la recommandation 23 dans le modèle de planification de manière à assurer la répartition équitable de l'investissement aux facultés de médecine de langue anglaise et de langue française. Il convient toutefois de reconnaître que, pour les étudiants bilingues, la langue d'enseignement n'est pas nécessairement le seul facteur de décision dans le choix d'une faculté de médecine.

Les données de sondage des médecins révèlent une augmentation du pourcentage de médecins bilingues entrant dans le réseau, ce qui peut être le résultat de l'importance accrue accordée au bilinguisme par le système scolaire en général. Dans un effort pour suivre le profil linguistique de l'offre de médecins, il est recommandé ce qui suit :

26. Le gouvernement, en collaboration avec l'AFMC, doit favoriser la saisie obligatoire des données relatives aux compétences linguistiques à partir des formulaires d'admission des facultés de médecine (anglais, français ou bilingue) pour tous les nouveaux étudiants, et ces données doivent être intégrées dans les rapports de l'AFMC et CAPER. Il sera ainsi possible pour le Nouveau-Brunswick de saisir les compétences linguistiques de tous les étudiants de la province inscrits dans différentes facultés de médecine au Canada, ce qui pourra faciliter les efforts de recrutement.
27. La base de données du registre des médecins (relevant de l'Assurance-maladie) du ministère doit être modifiée pour intégrer un champ obligatoire indiquant les compétences linguistiques (français, anglais ou bilingue) alimenté à partir des données du formulaire d'inscription à la CPSNB ou de la formule d'inscription des praticiens à l'Assurance-maladie.

## Planification de la relève

La féminisation croissante de la profession médicale pose des défis particuliers en ce qui a trait à la planification des ressources humaines. Sans distinction à l'égard du sexe des praticiens, l'effectif des nouveaux médecins désire en général travailler autrement, en réalisant un meilleur équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. Un processus de planification rationnelle des ressources médicales doit prendre en compte ce phénomène et la planification de la relève ainsi que les modulations de l'effectif doivent être suffisamment souples pour gérer efficacement les pointes et les creux des besoins en main-d'œuvre qui se manifesteront au cours de la prochaine décennie. Il est donc recommandé ce qui suit :

- 
28. Le ministère doit reconnaître que le système devra être doté de la souplesse nécessaire en élaborant des plans de ressources médicales dynamiques qui tiendront compte non seulement du profil de pratique de chaque médecin s'établissant au Nouveau-Brunswick, mais également du niveau d'activité prévu au cours de la période de planification prescrite. Cette démarche exige la collaboration des médecins, des régies régionales de la santé et du Collège des médecins et des chirurgiens afin de garantir que les données permettant de déterminer le profil de pratique des médecins sont saisies annuellement.
29. Le ministère doit examiner des moyens de saisir les niveaux d'activité et d'utilisation des services en ce qui a trait aux médecins rémunérés autrement que selon le mode de paiement à l'acte (salaire, séance ou selon d'autres modes de paiement), afin de dresser un tableau précis des ressources médicales au Nouveau-Brunswick.
30. Compte tenu de l'environnement concurrentiel, de la longue formation des médecins spécialistes et du ratio possible de 2,3 à 3 médecins nécessaires pour remplacer un omnipraticien qui prend sa retraite en laissant une large clientèle, il est recommandé ce qui suit :
- Les régies régionales de la santé doivent faire participer leur communauté médicale respective au processus de planification de la relève de manière collaborative, en fonction de cycles de planification à long terme, afin d'éviter des écarts dans l'accessibilité aux services, et d'assurer la mise en place de la structure administrative nécessaire pour aider les régies régionales de la santé à respecter leurs obligations en matière de prestation de services.
  - Le ministère et les régies régionales de la santé doivent redoubler d'effort et collaborer avec les médecins qui approchent l'âge de la retraite afin de trouver des solutions mutuellement satisfaisantes relativement au départ à la retraite, notamment :
    - en favorisant activement l'établissement de relations de partage de pratique entre les médecins qui désirent réduire leurs activités ou quitter la profession et les nouveaux médecins désirant s'établir au Nouveau-Brunswick;
    - en examinant les possibilités de rachat de pratiques, faisant en sorte que des remplaçants ne sont pas recrutés, dans le but de remplacer une pratique privée de mode traditionnel par un modèle de pratique en collaboration dans les collectivités où cette solution est considérée comme plus efficace;
    - en recherchant des stratégies susceptibles de retenir les médecins qui désirent abandonner leur pratique privée et travailler selon un modèle de rémunération autre que le paiement à l'acte.

---

## ANNEXE A – GROUPES DE PRATIQUE MÉDICALE

---

Les groupes de professions suivants sont inclus dans l'étude :

Médecins  
Médecins de famille et omnipraticiens  
Spécialistes\*

**\*Les spécialistes englobent les pratiques suivantes :**

1. Anatomie pathologie
2. Anesthésie
3. Cardiologie
4. Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
5. Chirurgie générale
6. Chirurgie orthopédique
7. Chirurgie plastique
8. Chirurgie thoracique
9. Chirurgie vasculaire
10. Dermatologie
11. Gastroentérologie
12. Gériatrie
13. Hématologie
14. Maladies infectieuses
15. Médecine d'urgence
16. Médecine familiale
17. Médecine interne
18. Médecine nucléaire
19. Médecine respiratoire
20. Microbiologie médicale
21. Néonatalogie
22. Néphrologie
23. Neurochirurgie
24. Neurologie
25. Obstétrique et gynécologie
26. Oncologie médicale
27. Ophtalmologie
28. Oto-rhino-laryngologie
29. Pathologie générale
30. Pathologie hématologique
31. Pédiatrie
32. Physiothérapie et réadaptation
33. Psychiatrie
34. Radiologie diagnostique
35. Radiothérapie
36. Rhumatologie
37. Urologie

## ANNEXE B – ENSEMBLES DE DONNÉES MINIMALES

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION	Source de données
<b>Sous-système n° 1 – offre actuelle</b>		
Prénom	Ne sont pas utilisés directement dans l'analyse; toutefois, ces champs permettent de déterminer que des renseignements obtenus de différentes sources s'appliquent à la même personne.	Assurance-maladie/registre de fournisseurs de services/prénom
Nom de famille		Assurance-maladie/registre de fournisseurs de services/nom de famille
Initiale du second prénom		N'a pas été fournie
Sexe	Homme/femme	Assurance-maladie/données statistiques du système d'aide à la décision de l'Assurance-maladie/fournisseur de services/code de sexe, sexe
Date de naissance	JJ/MM/AAAA	Assurance-maladie/registre de fournisseurs de services/date de naissance
Numéro d'autorisation	Numéro d'inscription à la CPSNB	CPSNB
Numéro de facturation/numéro de fournisseur de services	N° de facturation de l'Assurance-maladie	Assurance-maladie/données statistiques du système d'aide à la décision de l'Assurance-maladie/fournisseur de services/numéro de compte
Lieu de pratique	Sert à déterminer la région sanitaire dans laquelle le médecin travaille	Registre des médecins (Assurance-maladie)
Langue maternelle	Anglais, français et autres	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – B4
Compétence linguistique 1 (connaissance de la langue à l'oral)	Anglais, français, anglais et français et autres (détails)	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – B1
Compétence linguistique 2 (connaissance de la langue à l'écrit)		Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – B2
Langue de travail préférée	Anglais, français et aucune préférence	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – B3
Langue principale de la formation médicale	Anglais, français et autres	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – B5
Profession	Médecin	
Spécialité Principale Secondaire*	Selon la liste des spécialités contenue dans la demande de propositions et dans l'énoncé de projet	Assurance-maladie/registre de fournisseurs de services/code de spécialité, description de la spécialité  Registre des médecins

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION	Source de données
		* Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – A
Spécialité pratiquée	Peut être différente de celles susmentionnées sous <i>Spécialité</i>	Registre des médecins
Bourse postdoctorale 1	Titre accrédité qui n'est pas reconnu par le CRMCC, le CMFC ni par le CMQ	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – A
Bourse postdoctorale 2	Titre accrédité qui n'est pas reconnu par le CRMCC, le CMFC ni par le CMQ	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – A
Bourse postdoctorale 3	Titre accrédité qui n'est pas reconnu par le CRMCC, le CMFC ni par le CMQ	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – A
Bourse postdoctorale 4	Titre accrédité qui n'est pas reconnu par le CRMCC, le CMFC ni par le CMQ	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – A
Spécialité fonctionnelle n° 1	Spécialité que pratique actuellement le médecin	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – A, matrice C
Spécialité fonctionnelle n° 2	Spécialité que pratique actuellement le médecin	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – matrice C
Spécialité fonctionnelle n° 3	Spécialité que pratique actuellement le médecin	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – matrice C
Spécialité fonctionnelle n° 4	Spécialité que pratique actuellement le médecin	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – matrice C
Spécialité fonctionnelle n° 5	Spécialité que pratique actuellement le médecin	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – matrice C
Programme de base en médecine Origine de la formation (école, province ou État, pays) Année du diplôme	Besoin de plus de renseignements sur les études du fournisseur de services qui peuvent être obtenus de CAPER ou de la CPSNB.	Assurance-maladie/registre de fournisseurs de services/fournisseur de services (données sur l'ÉTP)/code de l'université
Études médicales postdoctorales Origine de la formation (école, province ou État, pays) Année du diplôme		Base de données du registre des médecins
Accréditation	Indique si la personne possède l'accréditation pour chaque spécialité	Assurance-maladie/données statistiques du système d'aide à la décision de l'Assurance-maladie/fournisseur de services/renseignements sur la spécialité du fournisseur de services/état de l'accréditation
Type d'autorisation	Catégories d'autorisation : Permis sans restriction Permis pour pratique dans la fonction publique Permis frontalier Permis de médecin suppléant	CPSNB Base de données du registre des médecins

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION	Source de données
	Permis de médecin suppléant pour pratique dans la fonction publique Permis de médecin agréé	
Admissibilité – numéro de facturation	Facturation à l'Assurance-maladie – statut (actif ou inactif) Paiements à l'acte, salaire ou paiements à la séance	Assurance-maladie/données statistiques du système d'aide à la décision de l'Assurance-maladie/fournisseur de services/statut – (admissibilité – paiement)
Facturation totale à l'Assurance-maladie	Pleine année la plus récente	
Total des paiements – salaire	Pleine année la plus récente	Assurance-maladie – paiements manuels
Total des paiements – à la séance	Pleine année la plus récente	Assurance-maladie – paiements manuels
Total des paiements – autres modes	Pleine année la plus récente	Assurance-maladie – paiements manuels
Total des autres paiements	Paiements aux administrateurs médicaux, rémunération supplémentaire, etc. accordés par les régies régionales de la santé	Régies régionales de la santé/Services hospitaliers
Calcul des ÉTP	Calcul standard de Santé Canada basé sur des points de repère nationaux et modifié pour le Nouveau-Brunswick en fonction de l'augmentation des contrats (année de référence 1995-1996 = la plus récente)	Champ calculé basé sur tous les paiements (paiements à l'acte, salaire, paiements à la séance, etc.)
Gamme des activités de pratique clinique et non clinique		Sondage des médecins de famille et des spécialistes – matrice C (activités)
Taille de la clientèle	Définie par le nombre de dossiers de patient actifs	Sondage des omnipraticiens – C1
Nombre de jours – patients avec rendez-vous		Sondage des omnipraticiens – D6 Sondage des spécialistes – D5
Rajout de nouveaux patients dans les douze derniers mois	Oui ou non	Sondage des omnipraticiens – D4 Sondage des spécialistes – D1
Capacité de la pratique	Nouveaux patients acceptés ou non	Sondage des omnipraticiens – D5 Sondage des spécialistes – D4
Nombre moyen de patients que voit l'omnipraticien par semaine	Avec et sans rendez-vous	Sondage des omnipraticiens – D7
Nombre moyen de patients que voit le spécialiste par semaine		Sondage des spécialistes – D6
Heures par semaine en moyenne en pratique clinique		Sondage des omnipraticiens – D8

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION	Source de données
		Sondage des spécialistes – D7
Catégories de services de garde – omnipraticiens	Gamme de services de garde	Sondage des omnipraticiens – D9
Catégories de services de garde – spécialistes	Gamme de services de garde	Sondage des spécialistes – D10
Engagement, services de garde : nombre d'heures en moyenne de service par mois		Sondage des omnipraticiens – D10 Sondage des spécialistes – D11
Intensité du travail de garde	Nombre d'appels placés auprès des médecins de garde par mois	Sondage des omnipraticiens – D11 Sondage des spécialistes – D12
Congé pour la FMC	Nombre de semaines en moyenne par année	Sondage des omnipraticiens – D12 Sondage des spécialistes – D13
Congé pour d'autres raisons que pour la FMC	Nombre de semaines en moyenne par année	Sondage des omnipraticiens – D13 Sondage des spécialistes – D14
Congé de maternité pris dans les deux dernières années	Montant de temps pris	Sondage des omnipraticiens – D14 Sondage des spécialistes – D15
Augmentation prévue de la charge de travail	En raison de vacances, de congés familiaux, de FMC, etc.	Sondage des omnipraticiens – D15 Sondage des spécialistes – D16
Diminution prévue de la charge de travail	En raison de vacances, de congés familiaux, de FMC, etc.	Sondage des omnipraticiens – D15 Sondage des spécialistes – D16
Ampleur de l'augmentation prévue du travail	Étendue de l'augmentation du travail et durée prévue de cette augmentation	Sondage des omnipraticiens – D16 Sondage des spécialistes – D17
Ampleur de la diminution prévue du travail	Étendue de la diminution du travail et durée prévue de cette diminution	Sondage des omnipraticiens – D16 Sondage des spécialistes – D17
Médecin suppléant pour les absences prévues de la pratique	Oui / Non	Sondage des omnipraticiens – D17 Sondage des spécialistes – D18
Pratique médicale interdisciplinaire, tendances 1	Travail actuel avec d'autres professions	Sondage des omnipraticiens – E1

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION	Source de données
Pratique médicale interdisciplinaire, tendances 2	Degré d'intérêt de faire partie d'une équipe médicale interdisciplinaire	Sondage des omnipraticiens – E2
Pratique médicale interdisciplinaire, tendances 2	Lieu de préférence pour travailler au sein d'une équipe médicale interdisciplinaire	Sondage des omnipraticiens – E2
Pratique médicale interdisciplinaire, tendances 3	Autres professionnels de la santé ayant la valeur perçue la plus élevée dans une pratique en équipe	Sondage des omnipraticiens – E3
Pourcentage de patients qui ne sont pas des résidents du Nouveau-Brunswick	Patients avec rendez-vous	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – D2
Lieu de résidence des patients qui ne sont pas des résidents du Nouveau-Brunswick	Patients avec rendez-vous	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – D3
Délai d'attente en moyenne pour les consultations électives	À partir du moment où le patient a été recommandé à un spécialiste jusqu'à sa visite chez le spécialiste	Sondage des spécialistes – D8
Délai d'attente en moyenne pour les consultations urgentes	À partir du moment où le patient a été recommandé à un spécialiste jusqu'à sa visite chez le spécialiste	Sondage des spécialistes – D9
Activités liées à la pratique	Clinique, gestion, travail du comité sur les études médicales, travail non facturable pour s'occuper de la paperasse, autres	Sondage des omnipraticiens et des spécialistes – matrice C (activités)
Secteur de la santé (Cet élément est saisi sous milieux de pratique dans le sondage)	Secteur de la santé dans lequel le médecin travaille (peut en avoir plus d'un) Valeurs possibles : Hôpital Patients hospitalisés Médecine hospitalière Assistance en salle d'opération Service d'urgence Gériatrie et soins de longue durée Oncologie Service de consultations externes Autres (veuillez préciser) Extra-mural Foyer de soins Cabinet de médecin Suppléance Centre de santé communautaire Clinique de santé mentale Santé publique Gouvernement ou société d'État Secteur privé Clinique sans rendez-vous ou après les heures normales Autres	Assurance-maladie/code de lieu de service  Sondage des omnipraticiens et des spécialistes, matrice C – secteur de la santé (milieux de pratique – comprend le pourcentage de temps passé à chacun)



ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION	Source de données
Priorités en matière de mesures ayant une incidence sur le recrutement et le maintien en poste	par médecine familiale et spécialités	Section F du sondage des omnipraticiens Section E du sondage des spécialistes
Commentaires généraux sur les facteurs ayant une incidence sur le recrutement et le maintien en poste de médecins		Section G du sondage des omnipraticiens Section F du sondage des spécialistes

## Sous-système n° 2 – Études (études médicales et études médicales postdoctorales)

Médecine familiale ou désignation de la spécialité	Les 37 spécialités sont énumérées dans la demande de propositions.	
<b>Renseignements généraux</b>		
Nom de l'établissement	Nom de l'université	
Emplacement de l'établissement	Ville et pays	
Nom du programme	Programme d'études médicales de premier cycle ou nom du programme de spécialité	Site Web du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada <a href="http://crmcc.medical.org">http://crmcc.medical.org</a>
Durée du programme	Durée du programme en mois	Site Web du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada <a href="http://crmcc.medical.org">http://crmcc.medical.org</a>
Critères d'admission au programme	Critères d'admission	* AFMC pour les programmes de base * Un M.D. est requis pour l'admission à tous les programmes d'études médicales postdoctorales. * L'accréditation dans un domaine de spécialité principal est requis pour toutes les sous-spécialités.
Langue du programme	Anglais ou français : Langue dans laquelle le contenu du programme est présenté	Sherbrooke, Montréal et Laval offrent les programmes en français. Tous les autres sont offerts en anglais.
Accrédité O/N	Programme a été ou n'a pas été accrédité. S'il a été accrédité, l'organisme d'accréditation est indiqué.	Tous les programmes d'études médicales postdoctorales sont accrédités par le Collège royal et, au Québec, par le Collège des médecins du Québec.
Formation clinique	Est-ce que la formation clinique du programme est offerte au N.-B. et, le cas échéant, à quelle étape du programme (1 <sup>re</sup> année, 2 <sup>e</sup> année,	Coordonnateurs de la formation médicale anglophone et francophone

	3 <sup>e</sup> année, etc.), dans quelle région sanitaire du N.-B. et pendant combien de temps?	du N.-B.
Taux d'attrition	Taux moyen d'attrition. Tout changement considérable des tendances du taux d'attrition pour une institution donnée doit être noté.	Les données du CAPER indiquent une moyenne de 1 à 3 % pour le programme d'études médicales de base.  Le taux est inférieur dans le cas des programmes d'études médicales postdoctorales en raison de la mobilité entre les programmes. On suppose que toutes les personnes terminent les programmes puisque les chiffres sont peu élevés.
Diplômes remis	Niveau du diplôme obtenu : M.D., nom de la spécialité pour laquelle l'accréditation est accordée ou autre diplôme remis	<a href="http://crmcc.medical.org">http://crmcc.medical.org</a> pour les programmes d'études médicales postdoctorales
Changements à être apportés au programme	Description des changements à la capacité du programme, à la durée du programme, aux critères d'admission, etc.	<a href="http://crmcc.medical.org">http://crmcc.medical.org</a>

<b>Information sur les étudiants</b>		
Nombre d'inscriptions	Nombre d'étudiants inscrits à chaque année du programme d'études médicales ou à chaque niveau du programme d'études médicales postdoctorales en septembre 2002	Études médicales : AFMC, coordonnateurs de la formation médicale anglophone et francophone et Lyne St. Pierre Ellis Études médicales postdoctorales : CAPER
Sexe des étudiants inscrits	Pourcentage d'étudiants et étudiantes inscrits à chaque année du programme d'études médicales ou à chaque niveau du programme d'études médicales postdoctorales en septembre 2002	Études médicales : AFMC Études médicales postdoctorales : CAPER
Nombre de places réservées pour les étudiants du N.-B.	Le nombre de places financées par le MSME du N.-B.	Memorial : 10 Sherbrooke : 20 Laval : 2 Montréal : 3 Dalhousie : 20* (*en moyenne)
Nombre d'étudiants du N.-B. inscrits	Étudiants du N.-B. (selon leur adresse permanente) inscrits à chaque année du programme d'études médicales ou à chaque niveau du programme d'études postdoctorales en septembre 2002	Études médicales : AFMC Études médicales postdoctorales : Le CAPER lie l'étudiant à sa province de résidence au moment de sa demande d'admission à la faculté de médecine
Sexe des étudiants du N.-B. inscrits	Pourcentage des étudiants et étudiantes	Études médicales : AFMC Études médicales postdoctorales : CAPER
Langue maternelle des étudiants du N.-B. inscrits	Anglais, français et autres	Information pas disponible pour cette analyse
Compétences linguistiques des étudiants du N.-B. inscrits (compétences linguistiques de travail)	Anglais, français, anglais et français et autres (détails)	Information pas disponible pour cette analyse
Langue de travail préférée des étudiants du N.-B. inscrits	Anglais, français et aucune préférence	Information pas disponible pour cette analyse
Contingent du programme	Le nombre total d'étudiants pouvant être acceptés en première année du programme.	Études médicales : AFMC Études médicales postdoctorales : quota entré par chaque faculté Consulter le site <a href="http://www.carms.ca">www.carms.ca</a> Le nombre d'inscriptions réel; il s'agit d'une donnée plus précise Renseignements sur le contingentement annuel de chaque spécialité au Québec ( <a href="http://www.cmq.org">www.cmq.org</a> )

<b>Information sur les étudiants</b>		
Nombre de diplômés au cours des dix dernières années	Nombre de diplômés chaque année de 1991 à 2001	CAPER – faculté, domaine de formation, sexe, groupe d'âge, lieu d'obtention du diplôme (l'extérieur du Canada représentant une catégorie)
Âge des diplômés	Tranche d'âge des diplômés au moment de l'obtention du diplôme	CAPER
Incitatifs au recrutement offerts aux nouveaux diplômés	Renseignements publics sur les incitatifs offerts par les employeurs	
Lieux possibles d'emploi pour les étudiants après l'obtention du diplôme	Nouveau-Brunswick, autres provinces canadiennes, États-Unis, autres	Aperçu rétrospectif du CAPER dans deux, cinq, dix ans

---

## ANNEXE C – COMITÉ DIRECTEUR ET GROUPE DE TRAVAIL DE MÉDECINS

---

### Membres du Comité directeur

Membre	
Rachel Bard	Coprésidente, sous-ministre adjointe, services de l'Assurance-maladie
Joanne Fletcher	Coprésidente, gestionnaire de projet du ministère de la Santé et du Mieux-être
D <sup>r</sup> Omer Doiron	Comité provincial sur les études médicales, consultant
Lyne St. Pierre Ellis	Conseillère en ressources médicales, ministère de la Santé et du Mieux-être
Lise Daigle	Directrice générale des Services hospitaliers, ministère de la Santé et du Mieux-être
David Godfrey	Direction de l'analyse du marché du travail, Formation et Développement de l'emploi
Pascal Robichaud	Analyste des politiques, ministère de l'Éducation, Affaires postsecondaires
David Balmain	Directeur général, Société médicale du Nouveau-Brunswick
D <sup>r</sup> Ed Schollenberg	Registraire, Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
D <sup>r</sup> John Brewer	Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick
D <sup>r</sup> James O'Brien	Vice-président, médecine, Régie régionale de la santé 2
Dan Arseneau	Président-directeur général, Régie régionale de la santé 5
Michael Kervin	Gestionnaire de projet, Fujitsu
Anne Marie Atkinson	Conseillère principale, Fujitsu
Sonya Hull	Économiste de la santé, Fujitsu

---

## Membres du groupe de travail des médecins

Membre	
D <sup>r</sup> Marcel Mallet	Pneumologue, Régie régionale de la santé 1, Beauséjour
D <sup>r</sup> Mary Catherine MacSween	Endocrinologue, Régie régionale de la santé 1SE
D <sup>r</sup> Douglas Brien	Médecin de famille, Régie régionale de la santé 2
D <sup>r</sup> Ken Lacey	Médecin de famille, Centre de santé communautaire de Stanley, Régie régionale de la santé 3
D <sup>r</sup> John Milczarek	Physiatre, Centre de réadaptation Stan Cassidy, Régie régionale de la santé 3
D <sup>r</sup> Denis Pelletier	Médecin de famille, Régie régionale de la santé 4
D <sup>r</sup> Ed Wilkins	Médecin de famille, Régie régionale de la santé 5
D <sup>r</sup> Jean Pierre Arseneau	Médecin de famille, Régie régionale de la santé 6
D <sup>r</sup> Jane Touchie	Médecin de famille, Régie régionale de la santé 3
David Balmain	Société médicale du Nouveau-Brunswick
D <sup>r</sup> Omer Doiron	Comité provincial sur les études médicales
Lyne St-Pierre-Ellis	Conseillère en ressources médicales, ministère de la Santé et du Mieux-être
Joanne Fletcher	Directrice, Planification stratégique et politique de la santé, ministère de la Santé et du Mieux-être
Anne Marie Atkinson	Fujitsu Conseil
Sonya Hull	Fujitsu Conseil

---

## ANNEXE D – RÉFÉRENCES

---

All President's Forum, Association médicale canadienne, *From Debate to Action : Message to the First Ministers It's time to Put the Health of Canadians First*, janvier 2003.

Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA), *A Physician Workforce Planning Model for the Specialty of Anesthesia*, 2000.

Association des centres de santé de l'Ontario, *Community Health Centres-A Cost Effective Solution to Primary Health Care*, avril 2000.

Association des facultés de médecine du Canada, *CAPER – Annual Census of Post-M.D. Trainees 2002-2003*, 2002-2003.

Association médicale canadienne, *New Brunswick Projections Background Information*, mars 2003.

Barer Morris, Center for Health Policy, *Towards Improved Medical Services for Relatively Underserved Populations*, mai 1999.

Barer, Morris L. et Greg L. Stoddart, Centre for Health Services and Policy Resarch UBC, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, juin 1999, p. 4.

Barer & Stoddart pour les sous-ministres provinciaux et fédéral de la Santé, *Towards Integrated Medical Resource Policies for Canada*, juin 1991.

Canadian Post-M.D. Education Registry Association of Physician Education (CAPER), *Annual Census of Post – M.D. Trainees*, 2002-2003, tableau I-7i, p.116.

Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord – Université Laurentienne, *Geographic Distribution of Physicians in Canada*, mars 1999.

Chan, D<sup>f</sup> Ben, *Predicting Physician Requirements: What Does the Future Hold?*, mai 2001.

*Choisir la prospérité : Une approche équilibrée, Budget de 2002-2003*, mars 2002.

Cohen, May, Fourth International Medical Workforce Conference, San Francisco, *Women in Medicine: The Canadian Perspective*, 1999.

Comité consultatif des services pour le traitement du cancer, *Plan d'action sur la prestation des services de lutte contre le cancer*, septembre 1998.

Comité coordonnateur provincial de la gestion de l'utilisation, *Évaluation du rendement du réseau hospitalier au Nouveau-Brunswick – Phase I*, septembre 1999.

Comité de l'étude sur les services de santé, *Étude sur les services de santé – Rapport du Comité*, 1999.



- 
- Communications Nouveau-Brunswick, *Communiqué en ligne*, 26 octobre 2000.
- Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé, *Renouveler les soins de santé – Rapport du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé*, janvier 2002.
- Dianne Thurber et Linda Buske, *The Class of '94: What has Changed in Post MD Training Since 1989*, AFMC Forum, 2002, volume 35, n° 3.
- Division de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Le plan de gestion des ressources médicales*, 2001
- Division de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Modèle de projection des effectifs médicaux*, 1999.
- D<sup>r</sup> P. Chandrakant et D<sup>r</sup> Brend W. A. Moloughney. Service de promotion de la santé communautaire, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Strategic Review of the Community Health Centre Program*, mai 2001.
- D<sup>r</sup> Robert Tingley, *Primary Care Physician Planning Proposal*, le 22 juillet, 2003.
- Énoncé de principe de l'Association médicale canadienne, *L'Escalade et la déréglementation des frais de scolarité des programmes de formation pré-doctorale en médecine*, 2002.
- Eva Ryten, *A Physician Workforce Planning Model for the Specialty of Anesthesia*, conseiller de l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie, 2000, section 2.0.
- Eva Ryten, Dianne Thurber et Linda Buske, *The Class of 1989 and Post-MD Training*, JAMC, 24 mars 1998, volume 6, p. 158.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Planning Human Resources in Health Care: Towards an Economic Approach. An international Comparative Review*, mars 2003.
- George, Peter, *Shaping Ontario's Physician Workforce – Report of the Expert Panel on Health Professional Human Resources*, juin 2001.
- Groupe de la conception du programme clinique, *Groupe de la conception du programme clinique – Rapport de la phase IIA*, mars 2002.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins en exercice au Canada, de 1989-1990 à 1998-1999*, 2001.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, 2002.
- Joint Position Paper on Training for Rural Family Physicians in Anesthesia*, mars 2001.
- Kirby, Michael J. et Marjory LeBreton (Le Sénat), *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume 2 : Tendances actuelles et défis futurs*, janvier 2002.

- 
- Kirby, Michael J. et Marjory LeBreton (Le Sénat), *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume 3 : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays*, janvier 2002.
- Kirby, Michael J. et Marjory LeBreton (Le Sénat), *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume 4 : Questions et options*, septembre 2001.
- Kwakwa, F., et O. Jonasson, *The General Surgery Workforce*, American Journal of Surgery, 1997, volume 173, pp 59-64.
- L'Association canadienne des chirurgiens généraux, *Mémoire présenté à la Commission Romanow*, 2002.
- L'Association canadienne des internes et des résidents, *The New Face of Medicine: Sustaining and Enhancing Medicare*, octobre 2001.
- Le groupe de travail du Forum médical canadien, *Task Force on Physician Supply in Canada*, novembre 1999.
- Mark Estabrook et coll. *Rural Background and Clinical Rural Rotations During Medical Training: Effect on Practice Location*, Journal de l'Association médicale canadienne, 20 avril 1999, volume 160, p. 8.
- McKendry, Dr. Robert, *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few?*, décembre 1999.
- McMaster University, *Population Change and the Requirements for Physicians: The Case of Ontario*, septembre 2000.
- Milne, Celia, *The Hospitalist Revolution*, The Medical Post, 2002.
- Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel 2001-2002*, p. 53.
- Ministère de la Santé et du Mieux-être, *Plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick 1997, 1997*
- N. Roos, C. Black, J. Wade et K. Decker. *How Many General Surgeons Do You Need in Rural Areas? Three Approaches to Physician Resource Planning in Southern Manitoba*. JAMC, 1996, volume 155, p. 395-401.
- Rapport Expert Panel on Health Professional Human Resources, Ontario 2000.
- Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, *A Discussion Paper by the Consensus Panel on Cardiovascular Human Resources in Ontario. Final Report and Recommendations*, juin 2000.
- Santé Canada, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.
- Section des ressources humaines en santé (SRHS) UBC, *Predicting Physician Requirements: What Does the Future Hold?*, mai 2001.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), *Pregnancy in Residency*, Journal de la SOGC, 1995, volume 17, p.157-158.
- S. Sinal, P. Weavil et M.G. Camp, *Survey of Women Physicians on Issues Relating to Pregnancy During a Medical Career*, Journal of Medical Education, 1998, volume 63, p. 531-538.

---

## ANNEXE E – RÉPONDANTS CLÉS

---

### Analyse de l'offre et de la demande de médecins

#### Entrevues des répondants clés

Société médicale du Nouveau-Brunswick	David Balmain John Marr Janet Maston
Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick	D <sup>r</sup> Ed Schollenberg
Conseillère sur les ressources médicales	Lyne St. Pierre Ellis
Division de l'Assurance-maladie du MSME	Rachel Bard, sous-ministre adjointe
Services hospitaliers du MSME	Lise Daigle Bev Tedford
Service d'épidémiologie du MSME	D <sup>r</sup> Chris Balram D <sup>r</sup> Jian Liu
Affaires postsecondaires du ministère de l'Éducation	Pascal Robichaud
Comité provincial sur les études médicales du N.-B.	D <sup>r</sup> O. Doiron D <sup>r</sup> M. Iype D <sup>r</sup> A. Schofield
Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)	Dianne Thurber

---

**ANNEXE F – DOCUMENTS DU SONDAGE**

---

---

## **ANNEXE G – RÉPONDANTS AU SONDAGE**

---

---

## ANNEXE H – MÉTHODE D'ANALYSE DE LA DEMANDE EN MÉDECINE FAMILIALE

---

### Description des données utilisées pour l'analyse<sup>57</sup>

Les sources de données ayant servi à l'analyse et à la prévision de la demande d'omnipraticiens sont les suivantes :

- les données de facturation de l'Assurance-maladie pour 2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003;
- les données sur les congés des patients de 2001-2002.

L'analyse a initialement été effectuée pour 2001-2002 en recoupant les données de facturation de l'Assurance-maladie avec les données sur les congés des patients afin de vérifier la validité des données. Toutes les analyses de la demande actuelle et future étaient basées sur les données de facturation de l'Assurance-maladie et ont d'abord été effectuées pour 2001-2002, puis vérifiées avec les données de 2002-2003. Les résultats étaient très semblables pour les deux années.

Cette analyse a été effectuée pour tous les médecins inscrits en tant qu'omnipraticiens dans la base de données de facturation. Les médecins pratiquant à salaire ou à la séance peuvent ne pas être inclus. Les résultats des analyses doivent donc être interprétés en tenant compte des variations connues de la répartition et des niveaux d'activité des médecins ayant une pratique à salaire ou à la séance.

### Établissement d'une base de données de la demande en médecine familiale

Tous les dossiers des médecins identifiés comme étant des omnipraticiens ont été extraits de la base de données de facturation de l'Assurance-maladie. Les autres champs considérés incluent :

- Région géographique du médecin et du patient (région sanitaire)
- Âge et sexe du médecin et du patient
- Identificateur du médecin

---

<sup>57</sup>Les données sur les hôpitaux et sur la rémunération à l'acte (Assurance-maladie), combinées aux données connues sur l'emplacement et la démographie des patients et des fournisseurs de services, constituent une source de données complète pour l'analyse de la charge de travail. Ces données, bien qu'elles ne fournissent pas des prévisions exactes, sont supérieures à celles qui sont requises pour se conformer aux définitions de Santé Canada des « équivalents temps plein », qui sont basées uniquement sur le total de la facturation pour les groupes ou les types de médecins. Même si ces données ne correspondent pas à la charge de travail officielle (p. ex. information de valeur relative), elles sont au moins aussi complètes que toutes les données disponibles au Canada à l'heure actuelle.

- Identificateur du patient
- Type de code de service
- Description du service pour le Nouveau-Brunswick
- Montant versé en dollars
- Date du service

### **Classement des soins offerts par les omnipraticiens**

Dans cette base de données, les consultations des patients sont classées selon les catégories ci-suivantes.

**Tableau 208 – Catégories de soins de médecine familiale**

<b>Catégorie</b>	<b>Description</b>
Médecine familiale	Services de médecine familiale de base, sauf les services d'urgence (principalement les « visites au bureau »)
Soins hospitaliers	Comprend les soins intensifs de médecine familiale, visite le 1 <sup>er</sup> jour de soins, le 2 <sup>e</sup> jour, etc.
Soins obstétricaux	Comprend les accouchements, les césariennes, etc.
Soins d'urgence	Comprend les consultations en salle d'urgence.
Anesthésie	Comprend tous les codes d'anesthésie.
Assistance en salle d'opération	Comprend tous les codes d'assistance en salle d'opération.
Visites à domicile	Comprend toutes les visites à domicile.
Foyer de soins	Comprend toutes les visites en foyer de soins.

Ce classement permet d'obtenir une compréhension détaillée des activités de médecine familiale dans l'ensemble de la province, comme il est présenté dans les sections subséquentes.

### **Description des modes de pratique en place des omnipraticiens**

Afin de mieux décrire le type de médecins du domaine de la médecine familiale, les données réelles ont également été calculées selon la région et le nombre d'omnipraticiens qui participent aux différents types d'activités. Le nombre de médecins est calculé en fonction des catégories ci-suivantes.

**Tableau 209 – Catégories de soins médicaux**

Type	Description
Urgence (majeure)	Plus de 50 % de la facturation liée à la médecine familiale globale provient des soins en salle d'urgence.
Urgence (mineure)	Plus de 1 000 \$ de facturation provenant de soins en salle d'urgence.
Obstétrique	Au moins cinq accouchements.
Hôpital \$10K	Plus de 10 000 \$ de facturation pour soins hospitaliers.
Hôpital \$1K	Plus de 1 000 \$ de facturation pour soins hospitaliers.
Domicile	Plus de 25 visites à domicile.
Foyer de soins infirmiers	Plus de 1 000 \$ de facturation pour les soins en foyer de soins infirmiers.
Assistance en salle d'opération	Plus de 50 % de la facturation attribuable à l'assistance en salle d'opération.

Le nombre de médecins (pondéré en fonction de la part du marché) qui pratiquent dans chaque catégorie est présenté dans le tableau ci-suitant.

**Tableau 210 – Catégories cliniques selon le nombre réel d'omnipraticiens (pondéré)**

Région	« Effectif réel » omnipraticiens	Catégories							
		Urgence (majeure)	Urgence (mineure)	Obstétrique	Hôpital \$10K	Hôpital \$1K	Domicile	Foyer de soins	Assist. salle d'opération
1	119.3	22.3	60.2	24.6	76.8	123.0	32.7	3.9	9.0
2	115.4	10.9	32.3	9.4	39.3	70.2	51.2	8.2	5.6
3	112.1	9.0	69.1	20.0	69.1	101.3	58.4	7.9	3.7
4	30.4	1.7	21.0	7.2	29.3	39.0	20.9	3.0	1.3
5	21.3	3.3	15.2	3.8	18.2	26.6	7.2	1.1	1.9
6	57.0	6.6	27.2	8.0	34.0	44.0	29.5	7.1	3.8
7	31.8	2.1	17.0	8.0	20.2	23.8	9.2	2.9	2.7
Total	487.3	56.0	242.0	81.0	287.0	428.0	209.0	34.0	28.0

Pour chacune des catégories cliniques, un « indice » de un ou de zéro est attribué au médecin selon s'il pratique une activité dans la région. L'indice cumulatif de ces catégories a été calculé pour chaque médecin. Par exemple, si un médecin effectue plus de 25 visites à domicile et facture plus de 1 000 \$ en soins en foyers de soins infirmiers, mais ne pratique pas en salle d'urgence, en tant qu'assistant aux opérations, en soins hospitaliers ou en obstétrique, son indice cumulatif est de 2. Cet indice sera alors utilisé pour décrire les modes de pratique réels liés aux activités des omnipraticiens. Se reporter au tableau suivant.



**Tableau 211 – Indice cumulé pour les omnipraticiens**

Région	« Effectif réel » omnipraticiens	Indice cumulatif = 1	Indice cumulatif = 2	Indice cumulatif = 3
1	119.3	69.7	60.3	17.0
2	115.4	40.7	34.4	18.6
3	112.1	34.6	37.2	45.1
4	30.4	14.5	15.3	13.2
5	21.3	12.6	10.2	7.0
6	57.0	17.7	23.8	15.5
7	31.8	16.3	11.8	6.6
Total	487.3	206.0	193.0	123.0

### **Définition des soins de médecine familiale globale**

Les soins de médecine familiale globale comprennent toutes les catégories, sauf l'assistance en salle d'opération, l'anesthésie et certains codes de services détaillés (p. ex. tests d'immunologie). Cette définition exhaustive permet de calculer les exigences réelles quant au nombre de médecins et les besoins de la population. La facturation des soins de médecine familiale globale en tant que pourcentage de la facturation totale par les omnipraticiens était de 92 % et de 90 % en 2001-2002 et 2002-2003, respectivement.

### **Définition des omnipraticiens actifs**

La méthode permettant d'obtenir le nombre précis d'omnipraticiens dans la base de données de l'Assurance-maladie est la suivante :

1. Les médecins dont le total de facturation liée à la médecine familiale globale ou à l'assistance en salle d'opération est inférieur à 25 % de leur total de facturation sont exclus.
2. Pour cerner davantage les médecins pratiquant exclusivement la médecine familiale, les codes de consultation sont examinés. Les médecins dont la facturation de consultation à des spécialistes dépassent 10 000 \$ ou dont le nombre de consultations à des spécialistes dépasse le nombre de consultations de médecine familiale sont exclus. La confirmation des modes de pratique dans la base de données des hôpitaux permet de vérifier ce critère d'exclusion.

Cet exercice a permis de déterminer 629 omnipraticiens admissibles en 2001-2002 et 650 en 2002-2003. Par contre, ce nombre n'indique que les médecins dont la facturation comprend des soins de médecine familiale et ne quantifie pas les niveaux individuels d'activité clinique.

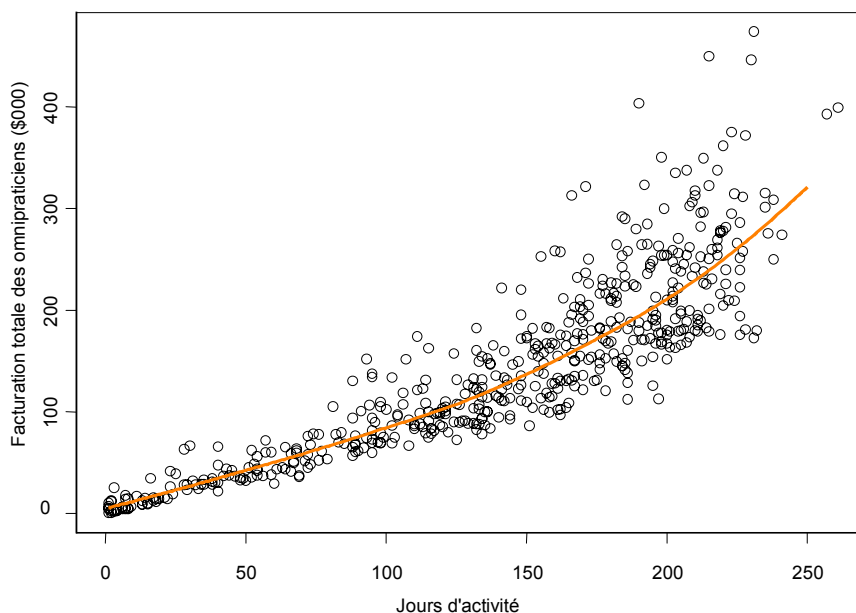
Pour parfaire les mesures d'activité clinique, chaque patient de la base de données qui reçoit des soins dans la catégorie de la médecine familiale de base a été attribué à un médecin, selon le médecin que le patient a visité le plus souvent (en cas d'égalité du nombre de visites, le patient a été attribué à deux médecins ou plus). Chaque patient a été attribué à un omnipraticien (soit environ 567 000 patients en 2001-2002 et 560 000 en 2002-2003). Les patients en obstétrique ont également été attribués à des omnipraticiens selon la même méthode appliquée aux codes de prestation des services en obstétrique.

---

L'attribution des patients aux médecins a permis d'obtenir des mesures de confirmation de l'activité clinique des médecins soit le nombre de patients traités par un médecin.

Afin de déterminer la définition et la quantification de l'activité des médecins, le nombre de patients uniques rencontrés (dans la catégorie des soins de médecine familiale globale) par le médecin tous les jours de l'année de facturation est calculé. Un jour actif correspond à une journée où dix patients uniques ou plus ont été rencontrés (ou à une facturation s'élevant à environ 280 \$). Ensuite, une régression du montant de la facturation est effectuée relativement aux soins de médecine familiale en fonction du nombre de jours actifs par année pour chaque médecin. Les résultats de cette régression sont illustrés à la figure ci-suivante.

**Figure 46 – Montant de la facturation en fonction des jours actifs de soins des omnipraticiens (2002-2003)**



Selon les renseignements obtenus à l'aide de cette analyse, en fonction d'un seuil de 50 jours actifs par année (ou environ un jour de pratique par semaine), les seuils de facturation annuelle de 37 750 \$ pour 2001-2002 et de 42 601 \$ pour 2002-2003 ont été choisis afin de définir les omnipraticiens actifs (les différences liées aux seuils de facturation dénotent les changements apportés au barème de facturation entre ces années). Au cours des années 2001-2002 et 2002-2003, 148 et 175 omnipraticiens, respectivement, se sont retrouvés sous le seuil et 481 et 475 omnipraticiens, respectivement, ont dépassé ces niveaux de facturation liés aux jours actifs.

La facturation moyenne de tous les médecins dépassant ce seuil était de 152 514 \$ en 2001-2002 et de 163 243 \$ en 2002-2003 (ce qui met en évidence les changements apportés au barème de facturation entre ces années). La moyenne, plutôt que la médiane, est la statistique descriptive la mieux appropriée dans ce cas, car il a été prouvé que les médecins dont la facturation est très élevée traitaient aussi un plus grand nombre de patients.

---

Le seuil de facturation des médecins actifs est de 75 000 \$ par année, ce qui représente > 95 % de l'ensemble de la facturation en médecine familiale. Le nombre réel de médecins est fondé sur le rapport de facturation de chaque médecin en fonction de la facturation moyenne des médecins actifs.

Aux fins de la présente analyse, les omnipraticiens inactifs sont les médecins qui ne rencontrent jamais dix patients ou plus au cours d'une journée.

### **Calcul du nombre d'omnipraticiens prévu au Nouveau-Brunswick**

Le nombre prévu d'omnipraticiens actifs requis afin de desservir la population du Nouveau-Brunswick a été calculé selon la méthode suivante :

#### **Facturation totale en médecine familiale globale pour tous les médecins dans la base de données** **Moyenne de facturation totale des omnipraticiens dans le cas des médecins actifs**

**= 489 (487) omnipraticiens actifs en 2001-2002 (2002-2003)**

L'activité des médecins sous le seuil de facturation actif (148 omnipraticiens en 2001-2002 et 175 en 2002-2003) correspond à l'activité effectuée par huit (2001-2002) et 12 (2002-2003) omnipraticiens actifs.

Cette méthode a été confirmée à l'aide du nombre de patients des médecins plutôt que le nombre de factures. Les résultats étaient pratiquement semblables, ce qui permet d'utiliser en toute confiance la facturation pour déterminer les omnipraticiens actifs.

Pour chaque médecin dans la base de données liée à la demande, la « pondération » est calculée. Cette pondération correspond au montant de facturation du médecin divisé par la moyenne du montant de facturation lié à l'activité (152 514 \$ en 2001-2002 et 163 243 \$ en 2002-2003). Il s'agit de la mesure du niveau d'activité relatif par rapport à la moyenne de la facturation. Cette pondération est également utilisée pour attribuer l'activité des médecins aux populations des régions.

### **Calcul des taux selon la population pour les régions sanitaires**

À l'aide de la facturation en médecine familiale par catégorie, les taux de facturation annuels par personne pour chaque catégorie d'activité sont calculés selon l'âge et le sexe pour tous les omnipraticiens dans la base de données de facturation. Par exemple, une femme de 62 ans bénéficie d'un taux de facturation moyen pour le Nouveau-Brunswick de 156,34 \$ pour des soins de médecine familiale globale en 2002/2003. On a appliqué ce taux provincial moyen par personne à la population de chaque région sanitaire pour calculer la facturation prévue par région dans chaque catégorie.

Ce calcul est ensuite comparé à la facturation réelle afin d'évaluer l'utilisation relative des services d'une région à l'autre. Les tableaux suivants résumés les ratios relatifs, réels et prévus pour toutes les activités de médecine familiale et pour la catégorie de services liée aux soins de médecine familiale globale. Les tableaux 212 et 213 traitent des soins de santé de base, des soins d'urgence et des soins hospitaliers et le tableau 214 traite des soins obstétricaux, des soins d'assistance en salle d'opération et des soins d'anesthésie.

**Tableau 212 – Ratios relatifs d'activité réelle et prévue de soins de santé en médecine familiale et en médecine familiale globale (2002/2003)**

Région	Activité prévue – médecine familiale	Activité réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité (réelle/prévue) – médecine familiale	Activité totale prévue – médecine familiale	Activité totale réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité (réelle/prévue) – médecine familiale
1	\$22,315,069	\$21,614,897	97	\$20,151,721	\$19,476,030	97
2	\$20,712,725	\$20,693,046	100	\$18,712,804	\$18,901,471	101
3	\$19,467,961	\$20,398,946	105	\$17,600,049	\$18,300,080	104
4	\$6,240,189	\$5,572,512	89	\$5,639,116	\$4,931,945	87
5	\$3,711,841	\$3,797,305	102	\$3,350,630	\$3,467,380	103
6	\$10,011,101	\$10,214,559	102	\$9,047,557	\$9,274,829	103
7	\$5,558,496	\$5,727,474	103	\$5,021,537	\$5,172,854	103
Total	\$88,017,382	\$88,018,739	100	\$79,523,414	\$79,524,589	100

\* Un ratio relatif supérieur à 100 dénote une surutilisation des services de médecine familiale  
Un ratio relatif inférieur à 100 dénote une sous-utilisation des services de médecine familiale

**Tableau 213 – Ratios relatifs d'activité réelle et prévue de soins de santé de base, de soins de santé d'urgence et de soins hospitaliers (2002/2003)**

Région	Activité de soins prévue – médecine familiale	Activité de soins réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité de soins (réelle/prévue) – médecine familiale	Activité de soins d'urgence prévue – médecine familiale	Activité de soins d'urgence réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité de soins d'urgence (réelle/prévue) – médecine familiale	Activité de soins hospitaliers prévue – médecine familiale	Activité de soins hospitaliers réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité de soins hospitaliers (réelle/prévue) – médecine familiale
1	\$16,558,830	\$16,527,224	100	\$1,367,322	\$798,718	58	\$2,181,637	\$2,138,372	98
2	\$15,364,609	\$16,435,882	107	\$1,294,461	\$1,365,132	105	\$2,019,436	\$1,076,247	53
3	\$14,526,877	\$14,771,941	102	\$1,237,673	\$1,518,281	123	\$1,810,087	\$2,001,833	111
4	\$4,665,683	\$3,614,355	77	\$387,835	\$428,595	111	\$575,751	\$879,706	153
5	\$2,748,714	\$2,448,718	89	\$219,739	\$419,811	191	\$374,049	\$592,070	158
6	\$7,487,602	\$7,250,790	97	\$612,158	\$811,530	133	\$930,168	\$1,124,388	121
7	\$4,127,054	\$4,431,406	107	\$341,570	\$118,848	35	\$543,069	\$621,650	114
Total	\$65,479,369	\$65,480,316	100			100			100

\* Un ratio relatif supérieur à 100 dénote une surutilisation des services de médecine familiale  
Un ratio relatif inférieur à 100 dénote une sous-utilisation des services de médecine familiale

**Tableau 214 – Ratios relatifs d'activité réelle et prévue de soins obstétriques, de soins d'assistance en salle d'opération et de soins d'anesthésie (2002/2003)**

Région	Activité de soins prévue – médecine familiale	Activité de soins réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité de soins (réelle/prévue) – médecine familiale	Activité de soins d'urgence prévue – médecine familiale	Activité de soins d'urgence réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité de soins d'urgence (réelle/prévue) – médecine familiale	Activité de soins hospitaliers prévue – médecine familiale	Activité de soins hospitaliers réelle – médecine familiale	Ratio relatif d'activité de soins hospitaliers (réelle/prévue) – médecine familiale
1	\$16,558,830	\$16,527,224	100	\$1,367,322	\$798,718	58	\$2,181,637	\$2,138,372	98
2	\$15,364,609	\$16,435,882	107	\$1,294,461	\$1,365,132	105	\$2,019,436	\$1,076,247	53
3	\$14,526,877	\$14,771,941	102	\$1,237,673	\$1,518,281	123	\$1,810,087	\$2,001,833	111
4	\$4,665,683	\$3,614,355	77	\$387,835	\$428,595	111	\$575,751	\$879,706	153
5	\$2,748,714	\$2,448,718	89	\$219,739	\$419,811	191	\$374,049	\$592,070	158
6	\$7,487,602	\$7,250,790	97	\$612,158	\$811,530	133	\$930,168	\$1,124,388	121
7	\$4,127,054	\$4,431,406	107	\$341,570	\$118,848	35	\$543,069	\$621,650	114
Total	\$65,479,369	\$65,480,316	100			100			100

\* Un ratio relatif supérieur à 100 dénote une surutilisation des services de médecine familiale  
Un ratio relatif inférieur à 100 dénote une sous-utilisation des services de médecine familiale

### **Influence des changements démographiques sur l'utilisation prévue des services d'omnipraticiens d'ici 2013**

Environ 66 % de la population du Nouveau-Brunswick a eu au moins une consultation au cabinet au cours de l'année. Cependant, l'utilisation prévue des services de médecine familiale par la population varie selon l'âge et le sexe du patient. Comme prévu, pratiquement tous les enfants de 4 ans et moins voient un omnipraticien au moins une fois par année. Les enfants plus âgés et les adolescents rencontrent moins fréquemment les omnipraticiens, si bien que seulement 60 % des enfants de 10 à 14 ans consultent un omnipraticien chaque année. Par la suite, plus de 80 % des femmes consultent un omnipraticien annuellement tout au long de leur vie, tandis que la proportion d'hommes ayant une consultation annuelle en médecine familiale augmente graduellement pour passer de 50 % dans le cas des hommes de 20 à 24 ans à 80 % dans le cas des hommes de plus de 65 ans. De plus, le nombre annuel moyen de consultations en médecine familiale selon l'âge et le sexe suit la même courbe. La figure 41 illustre les différences relatives aux facturations par personne selon l'âge et le sexe. La figure 42 montre la probabilité de consultation en médecine familiale selon l'âge et le sexe et la figure 43 présente le nombre annuel de consultations en médecine familiale selon l'âge et le sexe des patients. Il est clair que l'âge et le sexe ont une incidence significative sur l'utilisation des services de médecine familiale.

Figure 47 – Utilisation des services de médecine familiale par personne, selon l'âge

Utilisation des services de soins de médecine familiale par personne

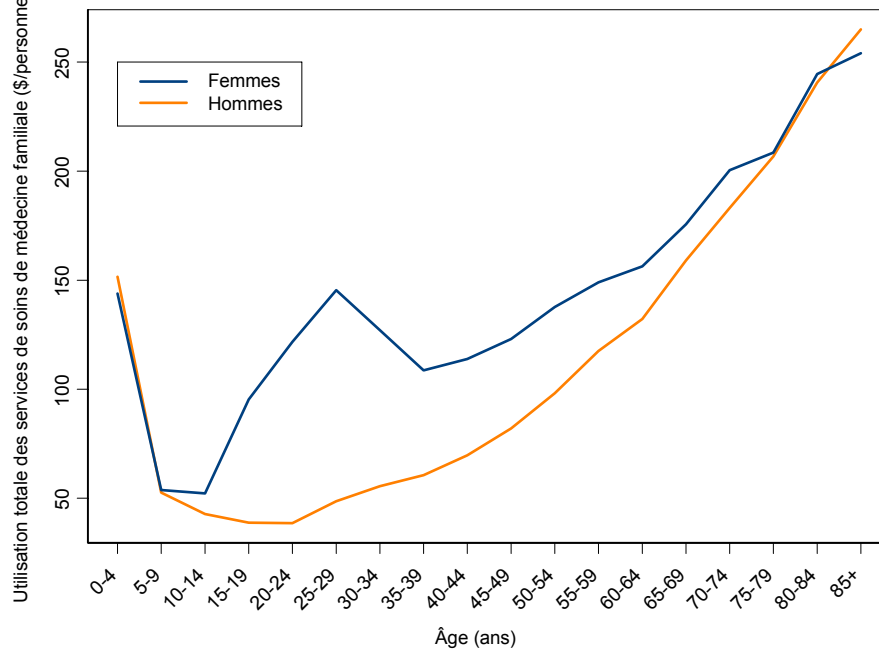


Figure 48 – Probabilité de consultation en médecine familiale, selon l'âge et le sexe

Probabilité de consultation en médecine familiale

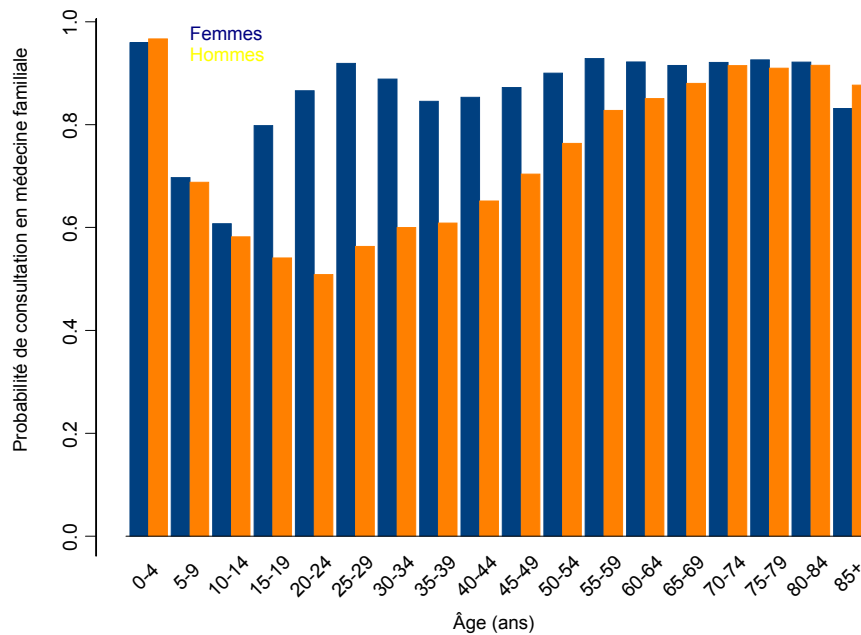
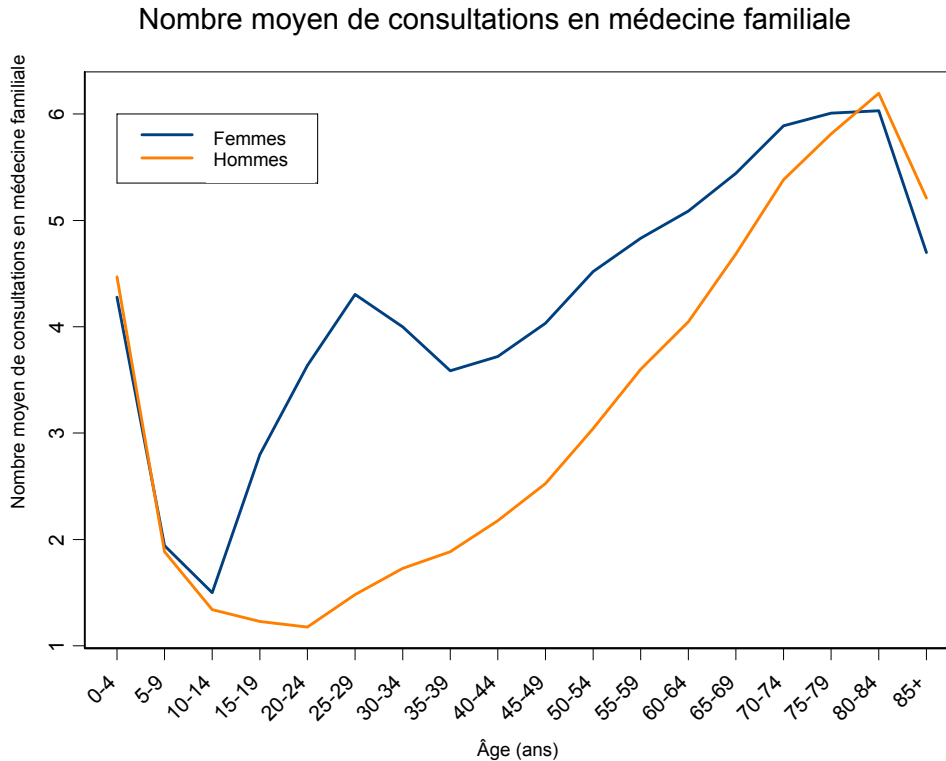


Figure 49 – Nombre moyen de consultations en médecine familiale, selon l'âge et le sexe

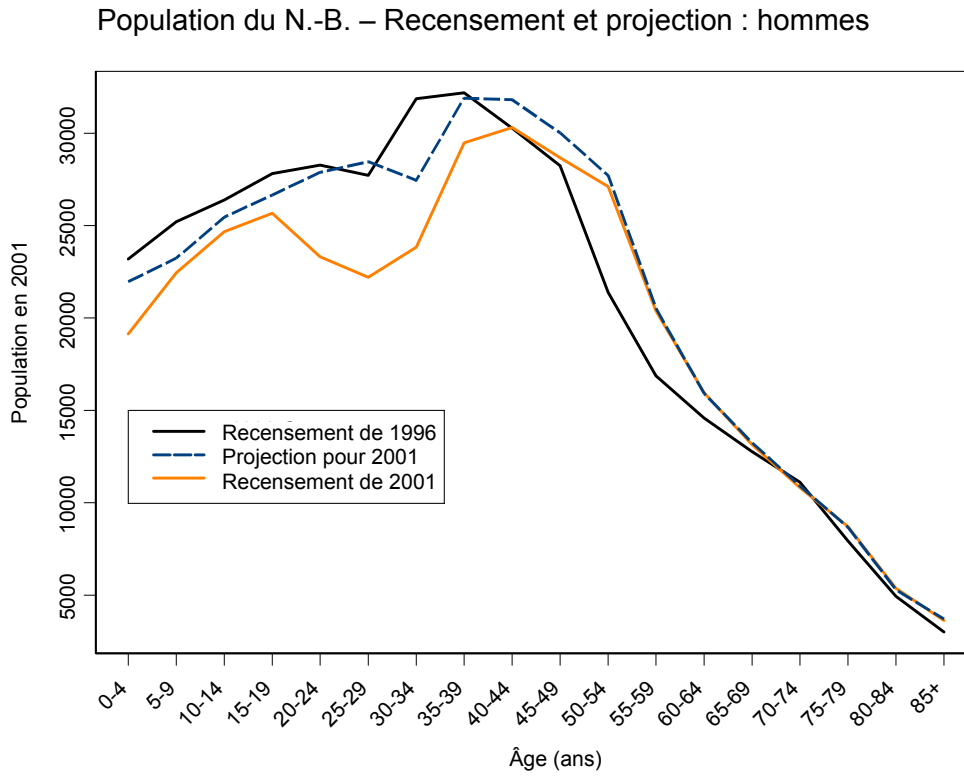


Le demande prévue de services de médecine familiale dépend donc du taux d'utilisation des services selon l'âge et le sexe et de la structure de la population. Afin d'estimer la demande future de services de médecine familiale, les taux actuels de services (facturation annuelle des services de « médecine familiale globale » par personne selon l'âge et le sexe) ont été calculés et appliqués à la taille et à la structure prévues de la population pour chaque région du Nouveau-Brunswick, pour chacune des années de 2001-2002 ou 2002-2003 à 2013.

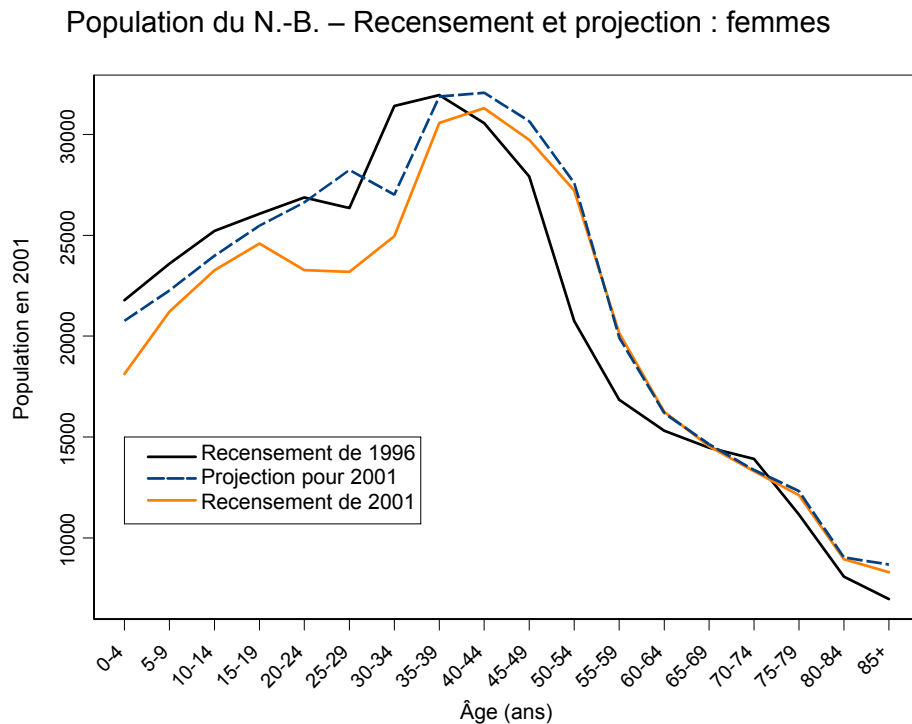
Les projections de la demande de services de médecine familiale sont basées sur les prévisions démographiques du Nouveau-Brunswick jusqu'en 2013, qui ont été préparées en 2000 à partir des projections existantes de Statistique Canada (basées sur les données du recensement de 1996). Malheureusement, les données du recensement de 2001 indiquent que les projections relatives à la structure de la population du Nouveau-Brunswick sont sérieusement compromises par des erreurs significatives.

Les prévisions démographiques ont grandement surestimé la taille globale et la structure de la population. Le vieillissement de la population a par contre été estimé correctement (comme le montre l'estimation correcte de la population des personnes de plus de 50 ans), mais les projections n'ont pas prévu l'importante migration nette des hommes de 20 à 35 ans et des femmes dans la vingtaine ainsi que la combinaison de l'exode des jeunes enfants qui accompagnent leurs parents et de la baisse du taux de natalité provincial causée par l'émigration des jeunes familles. Les chiffres suivants illustrent l'écart important entre les projections pour 2001 (basées sur le recensement de 1996) et les chiffres réels du recensement de 2001.

**Figure 50 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Homme**

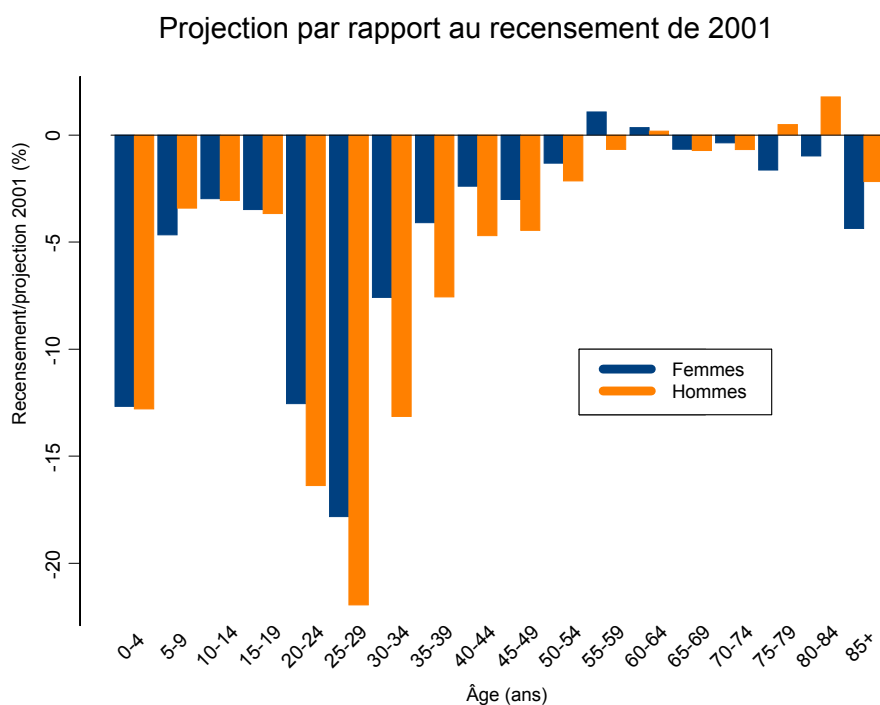


**Figure 51 – Population du Nouveau-Brunswick – Recensement et projection – Femmes**





**Figure 52 – Prévisions démographiques comparées au recensement de 2001**



La structure de la population de la province en 2001 était donc complètement différente de la projection qui en avait été faite en 2000 à partir des données du recensement de 1996. Puisque les prévisions démographiques existantes d'ici à 2016 sont basées sur la même méthode, qui n'a pas tenu compte du phénomène de migration des jeunes adultes, les estimations de la demande future de services de médecine familiale doivent être considérées avec prudence.

Étant donné que les patients de 50 ans et plus comptent pour environ 50 % de la facturation des services de médecine familiale, l'augmentation de la demande due au vieillissement de la population doit être estimée avec précision à partir des prévisions démographiques existantes. Par contre, si le phénomène de migration se poursuit, entraînant une baisse globale de la population jeune, les modes de projection existants surestimeront l'augmentation des besoins de services de médecine familiale, surtout dans les domaines de la pédiatrie et de l'obstétrique.

L'augmentation prévue de la demande de services de médecine familiale a été calculée selon la méthode suivante :

- Pour chaque année (2001-2002 et 2002-2003), le taux de facturation annuel pour les services de médecine familiale globale par personne a été calculé en fonction des chiffres réels du recensement de 2001, selon chaque région sanitaire.
- Ce taux par personne a ensuite été multiplié par la population projetée pour l'année pertinente (2001 ou 2002) et par la population projetée pour chacune des années de 2003 à 2013. Un volume

prévu de facturation relative aux services de médecine familiale a donc été calculé pour chaque année à venir.

La croissance relative du montant lié à la facturation (attribuable en grande partie au vieillissement de la population) a été déterminée en fonction de la facturation projetée pour les années à venir par rapport à la facturation attendue si les prévisions démographiques s'avèrent justes dans l'année de référence. Cette méthode minimise la possibilité d'erreurs relatives aux prévisions démographiques, mais ne tient pas compte de la question de l'incidence d'une diminution future de la population sur la demande prévue.

Le tableau suivant indique les chiffres réels du recensement de la population de 2001, « réels » représentant les rajustements en ce qui a trait à l'âge et au sexe de la population pour décrire les variations prévues au niveau de la demande de services de médecine familiale prévue en raison des différences entre les régions en ce qui a trait à l'âge et au sexe de la population, ainsi que les taux de croissance pour chaque année de 2003 à 2013.

**Tableau 215 – Taux de croissance comparativement à la demande réelle de services de médecine familiale en 2001**

Région	Recensement de 2001	Population « réelle » en 2001	Taux de croissance 2003	Taux de croissance 2004	Taux de croissance 2005	Taux de croissance 2006	Taux de croissance 2007	Taux de croissance 2008	Taux de croissance 2009	Taux de croissance 2010	Taux de croissance 2011	Taux de croissance 2012	Taux de croissance 2013
1	182,745	183,948	1.33	1.95	2.58	3.19	3.77	4.37	4.91	5.49	6.04	6.65	7.22
2	170,395	170,813	1.36	2.04	2.7	3.32	4	4.67	5.36	6	6.6	7.33	7.99
3	162,310	160,656	1.52	2.28	2.98	3.73	4.47	5.24	5.99	6.75	7.5	8.28	9.13
4	52,035	51,475	2.06	3.01	3.93	4.91	5.84	6.74	7.6	8.38	9.04	9.75	10.54
5	29,935	30,585	1.55	2.35	3.11	3.91	4.71	5.5	6.2	6.79	7.42	8.09	8.63
6	82,835	82,587	1.9	2.8	3.76	4.66	5.55	6.37	7.16	7.92	8.6	9.38	10.05
7	45,645	45,837	1.73	2.58	3.31	4.05	4.83	5.57	6.27	6.91	7.51	8.28	8.92
Total	725,900	725,901											

Les besoins liés à la population et les exigences réelles quant au nombre de médecins par région sanitaire pour les années 2001 à 2013 (dans la section suivante) ont été estimés à l'aide de ces prévisions.

### **Calcul du nombre de médecins de famille prévu pour les régions sanitaires du Nouveau-Brunswick**

Pour attribuer les besoins en matière de médecins de famille par région, les médecins qui offrent des services aux patients dans plus d'une région ont dû être comptés. La part du marché des médecins (p. ex. la proportion de facturation pour chaque région) a été utilisée pour répartir la pondération des médecins dans l'ensemble des régions. Cela a permis de répartir l'activité des médecins dans les régions appropriées.

Le nombre d'omnipraticiens actifs requis a ensuite été calculé en divisant la facturation prévue par région par la facturation moyenne pour un omnipraticien actif (tel qu'indiqué dans le tableau suivant).

**Tableau 216 – Omnipraticiens « actifs » prévus par région (2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003)**

Région	Omnipraticiens « actifs » prévus (2000/1)	Omnipraticiens « actifs » prévus (2001/2)	Omnipraticiens « actifs » prévus (2002/3)
1	121.1	124.3	123.8
2	112.7	115.5	114.9
3	106	108.5	107.8
4	33.9	34.7	34.6
5	20.1	20.7	20.6
6	54.3	55.7	55.5
7	30.2	31	30.8
Total	478	490	488

Les nombres prévus d'omnipraticiens ont alors été calculés pour les années à venir, en fonction de l'augmentation prévue de la demande décrite précédemment. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 217 – Omnipraticiens « actifs » prévus par région pour 2001 et 2003 à 2013**

Région	Omnipraticiens « actifs » prévus 2001	Omnipraticiens « actifs » prévus 2003	Omnipraticiens « actifs » prévus 2004	Omnipraticiens « actifs » prévus 2005	Omnipraticiens « actifs » prévus 2006	Omnipraticiens « actifs » prévus 2007	Omnipraticiens « actifs » prévus 2008	Omnipraticiens « actifs » prévus 2009	Omnipraticiens « actifs » prévus 2010	Omnipraticiens « actifs » prévus 2011	Omnipraticiens « actifs » prévus 2012	Omnipraticiens « actifs » prévus 2013
1	121.1	122.5	123.7	125.0	126.2	127.3	128.4	129.4	130.5	131.5	132.4	133.2
2	112.7	113.4	114.1	114.9	115.6	116.3	117.1	117.9	118.7	119.4	120.2	121.0
3	106	107.1	108.1	109.2	110.2	111.2	112.3	113.3	114.3	115.3	116.2	117.2
4	33.9	34.3	34.7	35.1	35.5	35.8	36.2	36.5	36.8	37.1	37.4	37.6
5	20.1	20.2	20.3	20.4	20.5	20.6	20.8	20.9	21.0	21.0	21.2	21.3
6	54.3	54.8	55.2	55.6	56.1	56.5	56.9	57.3	57.7	58.1	58.5	58.8
7	30.2	30.3	30.4	30.5	30.6	30.7	30.9	31.0	31.1	31.2	31.5	31.6
Total	478.3	482.5	486.5	490.7	494.6	498.5	502.5	506.3	510.1	513.7	517.3	520.7

Pour comprendre les services de médecine familiale actuels fournis à chaque région, la pondération de chaque cabinet médical (c.-à-d. la facturation divisée par la facturation moyenne des médecins « actifs ») a été répartie entre les régions sanitaires selon la répartition de la région sanitaire d'origine des patients du médecin. Ainsi, le nombre réel d'omnipraticiens de chaque région indique la répartition de l'activité actuelle des médecins (en pondération) dans toutes les régions selon la part de marché.

L'effectif total pondéré de médecins impartis à chaque région est représenté dans le tableau ci-dessous. Par exemple, il y avait 119,6 omnipraticiens « réels » dans la région n° 1. De plus, les médecins ont été classés selon leur niveau d'activité et affectés de la même façon à des régions sanitaires selon la part de marché. Les médecins ont été classés en fonction du nombre de jours « actifs » par an. Comme l'indique le tableau ci-après, sur les 408 médecins comptant 100 jours « actifs » ou plus en 2002-2003, l'équivalent de 100,9 médecins ont desservi la région n° 1.

---

**Tableau 218 – Omnipraticiens « réels » et omnipraticiens par niveau d'activité (2002-2003)**

Région	Omnipraticiens « réels »	Nombre d'omnipraticiens ayant 100 jours ou plus d'activité	Nombre d'omnipraticiens ayant entre 50 et 99 jours d'activité	Nombre d'omnipraticiens ayant entre 1 et 49 jours d'activité	Médecins inactifs (ayant 0 jour d'activité)
1	119.6	100.9	21.1	30.9	18.6
2	115.4	94.9	16.8	21.6	10.8
3	112.0	97.6	10.6	16.3	13.3
4	30.5	27.3	7.9	10.7	3.4
5	21.5	16.7	4.2	8.4	2.9
6	57.5	43.3	5.9	14.7	5.8
7	31.7	27.3	1.5	8.5	3.2
Total	488.2	408.0	68.0	111.0	58.0

---

## **ANNEXE I – MÉTHODE D'ANALYSE DE LA DEMANDE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE**

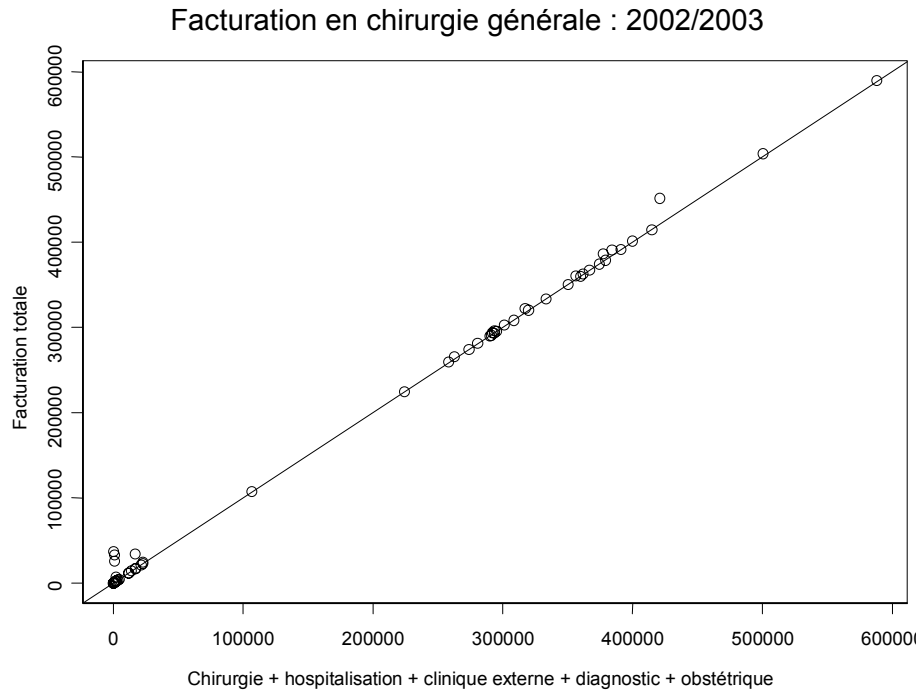
---

Les données disponibles pour cette analyse de la planification étaient les données sur les congés des patients des Services hospitaliers (données DAD de l'ICIS) pour les exercices financiers 1997-1998 à 2001-2002 et la base de données du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick pour les exercices financiers 2000-2001 à 2002-2003 (les données sur les hôpitaux n'étaient pas disponibles pour l'exercice financier complet le plus récent).

Les analyses sont fondées sur les données extraites à partir des factures annuelles des chirurgiens généralistes contenues dans la base de données de l'Assurance-maladie. Cette mesure des activités cliniques est compromise par le fait qu'un nombre restreint de chirurgiens ont signalé des activités en clinique hospitalière qui n'ont pas été facturées à l'Assurance-maladie (p. ex. les médecins salariés). Par conséquent, les données de facturation ont été complétées à l'aide d'un « équivalent de facturation » pour ces quelques chirurgiens selon les activités hospitalières effectuées au cours des deux dernières années pour lesquelles les données des hôpitaux sont disponibles. Pendant la dernière année de données de facturation (2002-2003), pour laquelle aucune donnée sur les hôpitaux n'était disponible, l'équivalent de facturation pour ces médecins a été estimé en fonction des activités hospitalières de l'année précédente et de la tendance vers l'augmentation des taux de facturation chez la plupart des médecins actifs (cette méthode suppose que ce petit groupe de médecins sont demeurés actifs pendant le dernier exercice financier au cours duquel aucune donnée des hôpitaux ou de la facturation n'était disponible).

Les activités de « facturation de base » comprenaient les facturations chirurgicales, hospitalières, obstétricales, de clinique externe et de diagnostic soumises par ces médecins et excluaient les facturations pour l'assistance en salle d'opération. Comme l'illustre la figure suivante, ces données de facturation de base comprennent pratiquement toutes les activités de facturation des chirurgiens généralistes actifs.

**Figure 53 – Facturation de base des chirurgiens par rapport à la facturation totale**

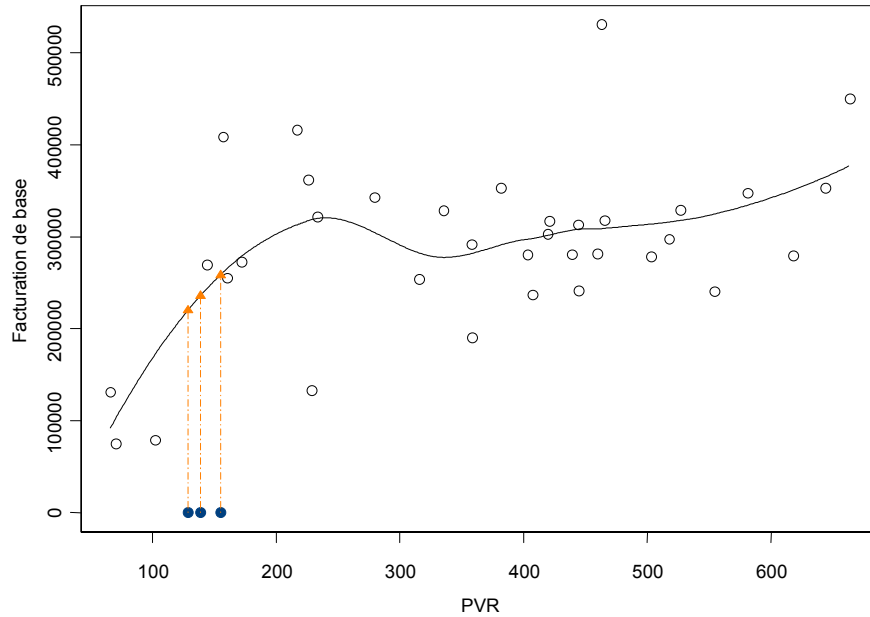


Dans le cas des médecins moins actifs (partie inférieure droite du graphique), les factures résiduelles supplémentaires sont liées principalement à l'assistance en salle d'opération.

La définition des équivalents de facturation de base dans le cas des médecins salariés comprenait une évaluation de la relation entre les activités de facturation et les activités hospitalières par le biais de méthodes de régression locales. L'activité de facturation équivalente des médecins salariés était ensuite estimée en fonction de cette relation pour les exercices financiers 2000-2001 et 2001-2002, puis extrapolée pour l'exercice financier 2002-2003 selon les données de l'exercice 2001-2002. Cette méthode est illustrée dans la figure ci-dessous.

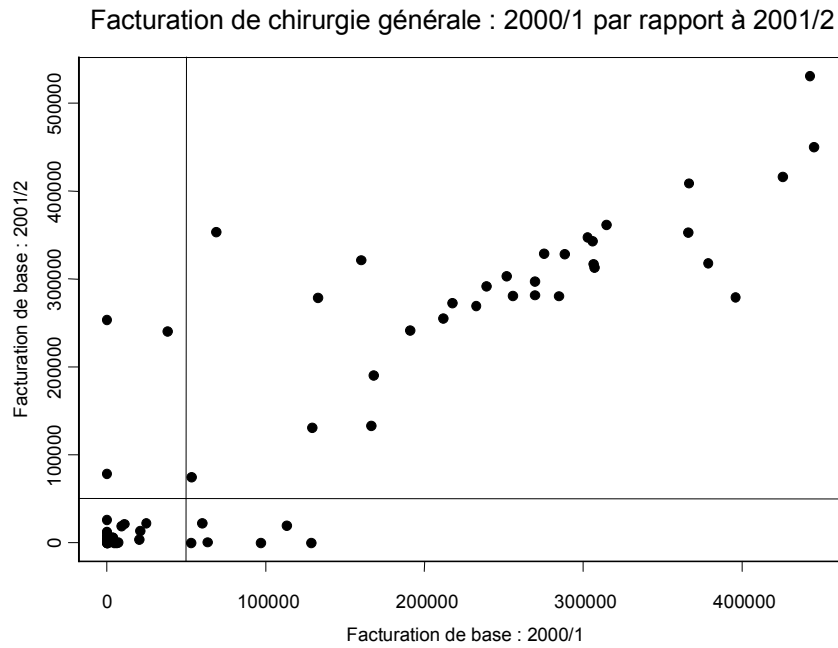
**Figure 54 – Relation entre les activités hospitalières (PVR) et la facturation de base des chirurgiens.  
Facturation estimée pour les médecins salariés en fonction de la relation**

Chirurgie générale : PVR 2001/2 par rapport à la facturation de base

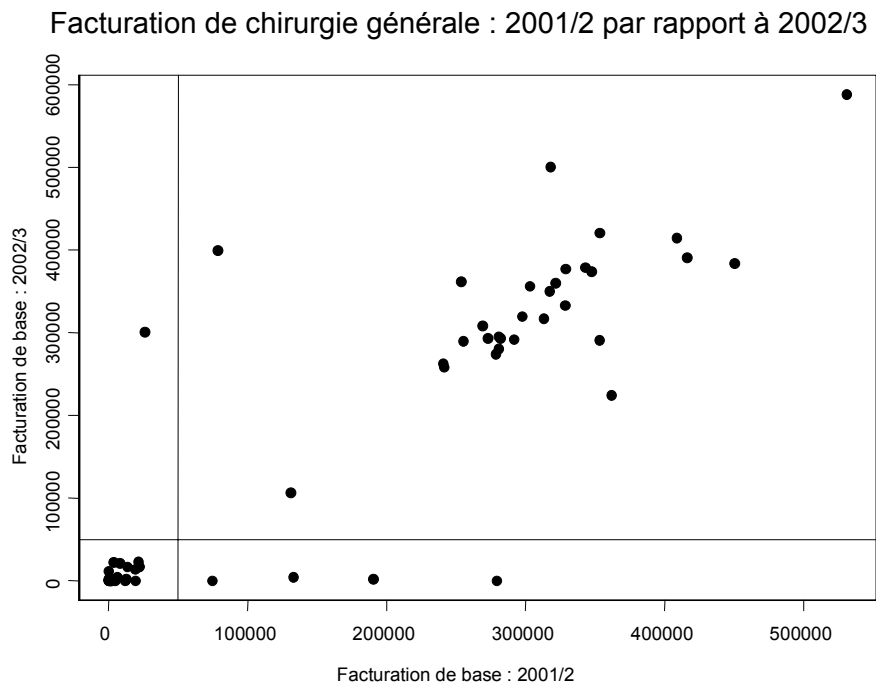


Pour déterminer quels médecins ont commencé ou quitté une pratique active, on a examiné l'activité de facturation pour chaque paire d'années consécutives et repéré les chirurgiens qui franchissaient le seuil de facturation faible de 50 000 \$ par année (voir les figures 50 et 51).

**Figure 55 – Facturation de base des chirurgiens pour l'exercice financier 2000-2001 par rapport à l'exercice financier 2001-2002**



**Figure 56 – Facturation de base des chirurgiens pour l'exercice financier 2001-2002 par rapport à l'exercice financier 2002-2003**





Parmi les chirurgiens généralistes contenus dans la base de données, 44 étaient « inactifs » (c.-à-d. moins de 50 000 \$ en facturation de base) au cours des deux années, trois n'exerçaient plus (c.-à-d. plus de 50 000 \$ au cours de l'exercice financier 2000-2001 et moins de 50 000 \$ au cours de l'exercice financier 2001-2002), un chirurgien avait entamé une pratique active et 29 étaient « actifs » au cours des deux années. Les cinq médecins présumés salariés ne font pas partie du graphique.

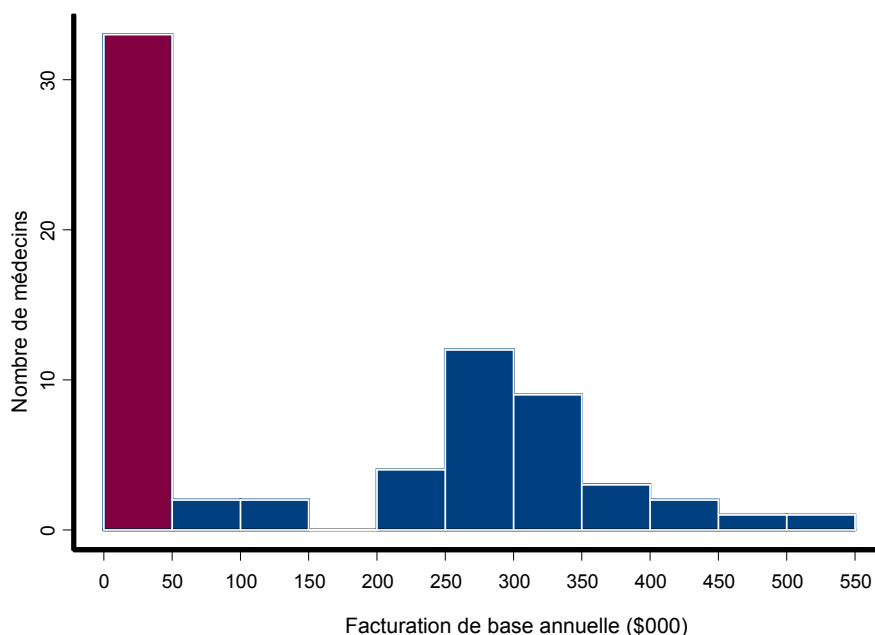
Il est intéressant de noter que les médecins qui ont entamé une pratique active étaient âgés de 31 à 35 ans, tandis que ceux qui n'exercent plus sont à l'âge de la retraite, à la mi-carrière et plus jeunes (on présume que ces derniers ont quitté la province). Parmi les médecins qui sont demeurés inactifs, on compte des hommes et des femmes âgés de moins de 40 ans, ainsi que des hommes chirurgiens plus âgés.

Par conséquent, il y a eu une baisse nette du nombre de chirurgiens généralistes actifs au cours des trois dernières années. La facturation totale parmi les médecins actifs demeure inchangée; la moyenne des factures augmente de façon proportionnelle aux hausses des barèmes de facturation et à la charge de travail supplémentaire.

Il est évident qu'un grand nombre de chirurgiens désignés comme chirurgiens généralistes dans les bases de données des hôpitaux affichent de faibles niveaux d'activité clinique dans les deux cas. La répartition des chirurgiens par activité de facturation est illustrée dans la figure 53 (exercice financier 2000-2001). La répartition au cours des deux années subséquentes est très semblable.

**Figure 57 – Répartition des chirurgiens généralistes par facturation annuelle pour ceux qui ont soumis plus de 0 facture au cours de l'exercice financier 2000-2001**

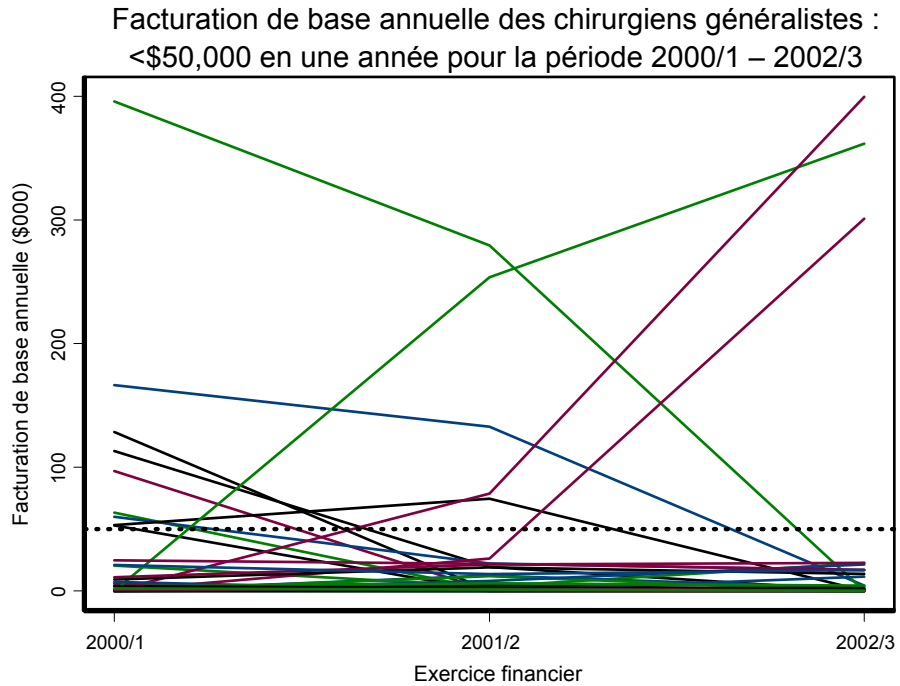
Répartition de la facturation annuelle des chirurgiens généralistes : 2000/1



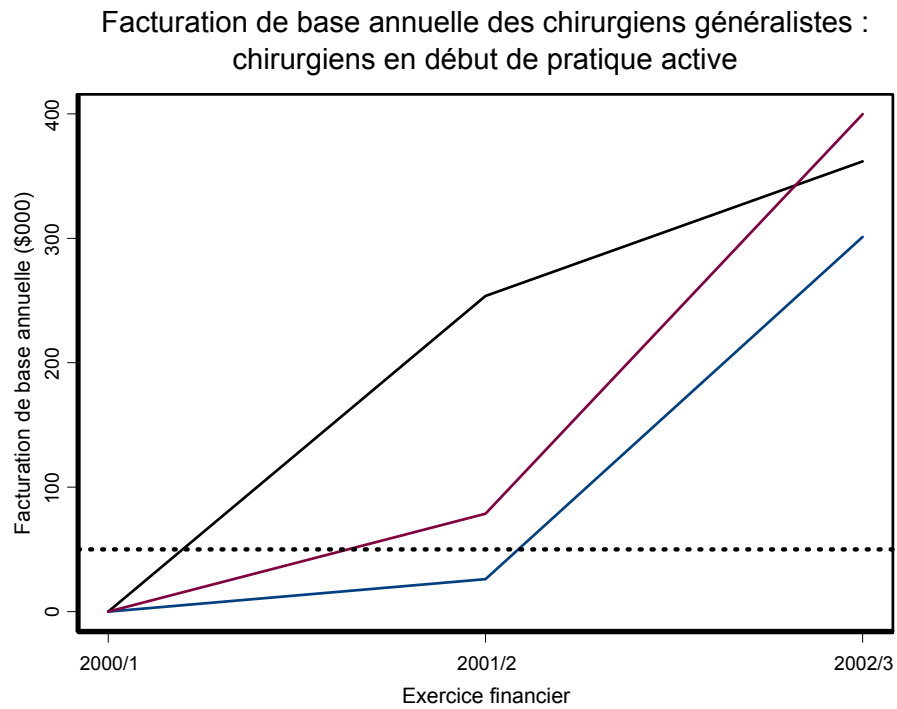
Afin de surveiller la stabilité des tendances de facturation, les activités de facturation sont illustrées dans la série de figures ci-dessous pour les chirurgiens généralistes dont la facturation est inférieure au seuil de

50 000 \$ pendant au moins une année. La figure 6 illustre toutes les activités de facturation de ces chirurgiens, la figure 7 illustre les activités des médecins jugés prêts à commencer une pratique active, la figure 8 illustre les activités de ceux qui sont jugés prêts à quitter leur pratique active, et la figure 9 présente les médecins dont la facturation est demeurée sous le seuil des 50 000 \$ au cours des trois années complètes.

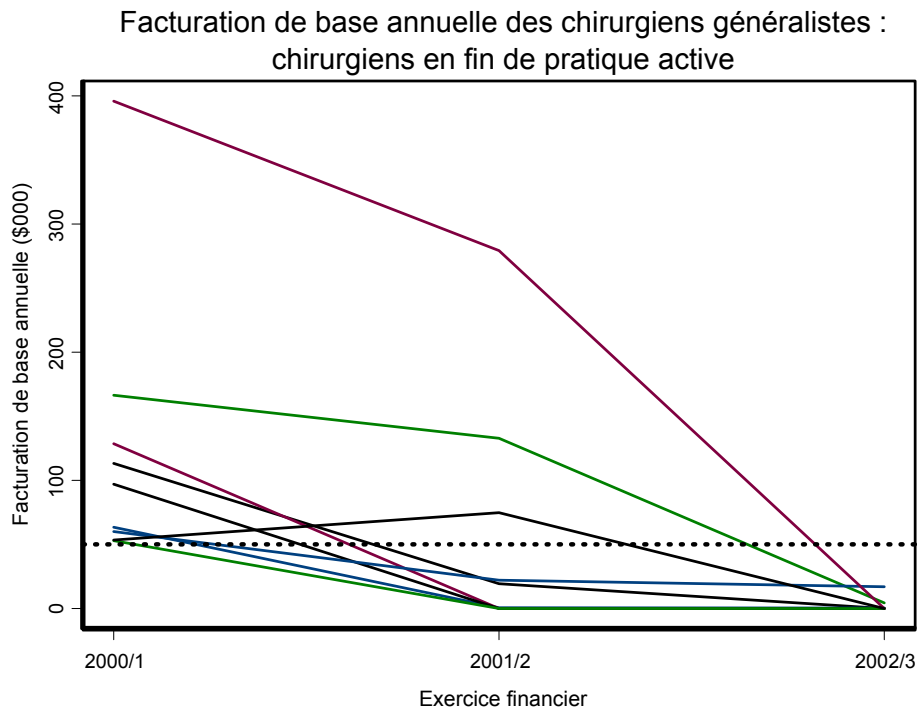
**Figure 58 – Activités de facturation pour tous les chirurgiens généralistes dont la facturation est inférieure à 50 000 \$ pendant au moins une année**



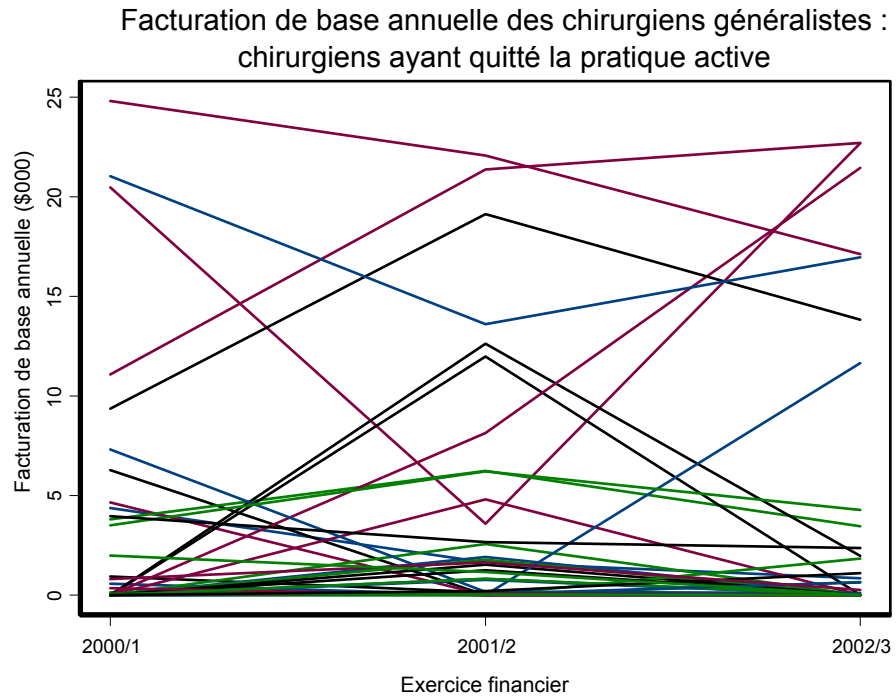
**Figure 59 – Facturation annuelle pour les chirurgiens généralistes commençant une pratique active**



**Figure 60 – Facturation annuelle pour les chirurgiens généralistes quittant une pratique clinique active**



**Figure 61 – Facturation annuelle pour les chirurgiens dont la facturation est inférieure au seuil pendant les trois années**



---

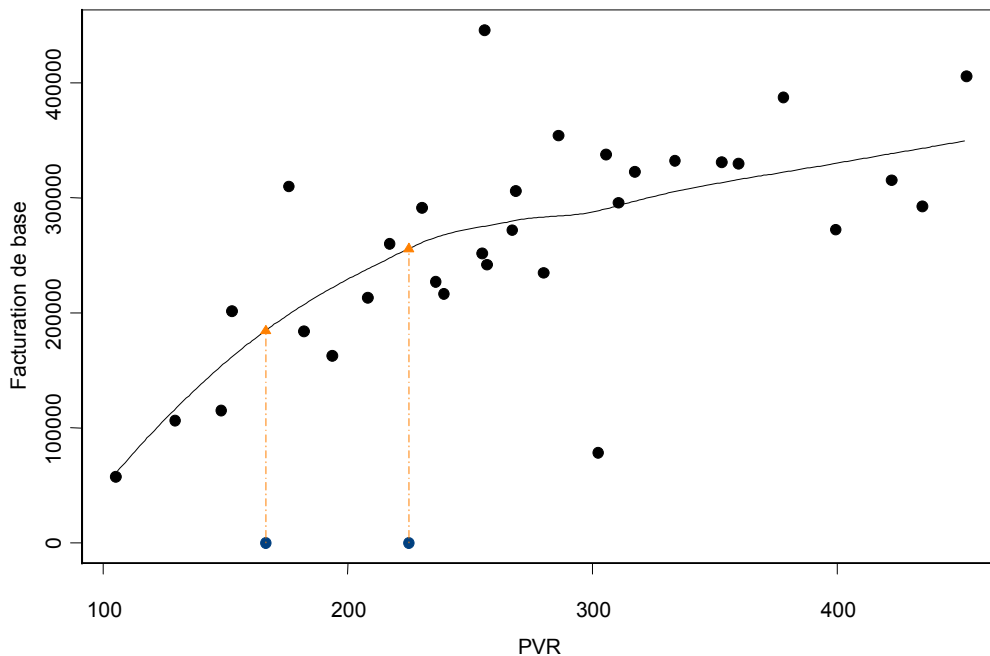
## ANNEXE J – MÉTHODE D'ANALYSE DE LA DEMANDE EN OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

Aux fins de cette analyse, les activités de facturation de base des obstétriciens et des gynécologues comprenaient les facturations chirurgicales, hospitalières, obstétricales, de clinique externe et de diagnostic. En outre, le nombre d'accouchements par année a été estimé en fonction des données des hôpitaux et de la facturation disponibles pour chaque médecin. La facturation estimée pour les médecins salariés a été imputée à chaque année et extrapolée au besoin.

**Figure 62 – Relation entre les activités hospitalières (PVR) et la facturation de base des chirurgiens.  
Facturation estimée pour les médecins salariés en fonction de la relation**

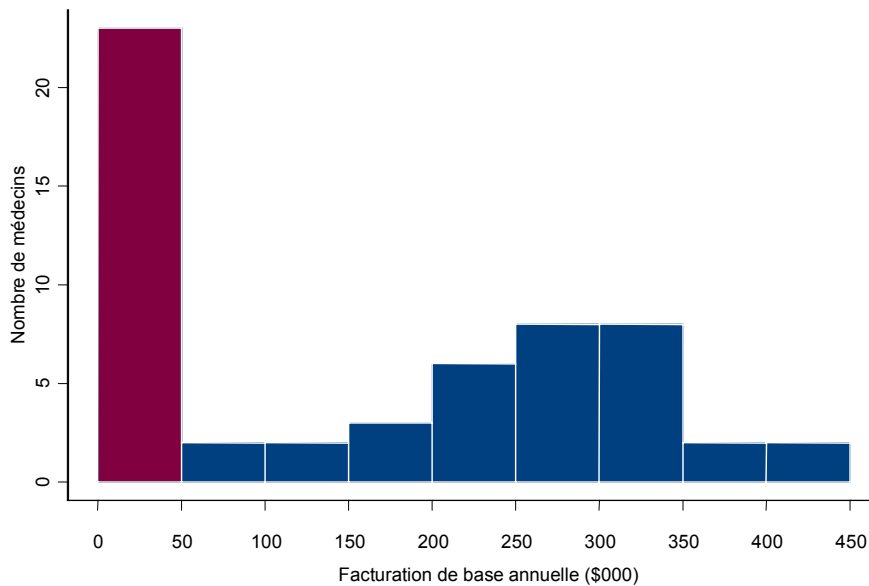
Obstétrique et gynécologie : PVR 2001/2 par rapport à la facturation de base



Le nombre de médecins commençant ou quittant une pratique clinique « active » a été évalué pour chacune des paires d'années consécutives. Comme l'illustre la figure suivante, une bonne partie des médecins consignés dans la base de données ont été identifiés comme des obstétriciens ou des gynécologues dont les niveaux d'activités cliniques étaient faibles chaque année (c.-à-d. un total de revenu inférieur à 50 000 \$ ou l'équivalent). Il est intéressant de noter que le seuil de 50 000 \$ représente la valeur approximative, de sorte que la valeur médiane des facturations liées aux activités cliniques dépassant le seuil est cinq fois plus élevée que la valeur du seuil, ce qui représente une démarcation raisonnable pour déterminer un seuil pour les activités cliniques actives dans cette spécialité.

**Figure 63 – Répartition des obstétriciens et des gynécologues par facturation annuelle pour ceux qui ont soumis plus de 0 facture au cours de l'exercice financier 2000-2001**

Répartition de la facturation annuelle des obstétriciens-gynécologues : 2000/1



Une analyse plus poussée démontre qu'un certain nombre de ces médecins offrent principalement des soins obstétriques (voir la figure ci-dessus) et que les autres types de facturations sont relativement peu nombreux dans les autres catégories de services chirurgicaux et hospitaliers.

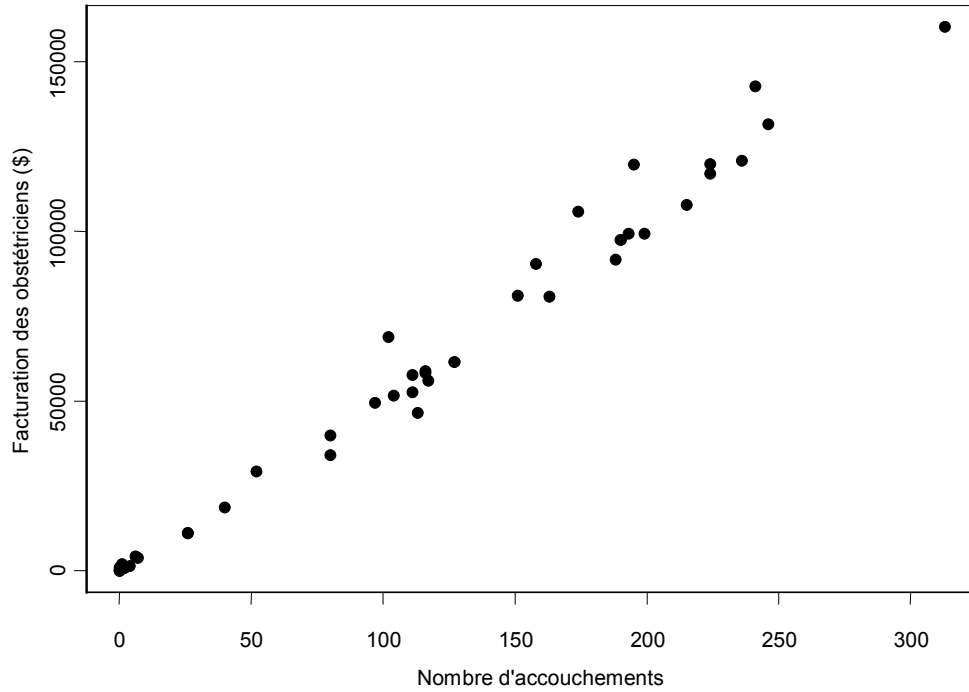
La figure ci-dessous présente la facturation des obstétriciens par rapport au nombre d'accouchements (exercice financier 2001-2002).

Des médecins ayant effectué plus de 10 accouchements pendant l'exercice 2002-2003, quatre sont âgés de moins de 35 ans et l'un d'entre eux est un homme âgé de moins de 45 ans dont les activités ont augmenté au cours de la dernière année.

Par conséquent, le seuil des « activités cliniques » a été révisé afin d'inclure les accouchements annuels dépassant un seuil (déterminé comme étant 1/5 de la valeur médiane au-dessus de ce seuil soit environ 28 accouchements par année). Le nombre total d'accouchements et de facturations par les obstétriciens sont étroitement liés (voir la figure 8); par conséquent, il importe peu que le nombre total d'accouchements ou de facturations par les obstétriciens soit utilisé comme une mesure des activités liées à l'obstétrique. Le nombre d'accouchements a été utilisé, car il peut être mesuré pour les médecins salariés à partir des données des hôpitaux.

---

**Figure 64 – Facturation des obstétriciens par rapport au nombre d'accouchements – 2001-2002**  
Facturation des obstétriciens par rapport au nombre d'accouchements – 2001/2



---

## **ANNEXE K – SECTION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ (PROPOSITION)**

---

### **Introduction**

Les activités de gestion des ressources humaines en santé (RHS) sont complexes et devraient être considérées selon le point de vue des systèmes. Il est préférable d'adopter une approche de planification intégrée, c'est-à-dire prévoir la composition de l'effectif la plus efficace pour répondre aux besoins de la population. Bien que ce rapport traite précisément de la planification des ressources médicales, la proposition pour créer une section des ressources humaines en santé est définie et décrite dans cette section à un niveau de macro gestion et planification pour souligner les avantages d'une approche intégrée. L'offre, la répartition, la qualité, le déploiement, l'organisation et l'utilisation des ressources humaines en santé revêtent le plus grand intérêt pour les multiples intervenants du gouvernement du Nouveau-Brunswick, des régies régionales de la santé, de plus de 30 associations de professionnels de la santé et d'organismes de réglementation, de plusieurs syndicats, des institutions de formation et des autorités scolaires, des fournisseurs de soins de santé ainsi que du grand public. Il devient donc évident que dans un effort visant à régler des problèmes systémiques, la planification et l'élaboration d'une politique pertinente ne sauraient se restreindre à une seule profession.

La gestion de la main-d'œuvre en santé a pour but de déterminer et d'atteindre le nombre, la diversité et la répartition optimaux des ressources humaines, à un coût abordable pour la province, et l'utilisation efficace des ressources dans l'intérêt général.

Plusieurs facteurs structurels, tels que l'organisation, le financement et la gestion des systèmes d'éducation et des soins médicaux à l'échelle provinciale tout comme les accords fiscaux à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale, ont des répercussions importantes sur la gestion de la main-d'œuvre en santé. En outre, les questions en matière de prestation des services, telles que les structures organisationnelles et les activités de gestion, ont également de sérieuses répercussions sur la gestion des ressources humaines en santé. Une approche de planification rationnelle est essentielle pour régler ces questions complexes ainsi que toute question connexe. Cependant, à l'échelle nationale et internationale, la progression vers une approche de planification systématique pour gérer les ressources humaines en santé a été très lente.

Une approche systématique pourrait inclure l'évaluation et la prévision de l'offre et de la demande pour repérer et résoudre les déséquilibres actuels et futurs dans le cadre d'une planification stratégique du secteur de la santé. Il est difficile de résoudre les problèmes de rajustement de l'offre afin de répondre à la demande prévue, sans obtenir la collaboration soutenue :

- entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère de l'Éducation, Enseignement postsecondaire;
- entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé;
- des modèles en collaboration interprofessionnels entre le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick et les organismes de réglementation ainsi que les associations de professionnels de toutes les professions de la santé.



---

L'intégration de la gestion des ressources humaines en santé à la planification stratégique (services et finances) à l'échelon des régions régionales de la santé sous-entend la détermination d'un éventail de ressources à la fois approprié et efficace afin de fournir les services requis dans les régions, conformément au plan provincial des services de santé. Ce niveau de planification permettra aux régions régionales de la santé de mieux planifier et de mieux gérer leurs ressources humaines en santé et d'éviter une concurrence interrégionale de même que le recrutement ponctuel et la gestion de crises qui en découlent.

Toute planification rationnelle repose sur la base d'information nécessaire pour soutenir les activités de planification. Il est important de déterminer et d'examiner le type, le niveau et la qualité (source) des renseignements nécessaires à la gestion des ressources humaines en santé afin d'établir des structures et d'entamer des processus pour entreprendre cette planification.

### **Type d'information disponible pour l'élaboration de bases de données sur la main-d'œuvre**

Le type de données nécessaires dépend de l'utilisation et de l'application prévues (à quoi serviront ces données?). Évidemment, des données sur l'offre et la demande sont obligatoires, mais comment doit-on les utiliser? La surveillance de la diversité et la répartition de la main-d'œuvre, l'élaboration et l'analyse des politiques relatives à la main-d'œuvre, ainsi que l'évaluation des tendances en matière de déploiement de la main-d'œuvre constituent les fonctions de base de la gestion de la main-d'œuvre qui comptent énormément sur les données et l'information.

Les bases de données administratives des associations professionnelles et des organismes de réglementation ont traditionnellement fourni les données essentielles relativement au nombre et à l'emplacement du personnel médical, comme c'est le cas des huit groupes réglementés de professionnels en soins de santé qui fournissent de tels renseignements au Nouveau-Brunswick. L'utilisation secondaire de données administratives existantes présente des avantages et des inconvénients. Un coût inférieur à celui de la collecte de données primaires ainsi que l'actualité des données recueillies sont des atouts, mais l'étendue et l'exhaustivité de ces données sont habituellement limitées. À moins que des identificateurs personnels ne figurent dans ce type de base de données, la compilation longitudinale des renseignements est impossible, limitant ainsi la valeur analytique des données.

L'information relative aux paiements des services de santé provinciaux fondés sur la population, versés à l'acte aux omnipraticiens, aux spécialistes et aux autres fournisseurs, constitue un autre type de donnée administrative. Ces renseignements permettent de mieux comprendre l'utilisation des soins de santé et, de façon limitée, la demande de services de santé ambulatoires.

Des données sur les soins institutionnels et sur les soins de courte et de longue durée sont disponibles sous les auspices de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui est un entrepôt national pour plusieurs bases de données générales ou axées sur des maladies ou des procédures, comme la base de données sur les congés des patients (DAD), le registre canadien des remplacements articulaires et le registre canadien du cancer.

Enfin, des sondages nationaux sur la santé de la population ont été effectués depuis le début des années 1990 en ce qui a trait à l'état de santé et l'utilisation des soins de santé; on y trouve des renseignements socio-démographiques et socio-comportementaux plus détaillés sur les répondants des sondages. Dans toutes les bases de données susmentionnées, l'omnipraticien ou le patient est le sujet à l'étude. En outre,

---

l'ICIS recueille chaque année de vastes quantités de données sur l'utilisation des ressources des soins de santé grâce à sa base de données SIG. Dans ce cas, les institutions de soins de santé font l'objet de l'étude.

### **Niveau d'information pour l'analyse longitudinale et en coupe**

Dans le monde idéal de la planification des soins de santé, toutes les données seraient cueillies au niveau individuel, qu'il s'agisse des patients ou du personnel. Aux fins pratiques, toutefois, il faut accepter une combinaison de diverses unités d'observation. Bien que les données d'inscription professionnelle soient disponibles au niveau individuel, d'autres renseignements, tels que la conception du système, la structure et le comportement des gestionnaires ou encore l'information financière, ne seront disponibles tout probablement qu'au niveau de l'organisme ou de la région. La variable écologique représente le troisième niveau de données pour lequel les renseignements liés à la communauté, comme le revenu moyen ou l'éducation, s'appliquent vraisemblablement aux personnes faisant l'objet de l'étude. Il existe des méthodologies pour utiliser divers niveaux d'information, ce qui permet une utilisation optimale des données en vue d'appuyer la prise de décisions.

Cependant, l'unité d'observation présente des limites en ce qui a trait aux types d'analyses pouvant être effectuées et, par conséquent, elle aura une incidence sur la validité des conclusions tirées. En utilisant l'individu comme unité d'observation, désignée par un identificateur personnel pour assurer un suivi dans le temps, les régions ou les emplois, il sera possible d'effectuer des analyses longitudinales qui examineront les relations de cause à effet. En revanche, lorsque des groupes de personnes sont examinés à différents moments (mais pas les mêmes personnes au sein du groupe), des analyses en coupe fourniront des renseignements sur la relation entre deux des facteurs à l'étude ou plus.

Enfin, les méthodologies de couplage des données peuvent être appliquées pour assurer une utilisation optimale des bases de données et améliorer le niveau d'information disponible.

Le niveau d'information est un élément important qui mérite un examen détaillé et distinct lorsque l'élaboration des données est en cours de planification.

### **Source d'information de qualité pour les prévisions**

En plus du type de données, la qualité des données est une composante fondamentale du degré de détail analytique et de l'intégrité de l'analyse (ainsi que des activités de surveillance, de planification et d'élaboration de politiques qui peuvent en résulter). On suppose que la qualité des données est relativement élevée lorsque la source est un organisme de réglementation professionnelle ou si les données proviennent d'un établissement financier. Les données provenant des professionnels eux-mêmes sont considérées comme moins fiables, surtout lorsqu'il s'agit d'anciennes données récupérées.

Afin de disposer éventuellement d'un ensemble de données minimales pouvant appuyer les diverses activités de la gestion des ressources humaines en santé, la collecte des données doit être à la fois coordonnée et efficace. À titre d'exemple, les sondages répétés auprès des professionnels de la santé sont connus pour être coûteux et récolter de faibles taux de réponse. Pour alléger le fardeau des sondages, il est préférable d'avoir recours à des systèmes d'information capables d'extraire les données disponibles, et d'ajouter de nouveaux éléments d'information choisis, au besoin, à peu de frais.

---

Les questions relatives à la validité, à la fiabilité, à la qualité et à l'intégralité sont interdépendantes et requièrent souvent des compromis pour être viables. Ces questions doivent être examinées séparément lorsque l'élaboration des données est en cours de planification.

### **Traitement des données manquantes : une approche progressive**

Il existe des écarts dans les données actuelles du fait que les données sur les ressources humaines en santé sont compilées principalement à des fins administratives et non spécifiquement pour une planification et une meilleure gestion des ressources humaines dans ce domaine. L'absence d'un cadre de gestion et de planification rationnel et exhaustif des ressources humaines en santé signifie que les besoins en information pour ces activités au niveau national, provincial et régional n'ont pas été définis. Même si l'on peut dénombrer l'effectif médical et infirmier dans la plupart des provinces, les données relatives aux comparaisons nationales par spécialité, emploi et activité, lorsqu'elles sont disponibles, sont des données incomplètes, divulguées par les professionnels eux-mêmes et limitées à bien des égards. Puisque les autorités de chaque région tentent de régler leur propre situation « unique », la situation à l'échelle provinciale demeurera floue, et les régies nationales de la santé se feront concurrence pour recruter le peu de médecins disponibles. Un cadre provincial de gestion des ressources humaines en santé, dont s'inspire chaque régie nationale de santé pour créer son propre cadre, fournit les paramètres pour un ensemble de données minimales au niveau provincial. En se basant sur cette idée et sur un inventaire de toutes les informations dont on dispose actuellement, on peut établir des objectifs échelonnés sur un, cinq et dix ans en ce qui a trait au développement continu de la base de données provinciale des ressources humaines en santé. Il est irréaliste de vouloir obtenir toutes les données nécessaires à la planification, à la surveillance et à la gestion sans l'attribution de ressources, de financement, de leadership et d'aptitudes techniques. Pour obtenir le soutien et la participation de toutes les parties intéressées, un modèle de collaboration pour les structures de gestion des ressources humaines en santé serait organisé.

### **Modèle intégré et collectif – structure proposée pour la SRHS du Nouveau-Brunswick**

Pour assurer une gestion efficace des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick, il importe de mettre au point un modèle organisationnel conforme aux rôles et aux responsabilités des régies régionales de la santé ainsi qu'au cadre de responsabilité de la province. De plus, la structure proposée pour la gestion des ressources humaines en santé doit respecter ou compléter les organismes existants qui sont liés directement ou indirectement à la gestion des ressources humaines en santé.

La composition, le mandat et la structure du modèle proposé sont décrits ci-dessous. Un ensemble de principes de base sur lesquels repose la mise en œuvre efficace d'un tel modèle fournit un cadre de référence transparent qui favorise la participation et la collaboration.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick est responsable :

- d'établir les attentes relatives aux politiques des ressources humaines en santé d'après le plan provincial des services de santé;
- d'établir les lignes directrices générales concernant les données requises pour la gestion des ressources humaines en santé;

- 
- d'encourager la participation des régies régionales de la santé, ce qui pourrait nécessiter d'autres mesures incitatives;
  - de faciliter la coordination lorsque des problèmes d'accréditation nationale surviennent;
  - de nommer un fonctionnaire du ministère de la Santé et du Mieux-être qui sera responsable de coordonner la gestion des ressources humaines en santé par les régies régionales de la santé;
  - de mettre au point des normes à respecter pour l'élaboration de bases de données;
  - d'offrir du soutien technique pour la mise au point et l'utilisation d'identificateurs uniques;
  - de coordonner les activités de production avec la Commission de l'enseignement supérieur des provinces Maritimes, le ministère de l'Éducation, Enseignement postsecondaire et le ministère de la Formation et du Développement de l'emploi.

Chaque régie régionale de la santé est responsable :

- d'appuyer la mise en œuvre d'une méthode rationnelle de gestion des ressources humaines en santé qui concorde avec le plan provincial des services de santé;
- de déterminer quels sont les renseignements nécessaires pour appuyer les activités de la gestion des ressources humaines en santé et d'identifier les sources actuelles de ces renseignements;
- de mettre au point une méthode de collecte de données systématique et de développer des outils pour répondre aux besoins en matière d'information;
- d'élaborer des systèmes d'information efficaces qui serviront à la gestion des données locales et qui permettront aux autres régies régionales de la santé d'y accéder.

Le modèle en collaboration proposé confère la responsabilité assez importante de la gestion des ressources humaines en santé aux régies régionales de la santé. On s'attend à ce que les régies régionales de la santé, par l'entremise d'un organisme provincial qui représente leurs intérêts, soient en mesure d'interagir avec les groupes d'intérêts pertinents afin d'orienter les activités de gestion des ressources humaines à l'échelle locale et provinciale.

La mise sur pied d'un forum provincial pour favoriser l'adoption d'une approche intégrée et collective pour la gestion des ressources humaines en santé permettrait d'entamer les activités et donnerait aux intervenants régionaux la chance de participer au processus de mise au point d'une telle structure provinciale.

Pour être efficace, l'autorité nécessaire pour gérer les ressources humaines en santé doit relever d'une entité capable de prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre des politiques. Pour des raisons pratiques, un petit nombre de dirigeants au sommet de l'organisme auraient l'autorité de mettre au point de nouvelles politiques. Cependant, cette autorité ne serait exercée qu'à la fin d'un processus démocratique

---

qui se déroule au niveau des régies régionales de la santé. Par conséquent, ce modèle serait composé d'un comité directeur et d'un comité des opérations.

La liste des membres du comité directeur doit inclure : le ministère de la Santé et du Mieux-être, le ministère de l'Éducation, Enseignement postsecondaire, le ministère de la Formation et du Développement de l'emploi, les Services familiaux et communautaires, le Bureau des ressources humaines et l'organisme représentant le président-directeur général des régies régionales de la santé.

Les fonctions du comité directeur sont les suivantes :

- appuyer le cadre de planification de la gestion des ressources humaines en santé afin de mettre en correspondance les ressources humaines en santé avec les besoins en matière de soins de santé dans chaque région;
- établir les objectifs et les lignes directrices pour la planification et la gestion des ressources humaines en santé;
- établir des lignes directrices pour la collecte de données dans chaque région et profession;
- faire le suivi des activités de collecte de données;
- reconnaître les problèmes relatifs aux ressources humaines en santé au niveau interprovincial qui exigent des solutions à l'échelle provinciale;
- mettre sur pied un forum permettant d'examiner les problèmes relatifs aux ressources humaines en santé à l'échelle provinciale et de trouver des solutions à moyen ou à long terme.

Le comité des opérations doit réunir les représentants d'employeurs en soins institutionnels, communautaires et à domicile, les représentants de vice-présidents et de directeurs des ressources humaines en santé au sein des régies régionales de la santé, les représentants syndicaux, ainsi que les représentants d'associations professionnelles et d'organismes de réglementation.

Les fonctions du comité des opérations sont les suivantes :

- aider les régies régionales de la santé à atteindre les objectifs et à respecter les lignes directrices établies par le comité directeur en matière de gestion des ressources humaines en santé;
- soutenir la gestion et la planification des ressources humaines en santé à moyen terme;
- offrir un forum pour discuter des questions régionales en matière de ressources humaines en santé qui nécessitent des solutions interrégionales;
- obtenir de la rétroaction de la part du comité directeur relativement aux questions qui nécessitent des solutions à l'échelle provinciale.

---

Pour faciliter la mise en œuvre de ces nouvelles structures, une approche progressive serait la meilleure solution. Par exemple, étant donné la taille et l'interdépendance de l'effectif médical et infirmier, le Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière et le nouveau Comité de planification stratégique de l'effectif médical pourraient agir comme comité des opérations et entamer le procédé de planification à court terme visant ces professions, dans le but d'offrir des services de santé équitables le plus efficacement possible.

### **Emplacement et dotation de l'unité**

La composition, la taille et l'emplacement de l'unité des ressources humaines en santé doivent tenir compte des attentes de rendement des parties intéressées; autrement, l'unité sera très rapidement compromise. Il est important de fournir à l'unité des ressources financières et humaines suffisantes. Il serait pratique de l'intégrer à la Division de la planification et de l'évaluation du ministère, mais elle devrait également puiser des effectifs dans la Division des Services médicaux et d'hygiène publique dès le début. La population et l'hygiène publique sont des éléments importants de la gestion de la main-d'œuvre, à mesure que nous tentons d'établir un lien transparent entre l'offre de la main-d'œuvre et une approche de planification et d'élaboration de politiques intégrée axée sur les besoins (approche épidémiologique).

En général, l'unité doit pouvoir accéder à une variété de compétences dans plusieurs disciplines, dont l'économie de la santé, l'analyse des politiques sur la santé, l'analyse des données et la programmation, l'épidémiologie et l'analyse statistique, ainsi qu'à des chercheurs spécialisés dans divers domaines. Du point de vue de la structure, il est essentiel de nommer un directeur général qui consacrerait au moins 30 % de son temps aux relations extérieures. Il faut également nommer un directeur de la recherche et de la planification chargé de veiller aux activités continues d'élaboration et de maintien des données, ainsi qu'aux analyses propres à un projet. L'équipe de professionnels de base comprendrait finalement un épidémiologiste principal pour les consultations en matière de maladies dominantes et un gestionnaire des données pour le développement et le maintien des systèmes d'information. En guise d'assistance, certains membres du personnel de soutien technique et administratif, tels qu'un adjoint à la recherche et un commis ou une secrétaire, seraient nécessaires. Les postes ne sont pas nécessairement tous des postes à temps plein; les ressources peuvent être partagées entre les unités ou les ministères; par contre, une répartition adéquate est essentielle au succès de l'unité.