

# MÉDECINS ET CHIRURGIENS

Lindsay Hedden

# Médecins et chirurgiens

## INTRODUCTION

Axés sur l'amélioration de la santé et du bien-être des individus, des familles et des communautés, les médecins sont peut-être les praticiens de la santé les plus faciles à reconnaître. Ils diagnostiquent et traitent les blessures, les maladies et les déficiences, et conseillent également les patients sur le maintien et l'amélioration de la santé. Les médecins ont une longue histoire au Canada, la réglementation et la délivrance de permis ayant d'abord eu lieu en Ontario en 1865. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, la médecine était devenue la profession dominante des soins de santé au Canada. Cependant, la grève des médecins de 1962 en Saskatchewan et la montée (et la réglementation) d'autres professions de la santé ont depuis tempéré la domination de la médecine parmi les professions (Coburn, Torrence et Kaufert, 1983).

Les médecins sont formés par stages, en commençant par un diplôme médical généraliste suivi d'une formation doctorale dans un ou plusieurs domaines de spécialité, qui deviennent le centre de leur pratique. Les médecins de soins primaires (aussi appelés médecins de famille) sont habituellement le premier point de contact des patients avec le système de santé canadien. Ils coordonnent également les services de santé supplémentaires dont les patients peuvent avoir besoin, assurant la continuité des soins et l'accès à des services spécialisés (Santé Canada, 2011). En revanche, les spécialistes de la médecine et de la chirurgie se concentrent sur des maladies spécifiques, certains patients, ou certaines méthodes de diagnostic et de traitement.

Ils traitent généralement les patients que les médecins de soins primaires ont orienté vers eux.

Au Canada, les médecins pratiquent dans divers milieux, dont les cabinets en solo ou en groupe, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée ou les centres de réadaptation, les centres de santé publics ou communautaires, les laboratoires ou les centres de recherche universitaires. Ce sont des entrepreneurs indépendants qui sont le plus souvent rémunérés à l'acte, bien que d'autres formes de paiement, telles que les salaires ou les honoraires à la séance, deviennent de plus en plus courantes.

Le nombre de médecins au Canada augmente rapidement. On compte actuellement plus de 91 000 médecins actifs dans tout le pays, dont un peu plus de la moitié sont des médecins de famille (Institut canadien



d'information sur la santé, 2020). Bien que ce nombre ait augmenté de plus de 4 % chaque année, il a depuis ralenti à une augmentation de 1,8 % en 2019.

Ce chapitre présente la pratique de la médecine au Canada et porte sur les sujets suivants :

- l'histoire de la profession;
- les branches de la médecine (spécialités et sous-spécialités);
- l'éducation et la formation des médecins;
- la réglementation et les normes relatives à la pratique médicale;
- le revenu des médecins;
- le nombre de médecins au Canada et leur profil démographique; et
- deux questions d'actualité liées à la profession de médecin.

## LIGNE DU TEMPS HISTORIQUE

- 1818 : Création de la première commission médicale
- 1820 : Création de la première école de médecine canadienne (la Montréal Medical Institution, qui deviendra l'Université McGill)
- 1865 : Adoption d'une loi sur l'autoréglementation des permis
- 1867 : Création de l'Association médicale canadienne
- 1869 : Création de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- 1871 : Admission des femmes à l'école de médecine
- 1912 : Adoption de la *Loi médicale du Canada*, création d'une norme nationale d'autorisation médicale, création du Conseil médical du Canada et restriction du nombre de prestataires
- 1929 : Création du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- 1954 : Création du College of General Practice of Canada
- 1962 : La Saskatchewan établit un régime d'assurance-maladie pour les services médicaux, ce qui donne lieu à une grève des médecins de 23 jours
- 1964 : La Commission royale d'enquête sur les services de santé recommande l'assurance-maladie nationale pour les services médicaux
- 1966 : Proclamation de la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoit le partage des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux
- 1972 : Toutes les provinces ont des régimes d'assurance-maladie partageant les coûts avec le gouvernement fédéral
- 1984 : Adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, qui empêche les médecins d'imposer des frais d'utilisation et de facturer des montants supplémentaires

## HISTOIRE DE LA PROFESSION

### MÉDECINS AU 18<sup>e</sup> ET AU 19<sup>e</sup> SIÈCLES

Avant la Confédération, la pratique médicale n'est essentiellement pas réglementée au Canada; la formation médicale est basée sur l'apprentissage plutôt que sur l'éducation formelle et il n'y existe aucune évaluation normalisée des compétences (*Conseil médical du Canada, 2014a*). La pratique de la médecine est partagée entre les médecins et d'autres prestataires, tels que les homéopathes et les éclectiques (les premiers naturopathes) (*Gidney et Millar, 1982*) et se fait généralement dans les maisons des patients plutôt que dans les cliniques ou les hôpitaux, qui sont réservés pour abriter les pauvres et traiter les mourants.

À partir de 1795, plusieurs tentatives échouées sont faites pour adopter une loi autorisant les médecins, créant un monopole médical et empêchant les praticiens autres que les médecins de traiter les patients. Ce n'est qu'en 1818 que la première commission médicale du Haut-Canada (Ontario) est créée. Cette commission établit la première procédure de certification médicale (*Coburn et coll., 1983*). La première école de médecine canadienne est alors établie en 1820 : la Montréal Medical Institution, qui devient par la suite l'Université McGill (*Coburn et al., 1983; Gidney et Millar, 1982*).

La loi sur l'autoréglementation des permis est adoptée en 1865, puis révisée en 1869 au moment de la création du Collège des médecins et chirurgiens de

## LA SPÉCIALISATION DE LA MÉDECINE

Au Canada, la profession médicale commence comme une profession unique et homogène, les étudiants en médecine étant d'abord formés dans le cadre d'apprentissages non réglementés. En 1929, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est fondé et offre deux spécialisations : la médecine générale ou la chirurgie générale. Aujourd'hui, le Collège reconnaît officiellement 93 spécialités, sous-spécialités et domaines de compétence ciblés certifiés. (*Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2017*). Cette augmentation spectaculaire de la spécialisation peut être problématique pour les patients, fragmentant leurs soins et rendant difficile de s'y retrouver dans le système de santé (*Goldbloom, 1978*). Cependant, une spécialisation accrue peut également améliorer les résultats des patients, en particulier ceux liés aux procédures chirurgicales et à la relation volume/résultat (*Chowdhury, Dagash et Pierro, 2007*).

l'Ontario (*Coburn et al., 1983*).<sup>1</sup> L'Association médicale canadienne (AMC), un groupe national de défense des médecins, est fondée en 1867, le premier organisme médical national au Canada (*Association médicale canadienne, 2014a*). L'AMC deviendrait un forum pour interpréter les développements affectant la profession médicale (tels que le mouvement de l'assurance-maladie) et pour formuler une réponse unifiée de la profession médicale (*Coburn et al., 1983*).

### Les femmes dans la profession médicale

À la suite du mouvement mené par Emily Howard Stew et Jennie Kidd Trout, les femmes obtiennent le droit d'être admises à l'école de médecine, mais cela ne se produit qu'en 1871, 51 ans après la création de la première école de médecine. La fondation de l'Ontario Medical College for Women (affilié par la suite à l'Université de Toronto) suit en 1883. Cependant, les femmes demeurent une minorité en médecine, représentant moins de 4 % de la main-d'œuvre jusqu'au début des années 1960.

### MÉDECINS AU 20<sup>e</sup> SIÈCLE

La *Loi fédérale sur les soins médicaux* est adoptée en 1912, créant une norme uniforme pour l'évaluation des médecins dans toutes les provinces qui sera administrée par le nouveau Conseil médical du Canada (*Conseil médical du Canada, 2014a*). Malgré cette norme uniforme, la réglementation des médecins demeure une fonction provinciale et territoriale.

Le CMC crée une accréditation que les provinces peuvent accepter comme base pour l'octroi de permis; cependant, ce n'est qu'en 1992 que les organismes provinciaux de délivrance des permis, les écoles de médecine et le CMC approuvent tous une norme nationale d'admissibilité à l'autorisation transférable.

Dans les années 1920, la pratique de la médecine au Canada est bien différente de ce qu'elle était jadis, les médecins travaillant principalement dans des hôpitaux ou des cabinets plutôt que dans les maisons des patients ou dans les cliniques (*Coburn et coll., 1983*). Les autres professions médicales ne dominent pas encore autant la médecine; cependant, les mouvements de la chiropratique et de l'ostéopathie ont commencé à émerger, remettant en question le monopole médical émergent. Le pouvoir de ces groupes sont restreints en 1925 avec l'adoption de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments* (*McKay, 1925*).

### Assurance-maladie gérée par le gouvernement

Au début du 20<sup>e</sup> siècle, des appels sont lancés en faveur d'une participation accrue du gouvernement aux soins de santé, et plus particulièrement à l'assurance-maladie nationale. Malgré une grève des médecins de 23 jours en guise de protestation, la Saskatchewan établit une assurance-maladie couvrant les services médicaux gérée par le gouvernement en 1962<sup>2</sup>. La forte opposition à l'assurance-maladie universelle est motivée par des médecins idéologiquement conservateurs ainsi que par les entreprises d'assurance privées florissantes de la médecine organisée (*Marchildon, s. d.*). Les médecins considèrent les régimes d'assurance administrés par le gouvernement comme une menace sérieuse à leurs revenus et

1 Avant l'obtention d'un permis d'autoréglementation, un diplôme universitaire conférait le droit d'exercer la médecine (*Coburn et al., 1983*).

2 La couverture des services médicaux était le prolongement d'un régime d'assurance-maladie provincial existant pour les services hospitaliers, régime fondé en 1946 lorsque Tommy Douglas était premier ministre de la Saskatchewan. En 1961, les 10 provinces avaient des programmes d'assurance publique pour les services hospitaliers et diagnostiques, mais cette couverture ne s'étendait pas aux services médicaux (*Turner, 1958*).

### L'ASCENSION ET LA CHUTE DE LA DOMINATION DES MÉDECINS

Coburn et ses collègues (1983) soutiennent que la médecine en est venue à occuper une position dominante à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup> siècle, créant essentiellement un monopole médical en éliminant les autres professions dites « paramédicales » et en faisant de la médecine une profession homogène et réglementée. Les pharmaciens acceptent une interdiction les empêchant de contre-prescrire des médicaments, les subordonnant à la médecine au début du 20<sup>e</sup> siècle (Coburn et al., 1983; Gidney et Millar, 1982). Peu de temps après, la chiropratique et l'ostéopathie s'installent au Canada, mais les tentatives d'adopter une loi qui augmenterait leur pouvoir et l'accès à leurs services sont infructueuses. La pratique sage-femme est progressivement proscrite. D'autres professions médicales, notamment la physiothérapie et l'ergothérapie, sont relativement nouvelles et « sont nées sous contrôle médical » (Coburn et al., 1983; Gidney et Millar, 1982).

Au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, la profession médicale est à son apogée et sa domination est consacrée par la législation, institutionnalisée et enchâssée dans les lois et les statuts (Alford, 1977). Les membres de la profession exercent une influence par le biais du lobbyisme ainsi que des « canaux organisationnels formels et informels des gouvernements et des bureaucraties d'État » (Coburn et al., 1983).

Le déclin de l'hégémonie médicale commence avec la grève des médecins de la Saskatchewan en 1962, au cours de laquelle la profession perd le droit unilatéral de définir son propre barème des honoraires et est contrainte de le négocier avec le gouvernement. D'autres prestataires de soins de santé, dont les infirmières, les pharmaciens, les dentistes et les optométristes, commencent à réclamer et à établir leur propre autonomie, ce qui leur permet également de « s'affranchir de l'autorité médicale » (Coburn et al., 1983).

Bien que la médecine ait perdu une partie de son pouvoir et de son autonomie depuis la Deuxième Guerre mondiale, elle demeure la profession de santé la plus puissante et la plus influente au Canada. En outre, bon nombre de ces lois et statuts, créés à une époque où le système de soins de santé était très différent, sont encore en vigueur aujourd'hui.

à leur autonomie professionnelle (Naylor, 1986). La grève prend fin au moment de la signature de l'*Accord de Saskatoon*, un compromis entre les médecins et le gouvernement provincial qui accorde aux médecins l'autonomie d'exercice et la rémunération à l'acte en échange de la prestation de services de santé universels administrés par l'État (Marchildon, s. d.; Naylor, 1986).

En 1966, la *Loi sur les soins médicaux* est adoptée. Cette loi permet à chaque province d'établir une assurance maladie universelle et impose un partage à parts égales des coûts des soins de santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux, y compris les services médicaux (Santé Canada – Direction générale de la politique stratégique, 2011). En 1972, tous les régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux sont élargis et incluent dès lors la couverture des services médicaux.

#### Prévenir la montée d'un système à deux vitesses

En 1979, le juge Emmett Hall passe en revue les services de santé au Canada. Son rapport, *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980*,

fait remarquer que les factures supplémentaires imposées par les médecins ainsi que les frais d'utilisation des hôpitaux créent un « système à deux vitesses » qui menace l'accessibilité (Hall, 1980). Ce rapport mène à l'établissement et à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, qui empêche les médecins de facturer des frais d'utilisation ou des frais supplémentaires pour les services assurés et cimenter le système de santé du Canada comme étant (principalement) financé par l'État et offert par le secteur privé (Deber, 1998).

### HISTOIRE RÉCENTE DE LA PROFESSION

#### Cliniques à but lucratif

Depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, la profession médicale a largement appuyé le maintien du système canadien financé et administré publiquement, l'AMC exerçant des pressions pour obtenir davantage de financement (par l'entremise de transferts provinciaux). Un groupe restreint mais croissant de médecins a choisi de se retirer du système financé par l'État, offrant des soins à but lucratif à quiconque est prêt à payer pour

ces services. La première clinique à but lucratif a ouvert ses portes en 1993, et depuis, elle compte 42 cliniques d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie, 72 cliniques chirurgicales et 16 cliniques de médecins de type « point de service », où tous les patients paient eux-mêmes les soins.

### Contestations de l'assurance-maladie

L'assurance-maladie a aussi récemment été confrontée à des contestations juridiques de la part de médecins qui luttent pour que les cliniques à but lucratif jouent un rôle plus important dans le système de santé canadien. La première, *Chaoulli c. Québec*, est une décision rendue en 2005 par la Cour suprême du Canada ayant conclu que l'interdiction de souscrire une assurance privée lorsque les temps d'attente étaient longs pour certains services couverts par l'assurance-maladie provinciale enfreignait la *Charte des droits et libertés du Québec (Flood, 2006)*. La deuxième contestation, menée par le Dr Brian Day, propriétaire de la Cambie Surgery Clinic, une clinique à but lucratif en Colombie-Britannique, vise à annuler les lois provinciales sur la santé qui limitent la

prestation de services médicalement nécessaires à but lucratif sous prétexte qu'elles enfreignent la *Charte canadienne des droits et libertés (Médecins canadiens pour le régime public, 2014)*. En cas de succès, les médecins de la Colombie-Britannique pourraient facturer des frais supplémentaires pour les services assurés par l'État. Cette affaire est en cours et devrait être portée devant la Cour suprême du Canada.

### BRANCHES DE LA MÉDECINE

Au Canada, la formation des médecins commence par l'obtention d'un diplôme de médecine généraliste. Par la suite, les médecins étudiants suivent une formation doctorale dans un domaine spécialisé, qui devient alors le centre de leur pratique. Les spécialités reconnues au Canada, qui sont énumérées dans le tableau 1, couvrent trois catégories : la médecine familiale, les spécialités médicales (y compris les spécialités cliniques et de laboratoire)

et les spécialités chirurgicales.

TABLEAU 1 : Spécialités et sous-spécialités reconnues par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Spécialités	Sous-spécialités
Anesthésiologie	Médecine de soins intensifs
Dermatologie	Neuroradiologie
Radiologie diagnostique	Urgentologie pédiatrique
Urgentologie	Médecine interne généraliste
Médecine interne	Cardiologie
Génétiq ue médicale	Allergie et immunologie clinique
Neurologie	Endocrinologie et métabolisme
Médecine nucléaire	Gastro-entérologie
Pédiatrie	Gériatrie
Physiatrie/réadaptation	Hématologie
Psychiatrie	Hématologie pédiatrique
Santé publique/médecine préventive	Maladies infectieuses
Radio-oncologie	Oncologie médicale
Anatomopathologie	Néphrologie
Pathologie générale/clinique	Pneumologie
Pathologie hématologique	Rhumatologie
Microbiologie médicale	Médecine du travail
Neuropathologie	Médecine de l'adolescence
Chirurgie cardiaque	Pédiatrie du développement
Chirurgie générale	Médecine néonatale et périnatale
Chirurgie vasculaire	Pédopsychiatrie
Neurochirurgie	Psychiatrie légale
Obstétrique/Gynécologie	Gérontopsychiatrie
Ophtalmologie	Biochimie médicale
Oto-rhino-laryngologie	Chirurgie thoracique
Chirurgie orthopédique	Chirurgie colorectale
Chirurgie plastique	Oncologie chirurgicale générale
Urologie	Chirurgie générale pédiatrique
	Oncologie gynécologique
	Médecine materno-foetale

### SPÉCIALITÉ EN MÉDECINE FAMILIALE

Les médecins de première ligne, aussi connus sous le nom de médecins de famille ou de médecins généralistes<sup>3</sup>, prodiguent des soins complets et continus aux patients et aux familles. Les médecins de famille préviennent et traitent les maladies et les blessures et sont également responsables des soins de santé mentale primaires, des soins de maternité, de la réadaptation, des soins palliatifs et de la promotion de la santé (*Organisation mondiale de la Santé, 2008*). Les « gardiens » du système de santé canadien, les médecins de famille coordonnent également d'autres formes de soins de santé pour les patients, y compris l'accès à des spécialistes médicaux ou chirurgicaux, ou à l'imagerie et aux analyses en laboratoire.

Pour mieux répondre aux besoins de leur communauté de patients, certains médecins de famille peuvent avoir un domaine d'intérêt spécialisé dans leur pratique; par exemple, la médecine sportive, la santé des femmes, la santé mentale ou le traitement de la toxicomanie. La formation dans ces domaines d'intérêt va de trois mois supplémentaires à un an (*Collège des médecins de famille du Canada, 2013*).

### SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES

Contrairement aux médecins de famille, les médecins et chirurgiens spécialistes concentrent leur pratique sur une catégorie de maladie, une technique de diagnostic ou de traitement, une classe de patients ou un système corporel en particulier. Les spécialités chirurgicales sont définies comme les domaines de la médecine dans lesquels le diagnostic ou le traitement des maladies ou des blessures se fait principalement au moyen de techniques chirurgicales. En revanche, les spécialités médicales sont généralement « non opératoires ».

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) définit actuellement les exigences en matière d'enseignement spécialisé dans 70 domaines (voir le tableau 1) (*Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2014b*). Les sous-spécialités, les programmes spéciaux et les domaines de compétence ciblée permettent aux médecins d'affiner davantage leur activité de pratique à un champ plus étroit. Les sous-spécialités sont définies comme des domaines « au champ

plus ciblé ou avancé s'appuyant sur des connaissances générales définies dans une spécialité parent » (*Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2014b*). Les domaines de compétence ciblés sont encore plus restreints : « une discipline hautement ciblée... ayant un champ spécifique et étroit... ne répondant pas aux critères d'une sous-spécialité » (*Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2014b*).

Les médecins spécialistes peuvent agir en tant que prestataires de soins primaires et généralistes pour certaines populations de patients et/ou pour les patients à certaines étapes de la vie. Par exemple, les pédiatres peuvent être les médecins de soins primaires pour les jeunes enfants.

### ÉDUCATION ET FORMATION

Le processus pour devenir médecin au Canada est décrit à la figure 1 (*Association médicale canadienne, 2015*).<sup>4</sup> Selon la spécialité, la formation peut durer de 9 à 12 ans, en commençant à la fin des études secondaires et en se terminant par la réussite d'un programme de résidence-formation avant de commencer à exercer la médecine.

### ÉCOLES DE MÉDECINE

Au Canada, on compte 17 écoles de médecine, la majorité exigeant un diplôme de premier cycle comprenant des cours de biologie, de chimie organique et de physique pour pouvoir faire une demande d'admission. Beaucoup exigent également la note de passage à

l'examen standardisé Medical College Admission Test (MCAT).

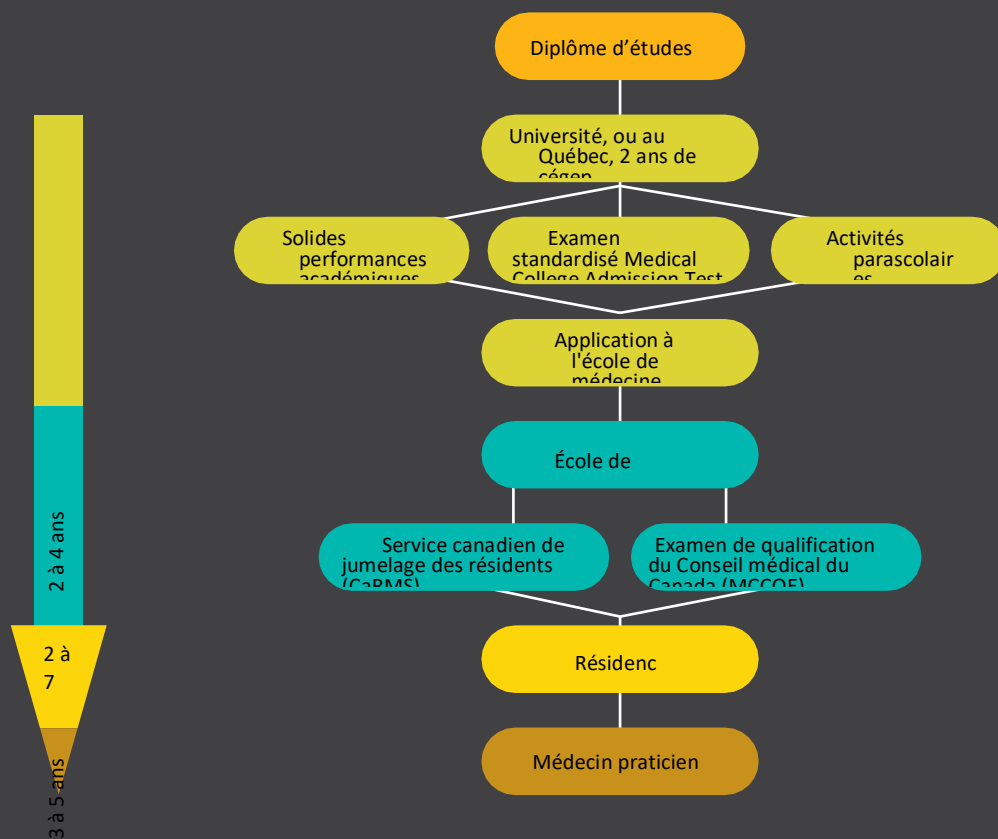
L'admission à l'école de médecine est généralement basée sur les notes au premier cycle, l'expérience de bénévolat, une déclaration personnelle ou une brève autobiographie, les résultats au MCAT et une entrevue personnelle ou par panel.<sup>5</sup> Les écoles de médecine du Québec, l'Université d'Ottawa et la Northern Ontario School of Medicine n'exigent pas que les candidats passent l'examen MCAT étant donné qu'il n'est pas offert en français. L'Université McMaster n'exige pas non plus que les candidats fassent l'examen.

3 La pratique générale a progressivement été éliminée de la formation des médecins. En 1993, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a remplacé le stage d'un an en médecine générale par un programme de résidence de deux ans en médecine familiale (*Evans et McGrail, 2008*).

4 Les diplômés des facultés de médecine à l'extérieur du Canada ne suivent pas le même processus pour obtenir leur permis d'exercice. Le processus spécifique est décrit dans la section de ce chapitre sur les diplômés en médecine formés à l'étranger.

5 Vous trouverez les exigences spécifiques pour l'admission à chaque université à l'adresse <https://www.afmc.ca/publications-admission-e.php>.

## LE PROCESSUS



### FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA

Memorial University  
 Université Dalhousie  
 Université Laval  
 Université de Sherbrooke  
 Université de Montréal  
 McGill University  
 Université d'Ottawa  
 Université Queen's  
 Université de Toronto

Université McMaster University  
 of Western Ontario  
 Northern Ontario School of Medicine  
 Université du Manitoba  
 Université de la Saskatchewan  
 Université de l'Alberta  
 Université de Calgary  
 Université de la Colombie-Britannique



### Concurrence pour les places

La pression exercée sur facultés de médecine concernant les demandes est très élevée au Canada, certaines écoles ayant au-delà de 30 fois plus de demandes que de places disponibles (voir la figure 2, *Association des facultés de médecine du Canada, 2017*)

et le taux d'acceptation moyen oscillant autour de 10 % (*Evans, Barer et Hedden, 2014*). En 2018-2019, on comptait plus de 14 000 candidats pour moins de 2900 places (*Association des facultés de médecine du Canada, 2019*). Les écoles de médecine de l'Ontario connaissent systématiquement

la pression la plus élevée concernant les applications.

Certaines facultés de médecine ont des exigences en matière de résidence qui réservent la majorité de leurs places aux résidents de leur propre province.

### Le coût de la formation

Les frais de scolarité à l'école de médecine varient considérablement d'une province à l'autre, allant de 3731 \$ à 25 487 \$ par année en 2019.

Les universités du Québec offrent aux résidents du Québec des tarifs réduits d'en moyenne moins de 4000 \$ par année. Les universités ontariennes facturent les frais de scolarité les plus élevés, soit plus de 23 000 \$. Les candidats formés à l'étranger sont assujettis à des frais plus élevés, qui atteignent 113 000 \$ par année dans certaines universités (*Association des facultés de médecine du Canada, 2019*).



### Durée des études

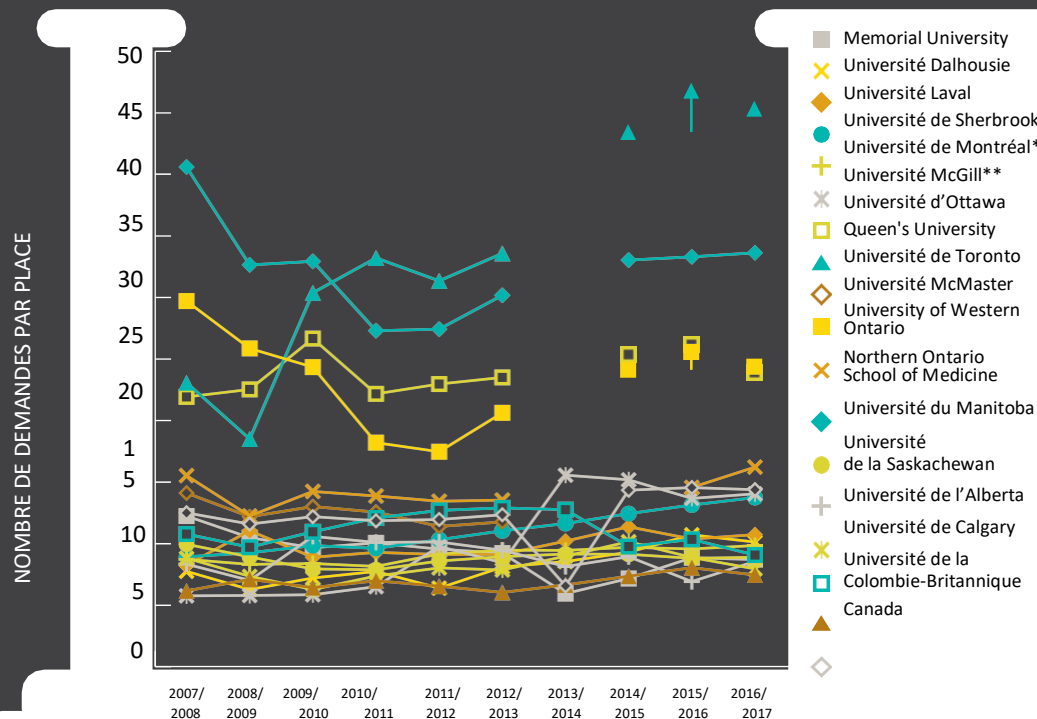
L'école de médecine est un programme de quatre ans, à l'exception des programmes de l'Université McGill et de l'Université de Montréal (qui offrent une année préparatoire) et de l'Université McMaster et de l'Université de Calgary (qui offrent des programmes concentrés de trois ans). À l'Université McGill et à l'Université de Montréal, les étudiants qui terminent l'année préparatoire sont automatiquement admis au programme complet de doctorat en médecine (MD) de quatre ans, bien que l'année préparatoire ne soit pas obligatoire (*Association des facultés de médecine du Canada, 2013*).

Les deux premières années d'école de médecine sont généralement consacrées à apprendre les bases de la médecine, dont la physiologie, l'anatomie, la génétique, la pharmacologie et la pathologie, les déterminants sociaux de la santé, l'épidémiologie et les aspects juridiques de la pratique médicale. Les méthodes d'enseignement varient selon les universités, mais comprennent généralement une combinaison de cours didactiques et d'apprentissage basé sur les problèmes, combinés avec des simulations de patients. Les années restantes sont généralement consacrées à des stages rotatifs, où les étudiants travaillent avec les patients tout en étant supervisés par des médecins et des résidents.

Les rotations comprennent la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la chirurgie et la médecine d'urgence. Certaines universités offrent des rotations supplémentaires, permettant aux étudiants d'explorer des spécialités qui les intéressent.

Les programmes accélérés de trois ans offerts par l'Université McMaster et l'Université de Calgary font exception à ce cheminement scolaire. Ces écoles se servent de l'apprentissage par problèmes plutôt que des cours magistraux, qui est principalement basé sur des études de cas et a lieu en petits groupes. Les étudiants se concentrent également sur les compétences cliniques et professionnelles durant tout le programme plutôt que lors des dernières années seulement.

Figure 2 : Ratio des demandes par rapport aux places disponibles dans les



Source : Association des facultés de médecine du Canada,

les activités de... dans les objectifs du Conseil médical du Canada (<http://apps.mcc.ca/ObjectivesOnline/objectives.pl?loc=home&lang=english>).

### Programmes de résidence postdoctorale

L'accès à la formation en résidence postdoctorale est facilité par le Service canadien de jumelage des résidents

les candidats dans leur programme préféré, offrant aux candidats le meilleur résultat possible. Bien que le nombre total de places en résidence soit légèrement supérieur au nombre d'étudiants diplômés de l'école de médecine au cours d'une année donnée, le nombre spécifique de places dans une discipline ou un lieu précis peut varier, ce qui peut entraîner un décalage entre les préférences des étudiants et les places de formation disponibles.

6 La formation postdoctorale pour les diplômés des programmes de médecine à l'extérieur du Canada est abordée dans la section sur les diplômés en médecine formés à l'étranger de ce chapitre.

### ÉTUDIANTS EN MÉDECINE AUTOCHTONES

En raison d'une myriade de raisons complexes, la santé des peuples autochtones est en moyenne beaucoup plus mauvaise que celle des Canadiens non autochtones (*Waldram, Herring et Young, 2006*). L'accès à des soins adaptés à la culture est extrêmement problématique, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées (*Statistique Canada, 2013*), où vivent plus de 50 % des peuples autochtones du Canada. On estime que le Canada a besoin d'au moins 2000 médecins autochtones, par opposition aux 200 médecins actuellement en exercice, pour maintenir et améliorer la santé des Autochtones canadiens (*Morrison, 2008*). La population du Canada est autochtone à 4,3 %, alors que seulement 2,3 % des étudiants qui ont obtenu leur diplôme des programmes de médecine en 2013 étaient autochtones (*Gouvernement du Canada et Développement social Canada, 2006; American Association of Medical Colleges, 2013*). Pour cette raison, les écoles de médecine canadiennes ont adopté des politiques visant le recrutement et la rétention des étudiants autochtones, et presque toutes ont maintenant plusieurs places réservées aux candidats autochtones; cependant, le recrutement demeure un défi, car de nombreuses places réservées ne sont pas prises.

Le sujet de la santé autochtone est également intégré aux programmes d'études de médecine standard grâce aux efforts de l'Association des médecins autochtones du Canada, qui a travaillé avec l'Association des facultés de médecine du Canada à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un cadre pour les compétences de base en santé autochtone (*Association des médecins autochtones du Canada et Association des facultés de médecine du Canada, 2009*).

Le Plan stratégique 2012-2014 du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a identifié le besoin de se concentrer sur les populations à risque, y compris les peuples autochtones. Ils ont mis sur pied un comité consultatif sur la santé des Autochtones et prévoient créer un groupe de travail conjoint avec le Collège des médecins de famille du Canada pour élaborer et mettre en œuvre des mesures éducatives, des possibilités de perfectionnement professionnel et faire des progrès en matière de politiques et d'exercice de la médecine dans le domaine de la santé des Autochtones (*Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018*).

Les programmes de résidence postdoctorale varient en fonction de la spécialité, allant de deux ans pour la médecine familiale à six ans pour plusieurs résidences en chirurgie (p. ex. chirurgie cardiaque ou neurochirurgie). La plupart des programmes, cependant, durent cinq ans. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) accrédite les programmes de résidence en médecine familiale, tandis que le CRMCC accrédite tous les autres programmes de résidence spécialisée.

Après un an de formation en résidence, les résidents font la deuxième partie de l'EACMC : l'examen clinique objectif structuré. S'il réussit cet examen, le

résident devient titulaire d'un permis du Conseil médical du Canada, mais il ne peut exercer de façon autonome tant qu'il n'a pas terminé sa formation en résidence et réussi son examen de certification. Passés au cours de la dernière année de résidence, les examens de certification sont administrés par le CMFC ou le CRMCC (selon que la résidence était en médecine familiale ou dans une autre spécialité) et comprennent des volets écrit et oral. Les permis sont délivrés par les collèges provinciaux des médecins et chirurgiens, qui agissent à titre d'organisme de réglementation médicale dans chaque province et territoire.

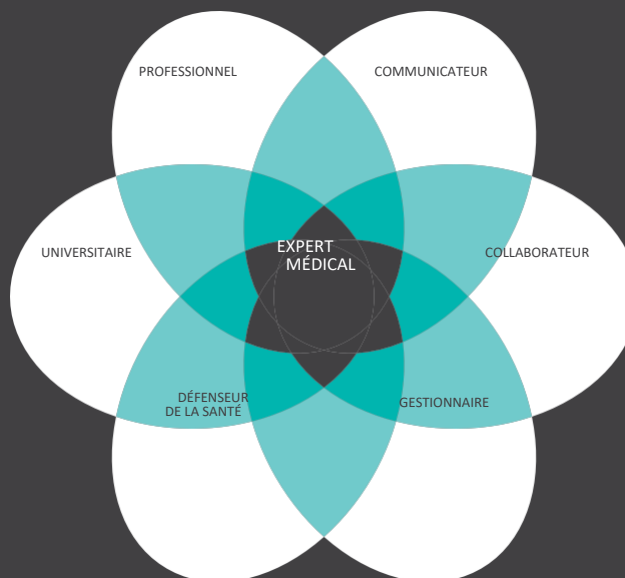
## LE CADRE DE COMPÉTENCES DES MÉDECINS DE CANMEDS

Le Cadre de compétences des médecins de CanMEDS décrit les rôles et les compétences connexes des médecins spécialistes et forme

la

base de toute la formation médicale spécialisée (Frank et Danoff, 2007; Collège royal des médecins et chirurgiens du

Canada, 2005). Le cadre décrit les compétences pour chacun des différents rôles que les médecins spécialistes remplissent afin de répondre aux besoins de la société : communicateur, collaborateur, gestionnaire, défenseur de la santé, universitaire, professionnel et expert médical (Frank et Danoff, 2007; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada & Advocate, 2005). Le cadre définit et décrit également chaque rôle et décrit un ensemble unique de compétences importantes et habilitantes.



**ROYAL COLLEGE**  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

**CANMEDS**

Les normes éducatives pour les programmes de résidence postdoctorale, l'accréditation, l'évaluation des résidents, les examens et le maintien des compétences ont toutes été révisées pour intégrer les compétences et les rôles décrits dans le cadre de CanMEDS (Frank et Danoff, 2007). CanMEDS a également été intégré au programme Maintien de la compétence du CRMCC (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et Avocat, 2005).

À l'automne 2012, le CRMCC a amorcé un processus triennal visant à mettre à jour le cadre CanMEDS de 2005, dans le but d'harmoniser le cadre avec une approche axée sur les compétences en matière de formation médicale. Le cadre mis à jour comprendra de nouveaux jalons de compétences, du contenu et des thèmes pour chaque rôle (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2014a).

CanMEDS a également été adapté à la médecine familiale. CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-FM) guide les programmes et constitue la base de la conception et de l'accréditation des programmes de résidence en médecine familiale et ce, dans le but ultime d'améliorer les soins aux patients (Saucier, 2009).

### FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Pour maintenir la certification, le CRMCC et le CMFC exigent une formation médicale continue. Respectivement appelés Maintien de la certification (MOC) et Mainpro (MAINPRO), les deux programmes consistent à gagner des crédits d'études sur une période de cinq ans. Les crédits peuvent être gagnés en assistant à des ateliers ou à des conférences, en enseignant, en menant des recherches ou en publiant des articles dans des revues évaluées par des pairs.

### DIPLÔMÉS EN MÉDECINE FORMÉS À L'ÉTRANGER

Les diplômés en médecine formés à l'étranger (DMFE) sont des diplômés des programmes de médecine des écoles de médecine à l'extérieur de l'Amérique du Nord. Les DMFE qui ont obtenu leur doctorat, mais qui n'ont pas fait leur formation médicale postdoctorale (résidence) cherchent généralement des occasions de formation en résidence à leur arrivée au Canada (*Association des facultés de médecine du Canada, 2014*). Les DMFE qui ont terminé leurs programmes de MD et leur formation post-diplôme dans des programmes reconnus à l'échelle internationale recherchent des cheminements « admissibles à l'exercice » qui leur permettraient de

commencer à prendre soin de patients immédiatement en vertu d'un permis médical complet ou restreint (*Association des facultés de médecine du Canada, 2014; Walsh et al., 2011*).

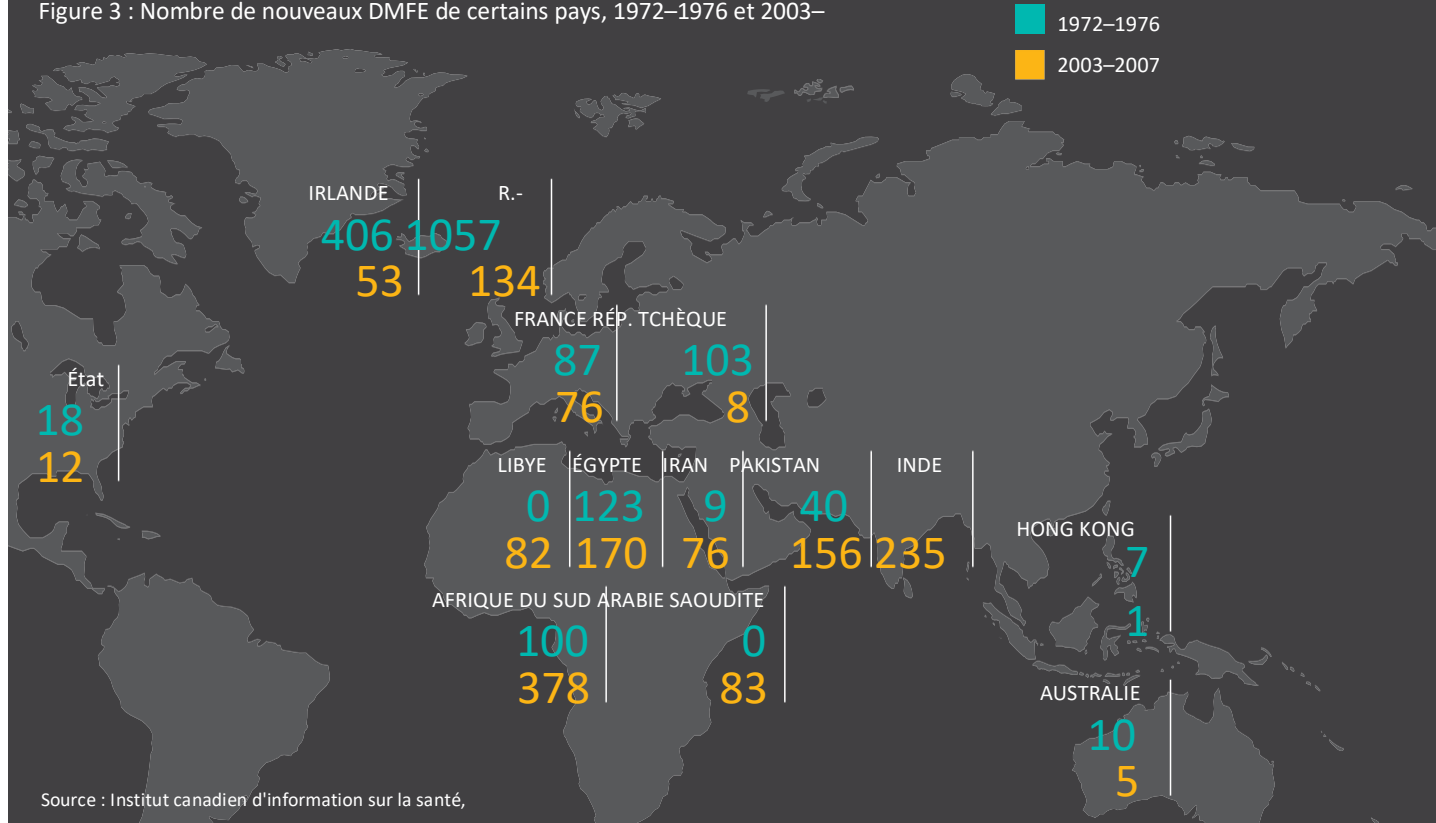
### PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES DMFE

La répartition des pays d'origine des DMFE a considérablement changé ces dernières années. Depuis 1996, le nombre de DMFE qui ont obtenu leur diplôme de médecine en Europe a diminué, tandis que le nombre qui ont fait leur formation en Asie, au Moyen-Orient et dans les Caraïbes a augmenté (*Walsh et al., 2011*). Une proportion beaucoup plus importante de DMFE proviennent d'Afrique du Sud aujourd'hui qu'il y a quelques décennies (voir la figure 3, *Institut canadien d'information sur la santé, 2009*).

En 2019, environ 26 % des médecins canadiens étaient diplômés d'une école de médecine internationale (29 % des médecins de famille et 22 % des spécialistes), une légère augmentation par rapport aux 24 % de 2008 (*Institut canadien d'information sur la santé, 2020*). Il s'agit d'un changement par rapport à la baisse constante du pourcentage de médecins formés à l'étranger entre 1972 et 2007 (*Institut*

*canadien d'information sur la santé, 2009*).

Figure 3 : Nombre de nouveaux DMFE de certains pays, 1972–1976 et 2003–



La répartition des DMFE au Canada n'est pas uniforme, certaines provinces comptant beaucoup plus sur ces médecins que d'autres. La Saskatchewan (50 %) et l'Alberta (35 %) comptent la plus grande proportion de DMFE dans leur main-d'œuvre, tandis que le Québec en compte la plus petite proportion (9 %) (*Institut canadien d'information sur la santé, 2020*). Les médecins en milieu rural sont plus susceptibles d'avoir été formés à l'étranger que les médecins en milieu urbain, un phénomène plus prononcé chez les nouveaux médecins (*Institut canadien d'information sur la santé, 2009*).<sup>7</sup>

#### VOIES D'OBTENTION DU PERMIS POUR LES DMFE

Pour être admissibles à un jumelage de résidence, les DMFE doivent être diplômés d'une université inscrite auprès du directeur de la formation médicale internationale; ils doivent également être citoyens canadiens ou résidents permanents et maîtriser l'anglais et/ou le français (*Service canadien de jumelage des résidents, 2014b*). Les titres de compétence des DMFE doivent être officiellement évalués par le CMC (*Réseau canadien*).

*des personnels de santé, 2013*) et doit réussir l'examen d'évaluation du CMC (EECMC) pour demander une place en résidence par l'entremise du CaRMS (*Conseil médical du Canada, 2014b*). L'EECMC est également une condition préalable aux examens de qualification du CMC.

Parmi les évaluations supplémentaires des DMFE, mentionnons le test de compétence linguistique et l'examen national de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE), qu'ils passent après l'EMCCE (*Conseil médical du Canada, 2014b*).

Entre 1993 et 2004, il y avait très peu de places de résidence réservées aux DMFE (*Walsh et al., 2011*). Cependant, le nombre de DMFE participant aux programmes de résidence a doublé, passant à 1915 entre 2004 et 2009, ce qui représente une augmentation de 500 % depuis 1993 (*Walsh et al., 2011*). Entre 2009-2010 et 2018-2019, le nombre de stagiaires post-diplôme est passé de 4067 à 4593, soit plus d'un quart de tous les stagiaires post-diplôme (Associations des facultés de médecine du

#### LES DMFE : UNE SOLUTION AUX PÉNURIES DE MÉDECINS EN MILIEU RURAL?

Les collectivités rurales et éloignées du Canada font face à des pénuries de médecins (*Centre canadien de collaboration pour les ressources médicales, 2013*). Pour résoudre ce problème, certaines provinces et certains territoires ont élaboré des politiques pour recruter des DMFE afin qu'ils habitent et travaillent dans ces collectivités mal desservies (*Audas, Ryan et Vardy, 2009*). Il existe deux méthodes de recrutement : les permis provisoires et les accords de retour de service. Dans les deux cas, les DMFE acceptent de travailler dans la communauté pour une période temporaire, au moins jusqu'à ce qu'ils obtiennent leur permis d'exercice complet (*Vardy, Ryan et Audas, 2008*). Le but de ces programmes est d'intégrer le médecin dans la communauté et d'établir des cabinets à long terme; cependant, dans de nombreux cas, cela a en fait créé un phénomène de porte tournante : à la fin du temps service exigé, le médecin se déplace ensuite dans une zone urbaine (*Milne et al., 2014*).

Des études suggèrent que les taux de rétention des DMFE ne sont pas meilleurs que ceux des médecins formés au Canada, ou qu'ils peuvent même être pires que ceux des médecins formés au Canada (*Mathews, Edwards et Rourke, 2008*). Les résultats du Sondage national auprès des médecins de 2013 ont révélé que les DMFE sont plus susceptibles de vouloir quitter une collectivité rurale au profit d'une région urbaine (19 % comparativement à 8 % pour les médecins formés au Canada). Une autre étude a révélé qu'après cinq ans, moins de 20 % des médecins titulaires d'un permis provisoire demeuraient dans la collectivité où ils avaient commencé (*Dove, 2009*).

Les DMFE ne constituent pas une solution facile au problème de la distribution des médecins au Canada, et les programmes de délivrance de permis provisoires peuvent en fait aggraver le problème à mesure que les diplômés de ces programmes finissent plus souvent par quitter les collectivités rurales au profit des régions urbaines (*Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé, 2013*).

<sup>7</sup> Cette tendance est constante partout au Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec, où les médecins en milieu urbain sont plus susceptibles d'être des DMFE que les médecins en milieu rural (*Institut canadien d'information sur la santé, 2009*).

Canada, 2019). Toutefois, malgré ces augmentations, les demandes de places de résidence continuent de dépasser de loin l'offre.

## PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

### OFFRE DE MÉDECINS

En 2019, il y avait plus de 91 000 médecins au Canada œuvrant dans plus de 93 spécialités et sous-spécialités différentes, dont un peu plus de la moitié étaient des médecins de famille et le reste étaient des médecins ou des chirurgiens spécialistes

(Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Bien que ce nombre ait augmenté de plus de 4 % chaque année, il a depuis ralenti à une augmentation de 1,8 % en 2019 (voir la figure 4, Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

Par province, le nombre de médecins par habitant varie considérablement, passant de 42 médecins pour 100 000 habitants au Nunavut à 250 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Écosse (voir la figure 5, Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

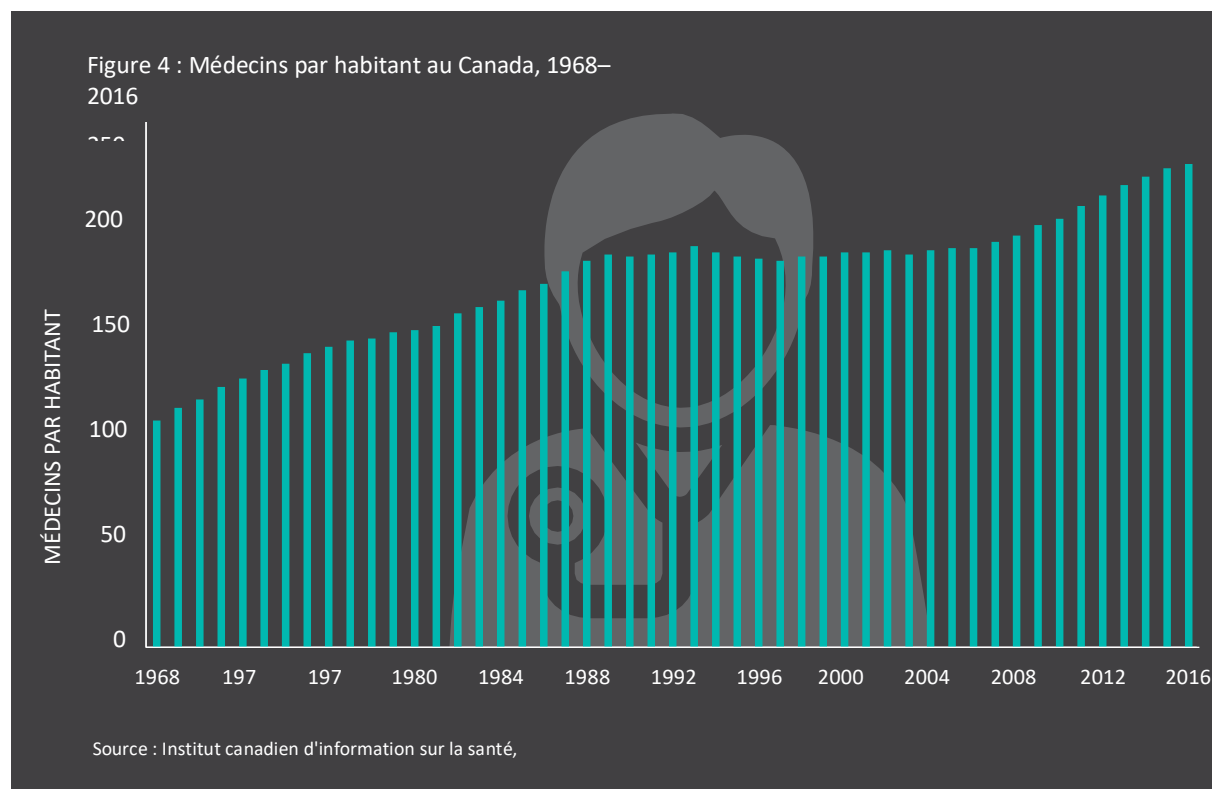
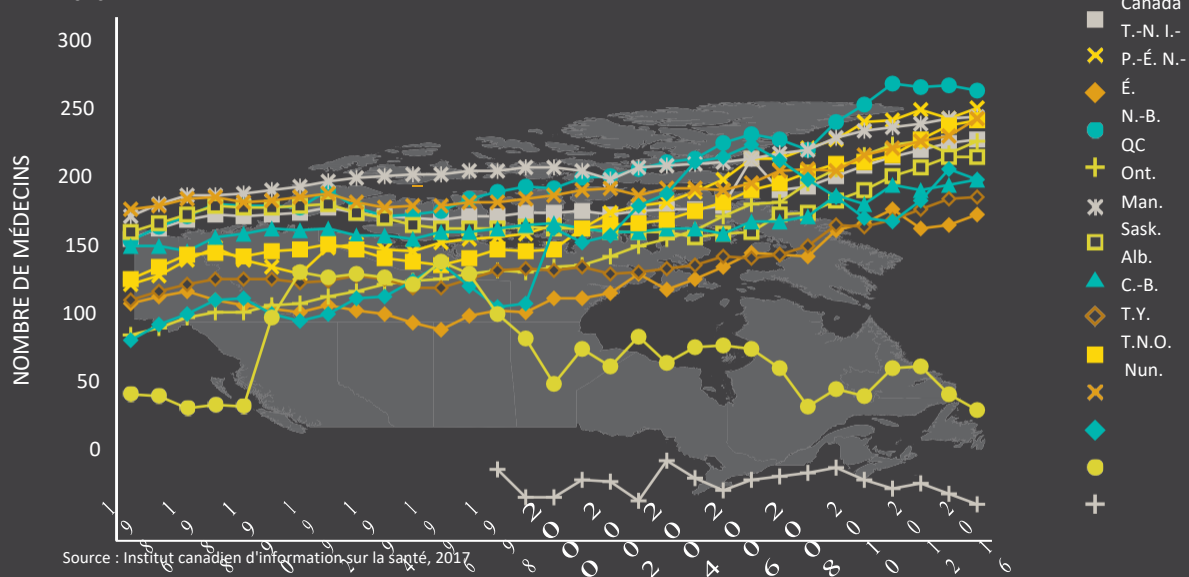


Figure 5 : Médecins pour 100 000 habitants, par province ou territoire, 1986–2016



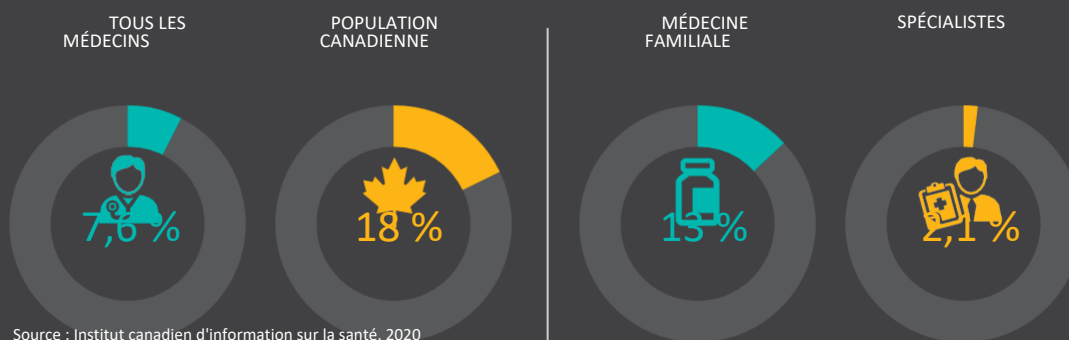
Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2017

### RÉPARTITION DES MÉDECINS PAR RÉGION

Bien que 18 % de la population canadienne vive en milieu rural, seulement 7,6 % des médecins ont exercé dans ces régions en 2019 (voir la figure 6, Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Une proportion plus élevée de médecins de famille que de spécialistes se trouvent dans les régions rurales du Canada, 13 % contre 2,1 % en 2019 (Institut canadien d'information sur la santé 2020). Comme l'a noté Geoff Ballinger, directeur de

Ressources humaines en santé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : « De nombreuses régions ont mis en œuvre des programmes pour persuader les nouveaux diplômés de travailler dans les régions rurales. Ces initiatives encouragent les médecins à pratiquer dans des communautés où l'accès aux médecins serait autrement difficile. » Toutefois, l'efficacité de ces programmes n'a pas encore été évaluée.

Figure 6 : Pourcentage de médecins en milieu rural : Comparaison des médecins et de la population canadienne, 2019



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2020



### RÉPARTITION DES MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ

La répartition des médecins de famille/généralistes par rapport aux médecins/chirurgiens spécialistes est demeurée relativement stable à environ 50 % depuis la fin des années 1970 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Les spécialités médicales ont connu plus de croissance que les spécialités chirurgicales ou de laboratoire (voir Figure 7, Institut canadien d'information sur la santé, 2017).

### RÉPARTITION DES MÉDECINS PAR GENRE

Un changement démographique important dans l'effectif des médecins est le nombre croissant de femmes dans presque toutes les spécialités (voir la figure 8, Institut canadien

d'information sur la santé, 2017). En 2019, 47,5 % des médecins de famille et 38,0 % des médecins spécialistes au Canada étaient des femmes. En général, le nombre de femmes médecins sur le marché du travail a augmenté de 19,2 % depuis 2015, dépassant l'augmentation de 5,8 % pour les hommes dans la profession. La province de Québec a la plus forte proportion de femmes médecins, un peu plus de la moitié.

L'augmentation du nombre de femmes dans la profession reflète les tendances de la formation en médecine (voir Figure 9, Association des facultés de médecine du Canada, 2019)

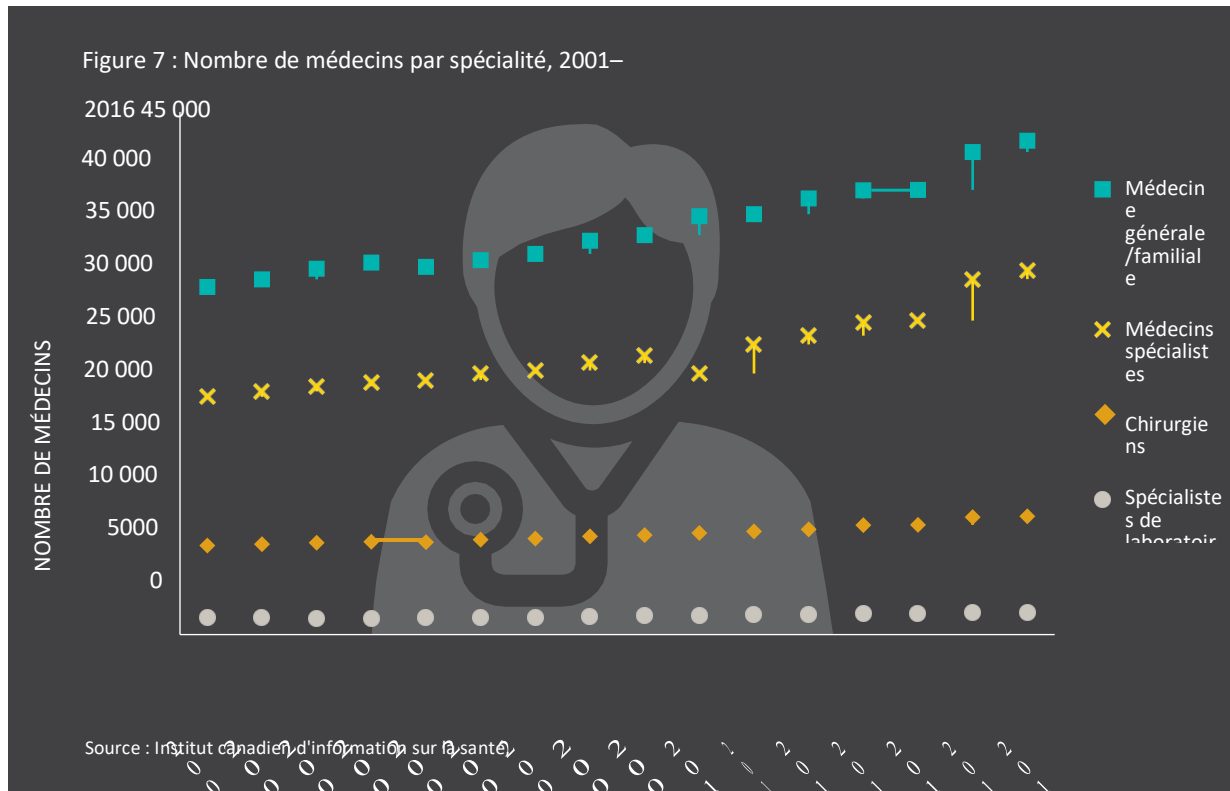


Figure 8 : Pourcentage de femmes par spécialité, 1998–2016

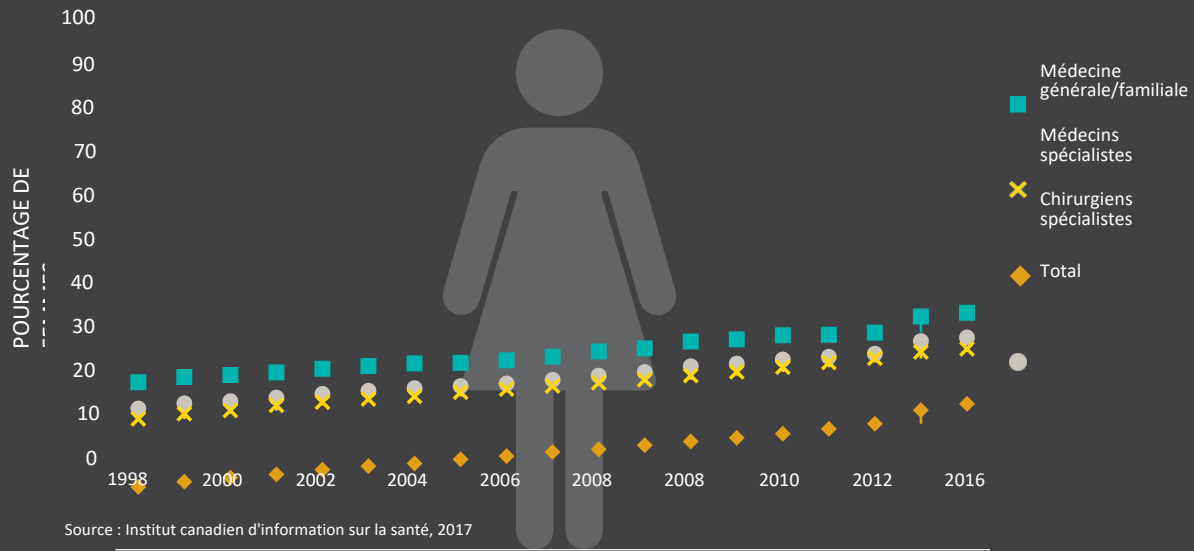
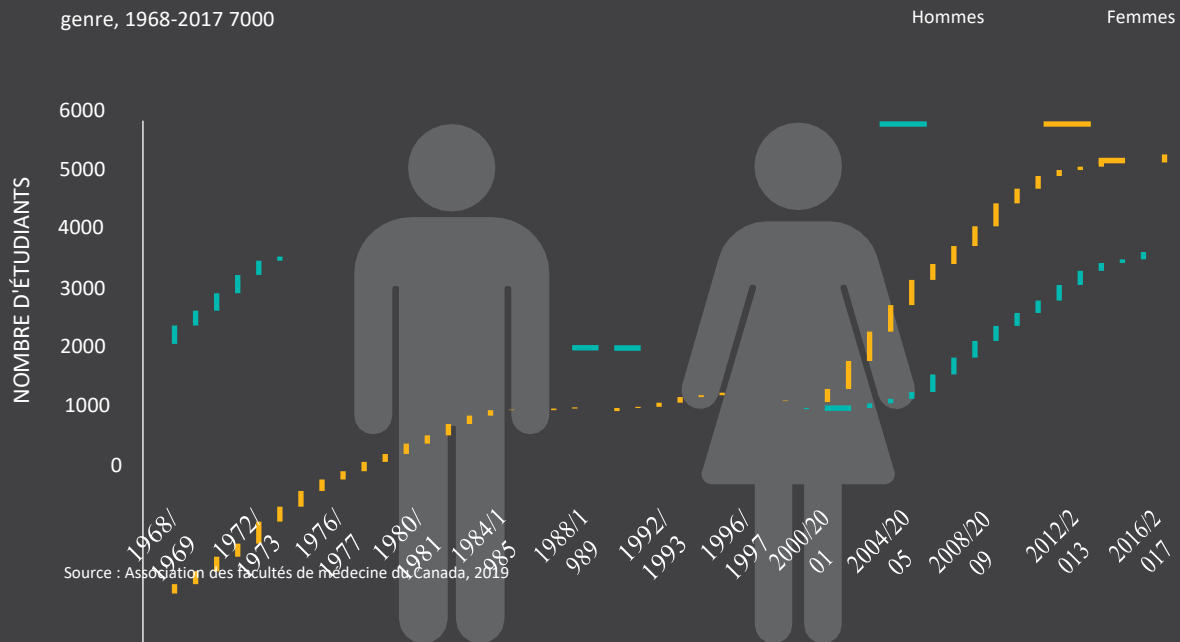


Figure 9 : Inscriptions dans les écoles de médecine canadiennes selon le genre, 1968-2017 7000



### L'OFFRE DE MÉDECINS : DE L'EXCÉDENT À LA PÉNURIE ET VICE-VERSA?

Au début des années 1990, les responsables des politiques craignaient que le Canada ait un surplus de médecins, car la croissance de la population médicale dépassait celle de la population générale. Le rapport Barer-Stoddart a été commandé pour synthétiser les points de vue de divers intervenants nationaux et pour proposer des stratégies visant à stabiliser le ratio médecin-population (*Barer et Stoddart, 1991*). Le rapport contenait une série de 53 recommandations intégrées, dont l'une consistait à réduire de 10 % les admissions à l'école de médecine, une recommandation qui a été faite avec l'appui de l'AMC et de l'Association canadienne des médecins résidents.

Quelques années plus tard, des plaintes de pénuries drastiques ont émergé et Barer et Stoddart ont été vilipendés pour leur suggestion de réduire les inscriptions aux écoles de médecine. Que s'est-il passé au cours des années 1990 qui a fait basculer si soudainement la perception de l'excédent à la pénurie?

Entre 1993 et 2000, le ratio médecin-population a diminué de 5,1 %, revenant aux niveaux de 1987 (*Chan, 2002*). En 1993, la résidence de deux ans en médecine familiale, qui a éliminé le stage d'un an par roulement, a retardé l'entrée de toute une cohorte de médecins de famille (*Chan, 2002; Evans et McGrail, 2008*). Dans le même temps, l'Université de Montréal a raccourci la formation de premier cycle, ce qui a également éliminé toute une catégorie de médecins (*Evans et McGrail, 2008*). De nouvelles restrictions ont été imposées aux diplômés en médecine formés à l'étranger (DMFE), ce qui a limité l'immigration de nouveaux médecins (*Bourgeault et Grignon, 2013; Chan, 2002; Evans et McGrail, 2008*). Enfin, les incitatifs à la retraite et les départs à la retraite obligatoires ont encouragé, ou forcé, de nombreux médecins plus âgés à cesser d'exercer la profession (*Chan, 2002*).

Tout compte fait, la réduction de 10 % du nombre d'admissions à l'école de médecine recommandée par le rapport Barer-Stoddart ne représentait que 11 % de la baisse du ratio médecin-population (*Chan, 2002*).

À partir du début des années 2000, de nouvelles politiques ont été adoptées pour accroître l'offre de médecins. En particulier, les écoles de médecine du pays ont augmenté le nombre d'inscriptions (*Buske, 2001; Kent, 2000; Pinker, 2000; Square, 2001; Sullivan, 2001*). De plus, les exigences en matière de permis pour les DMFE ont été assouplies (*Basky, 2001; Spurgeon, 2000*). Depuis lors, les augmentations de l'offre se sont poursuivies sans relâche, ce qui s'est traduit par des excédents spécifiques à certaines spécialités ainsi que par des augmentations spectaculaires des dépenses totales et par médecin (*Evans et McGrail, 2008*).

### RÉPARTITION DES MÉDECINS PAR ÂGE

L'âge moyen des médecins au Canada a légèrement diminué, passant de 50,0 ans en 2015 à 49,4 ans en 2019 (*Institut canadien d'information sur la santé, 2020*).

Il y a des variations d'un bout à l'autre du pays,

l'âge moyen variant de 48,1 ans en Alberta et au Labrador à 52,1 ans à l'Île-du-Prince-Édouard. En général, les spécialistes sont légèrement plus âgés que les médecins de famille, leur âge moyen étant respectivement de 50,8 et 50,1 ans.

## REVENUS

En 2018-2019, les paiements cliniques bruts annuels moyens pour les services fournis par les médecins et les chirurgiens au Canada, qui représentent la majorité des salaires des médecins, étaient de 347 000 \$ par médecin, une augmentation de 3,4 % par rapport à 2014-2015 (*Institut canadien d'information sur la santé, 2020*).

Les revenus des médecins varient considérablement selon la province de résidence et la spécialité du médecin.

Les médecins exerçant en Nouvelle-Écosse ont les paiements cliniques moyens les plus bas, tandis que les médecins de l'Île-du-Prince-Édouard ont les paiements les plus élevés. Les chirurgiens spécialistes ont les salaires annuels les plus élevés et les médecins de famille ont les salaires annuels les plus bas (*Institut canadien d'information sur la santé, 2020*).

## PAIEMENTS

Pendant une grande partie de leur histoire au Canada, les médecins étaient rémunérés à l'acte, ce qui consistait en la prestation d'un service particulier à un patient particulier moyennant des honoraires fixes. Les honoraires sont déterminés en grande partie par des négociations entre les associations médicales professionnelles provinciales et les ministères de la Santé. Au cours des deux dernières décennies, cependant, un nombre croissant de médecins ont choisi d'autres formes de paiement pour une partie ou la totalité de leur revenu. Les autres formes de paiement comprennent le salaire (avec et sans incitations au rendement), la capitation (frais annuels pour le traitement d'une liste définie de patients) ou la rémunération mixte. Les paiements alternatifs ont augmenté et représentent maintenant près de 28 % des paiements cliniques totaux (*Institut canadien d'information sur la santé, 2017*). À l'instar des salaires, le recours aux paiements de remplacement varie considérablement d'une province à l'autre, atteignant 47 % en Nouvelle-Écosse et 14 % en Alberta (*Institut canadien d'information sur la santé, 2017*).

## CHAMPS D'EXERCICE

Le champ d'exercice du médecin définit les « procédures, actions et processus que l'individu est autorisé à faire, tels qu'ils sont énoncés par les organismes d'attribution du droit d'exercice » (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2013). Chaque province et territoire a un énoncé de champ d'exercice défini qui s'applique à tous les médecins praticiens de cette province. En outre, les hôpitaux et les régions sanitaires/régies

de la santé définissent des privilèges d'exercice explicites pour les médecins qui exercent leurs activités au sein de leur établissement. Étant donné que les différentes spécialités créent une variabilité dans les rôles des médecins, ces énoncés ne sont pas des listes détaillées de ce qu'un médecin est autorisé à faire, mais sont plutôt descriptifs et décrivent ce que font les médecins, aidant ainsi le public et les autres professionnels de la santé à comprendre le champ d'exercice des médecins. Par exemple, voici l'énoncé du champ d'exercice des médecins et des chirurgiens de la Colombie-Britannique (Health Professions Council et ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 1998) :

*La pratique de la médecine est l'évaluation de l'état physique ou mental d'un individu ou d'un groupe d'individus à n'importe quel stade du cycle de vie biologique; la prévention et le traitement des maladies, troubles et problèmes physiques et mentaux; et la promotion d'une bonne santé.*

## ÉVOLUTION DES CHAMPS D'EXERCICE DES MÉDECINS

Les champs d'exercice des médecins ont évolué au fil du temps et se chevauchent fréquemment avec ceux d'autres professions médicales. En Ontario, par exemple, les pharmaciens peuvent maintenant procéder à des vaccinations et les paramédicaux peuvent fournir des soins à domicile aux aînés; au Manitoba, les infirmières peuvent demander des tests diagnostiques. De plus, le champ d'exercice de la médecine familiale s'est élargi à certains domaines de spécialité en raison de l'existence du programme d'exercice dans un domaine spécial d'intérêt, qui permet aux médecins de famille d'obtenir des titres de compétence dans l'un des domaines cliniques suivants (*Royal*

*Collège des médecins et chirurgiens du Canada, 2013*) :

- médecine de la toxicomanie;
- anesthésie en cabinet familiale;
- soins en lien avec le cancer;
- pédiatrie;
- douleurs chroniques;
- dermatologie;
- déficiences développementales;
- urgentologie;

- compétences améliorées en chirurgie;
- santé globale;
- gérontologie;
- médecine hospitalière;
- soins de maternité et de néonatalogie;
- santé mentale;
- médecine du travail;
- soins palliatifs;
- santé carcérale;
- pneumologie; et
- médecine du sport et de l'exercice.

## RÉGLEMENTATION ET NORMES

La profession de médecin au Canada est autoréglementée. Dans chaque province, un collège des médecins et chirurgiens agit à titre d'ordre des médecins responsable de l'agrément et de l'inscription des médecins, et s'assure que tous les membres sont des praticiens qualifiés et compétents qui suivent des normes définies. Guidés par les lois provinciales sur les professions de la santé (voir le tableau 2), les ordres des médecins s'appuient sur des processus d'évaluation pour s'assurer que chaque médecin possède les connaissances, les compétences et les comportements professionnels nécessaires à l'exercice sécuritaire de la médecine (Walsh et coll., 2011). Les ordres des médecins traitent également les plaintes des patients et toute mesure disciplinaire qui pourrait être nécessaire.

Tous les médecins doivent détenir un permis valide par l'entremise du Collège de leur province pour exercer légalement la médecine. La surveillance est également assurée par les ministères provinciaux de la Santé, qui ont le pouvoir de surveiller les résultats des médecins et la qualité des soins.

TABLEAU 2 : Organismes de réglementation provinciaux et cadre législatif

Province/Territoire	Ordre des médecins provincial	Structure législative et réglementaire
Colombie-Britannique	College of Physicians and Surgeons of British Columbia	<i>Health Professions Act</i>
Alberta	College of Physicians and Surgeons of Alberta	<i>Health Professions Act, 1999</i>
Saskatchewan	College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan	<i>The Medical Professions Act</i>
Manitoba	Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba	<i>Loi sur les professions de la santé réglementées</i>
Ontario	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	<i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i> <i>Loi médicale de 1991</i>
Québec	Collège des médecins du Québec	Chapitre C-26, Québec Code des professions
Nouveau-Brunswick	Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick	<i>Loi médicale</i>
Nouvelle-Écosse	College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia	<i>The Medical Act</i>
Île-du-Prince-Édouard	College of Physicians and Surgeons of Prince Edward Island	<i>The Regulated Health Professions Act</i>
Terre-Neuve-et-Labrador	College of Physicians and Surgeons of Newfoundland	<i>Health Professions Act</i>
Yukon	Yukon Medical Council	<i>Medical Profession Act</i>
Territoires du Nord-Ouest	Santé et services sociaux	<i>Medical Profession Act</i>

En réponse à l'Accord sur le commerce intérieur, qui permet aux professionnels de la santé de se déplacer librement d'une province à l'autre, on assiste actuellement à une évolution vers la coordination des permis provinciaux (Silversides, 2009). La Fédération des ordres des médecins du Canada a élaboré un accord établissant une norme canadienne pour l'octroi de permis dans toutes les provinces et tous les territoires. La norme canadienne pour l'agrément complet comprend un diplôme médical d'un établissement approuvé, un permis délivré par le Conseil médical du Canada, une formation postdoctorale approuvée et une certification du CRMCC ou du CMFC.

## QUESTIONS D'ACTUALITÉ EN MÉDECINE

### CANADIENS ÉTUDIANT À L'ÉTRANGER

Étant donné que l'admission dans les écoles de médecine canadiennes est très concurrentielle, de nombreux candidats non retenus cherchent maintenant une formation médicale à l'extérieur du Canada; la plupart (77 %) des Canadiens qui étudient à l'étranger sont ceux qui ont présenté une demande, mais qui n'ont pas réussi à être admis à des programmes de médecine canadiens (Service canadien de jumelage).

des résidents, 2010). La majorité d'entre eux sont également des résidents des provinces où les taux de réussite des demandes d'admission à une école de médecine sont les plus faibles : la Colombie-Britannique et l'Ontario (Service canadien de jumelage des résidents, 2010).

Selon le CaRMS, plus de 3600 Canadiens étudient actuellement la médecine dans 130 écoles réparties dans 30 pays (Service canadien de jumelage des résidents, 2014a), un nombre suffisant pour occuper au moins six écoles de médecine canadiennes (Born et Dhalla, 2011). Ces chiffres ont augmenté rapidement depuis 2000 (Service canadien de jumelage des résidents, 2014a; Shepperd, 2011; Walsh et al., 2011), certaines de ces écoles ciblant maintenant spécifiquement les Canadiens (Université de St. Andrews, s. d.).

Le coût de la formation médicale est beaucoup plus élevé pour les Canadiens étudiant à l'étranger que pour les étudiants des facultés de médecine canadiennes (voir le tableau 3), les frais de scolarité annuels pouvant atteindre 63 000 \$ (au Royal College of Surgeons en Irlande). Les dettes à la fin des études sont également beaucoup plus élevées pour les Canadiens étudiant à l'étranger : la dette médiane des Canadiens étudiant à l'étranger en 2010 était de 160 000 \$ (mode = 200 000 \$) comparativement à 71 000 \$ pour les diplômés des universités canadiennes (Service canadien de jumelage des résidents, 2010).

TABLEAU 3 : Coûts des études de médecine à l'étranger, 2010

Région	Moyenne annuelle des frais de scolarité (\$ CAD) en 2010	Dette médiane à la fin des études
Irlande	49 800 \$	200 000 \$
Caraïbes	25 608 \$	175 000 \$
Australie	42 334 \$	200 000 \$
Moyen-Orient	26 336 \$	90 000 \$
Pologne	14 191 \$	70 000 \$
Canada	12 214 \$	71 000 \$

Quatre-vingt-dix pour cent des étudiants qui quittent le Canada pour étudier la médecine ont l'intention de revenir pour suivre une formation postdoctorale (Service canadien de jumelage des résidents, 2014a); cependant, la voie vers l'exercice de la médecine est loin d'être assurée. Les Canadiens étudiant à l'étranger sont en concurrence avec d'autres DMFE pour moins de 13 % des places de résidence attribuées aux DMFE (ministère de la Santé, de l'Éducation et de la Médecine de la Colombie-Britannique, 2011). Ils sont également tenus de passer le même examen EECMC.

Les possibilités de formation postdoctorale dans les pays où les Canadiens étudiant à l'étranger effectuent leur diplôme de médecine sont également limitées. Par exemple, aucune école dans les Caraïbes n'offre de formation postdoctorale aux étudiants formés à l'étranger, et les écoles européennes et australiennes ont très peu de places disponibles (Service canadien de jumelage des résidents, 2010).

Certains arguments militent en faveur de l'octroi d'un accès préférentiel aux Canadiens étudiant à l'étranger, principalement parce qu'ils sont citoyens canadiens, mais cela contrevient à la *Charte canadienne des droits et libertés* (ministère de la Santé, de l'Éducation et de la Médecine de la Colombie-Britannique, 2011). Malgré cela, certaines données suggèrent que les Canadiens étudiant à l'étranger bénéficient actuellement d'un avantage préférentiel par rapport à d'autres DMFE; en particulier, leurs taux de jumelage pour la formation postdoctorale sont plus élevés et ils remplissent plus de la moitié des places en résidence de première année allouées aux DMFE, bien qu'ils ne représentent que 25 % du bassin de candidats (Milne, Doig et Dhalla, 2014; Thomson et Cohl, 2011). Cela dit, cette tendance peut s'expliquer par des différences entre les Canadiens étudiant à l'étranger et les autres bassins de DMFE; par exemple, la compétence linguistique ou les résultats aux évaluations cliniques, qui sont pris en compte lors du processus de sélection des résidents.

Les Canadiens étudiant à l'étranger et leurs familles ignorent souvent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour accéder à la formation postdoctorale au Canada ou à l'étranger (Barer, Evans et Hedden, 2014; ministère de la Santé, de l'Éducation et de la Médecine de la Colombie-Britannique, 2011; Milne et al., 2014). Étant donné l'attention fréquente des médias à ce sujet, beaucoup supposent que le Canada fait face à une pénurie de médecins et qu'ils n'auront aucune difficulté à retourner au Canada pour suivre une formation postdoctorale (Milne et al., 2014). Un récent éditorial sur les Canadiens étudiant à l'étranger souligne que « les décideurs du gouvernement et de la médecine devraient être très clairs quant aux perspectives pour les médecins canadiens formés à l'étranger qui s'attendent à retourner au Canada pour exercer la profession. Ce serait irresponsable de ne pas le faire et cela susciterait une réaction négative compréhensible de la part des étudiants désillusionnés et de leurs familles » (Barer et al., 2014).

#### ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES MÉDECINS

L'épuisement professionnel, un état mental bien documenté qui comporte des sentiments d'épuisement émotionnel, de faible accomplissement personnel et de dépersonnalisation (Jackson, 1981), est courant chez les médecins. Les médecins et les chirurgiens ont des carrières exigeantes et stressantes. Les urgences des patients, les appels de nuit et les patients exigeants sont des facteurs associés à des niveaux de stress élevés chez les médecins, qui peuvent conduire à un épuisement professionnel (Leiter, Frank et Matheson, 2009). L'épuisement professionnel survient lorsque les médecins estiment que leur capacité émotionnelle est épuisée en raison du stress et des exigences de leur profession (Jackson, 1981) et peut entraîner une baisse de la satisfaction au travail (Balch, Shanafelt, Sloan, Satele et Freischlag, 2011; Ozyurt, Hayran et Sur, 2006; Weng et al., 2011) et une détérioration de la santé mentale (Asai et al., 2007; Shanafelt

et al., 2011). Cela conduit alors à une baisse de productivité (Dewa, Loong, Bonato, Thanh et Jacobs, 2014) et réduit le temps passé sur les soins aux patients ainsi que la qualité de ces soins (Klein, Grosse Frie, Blum et von dem Knesebeck, 2010; Shanafelt et al., 2010). L'épuisement professionnel entrave la capacité des médecins à fournir des soins de qualité aux patients et menace à la fois la pérennité du personnel médical et l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

#### La prévalence de l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel dans toutes les spécialités médicales a été documenté tant à l'échelle internationale que nationale. En 2003, un médecin de l'Association médicale canadienne Le questionnaire sur les ressources a révélé que 46 % des médecins canadiens souffraient d'épuisement professionnel (Boudreau, Cahoon et Wedel, s. d.); une étude similaire menée en 2009 a révélé que 48 % des médecins avaient vécu de l'épuisement émotionnel et 46 % avaient vécu de la dépersonnalisation (Leiter et al., 2009). Aux États-Unis, une enquête récente a indiqué que 46 % des médecins vivaient un épuisement professionnel (Shanafelt et al., 2012), tandis qu'en Europe, 43 % des médecins ont obtenu un score élevé pour l'épuisement émotionnel, 35 % pour la dépersonnalisation et 32 % pour les faibles accomplissements personnels (Soler et al., 2008).

Les niveaux d'épuisement semblent stables dans le temps chez les médecins et leurs niveaux semblent supérieurs à ceux observés dans d'autres professions (Stabilité, 2011); par exemple, une étude de Statistique Canada a révélé que de 17 % à 32 % des travailleurs canadiens ressentaient du stress lié au travail et à la vie (Shields, 2006).

#### Les effets de l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel des médecins touche non seulement les médecins, mais aussi les patients et les populations. Au niveau du médecin, l'épuisement professionnel a des effets néfastes sur la santé mentale et physique (Asai et al., 2007; Melamed, Kushnir et Shirom, 1992; Shanafelt et al., 2011), ce qui peut amener les médecins à réduire leurs heures de bureau ou à quitter complètement la profession (Grunfeld et al., 2000). Les patients traités par des médecins qui vivent un épuisement professionnel sont moins satisfaits et subissent davantage d'erreurs médicales (Klein et coll., 2010; Shanafelt et coll., 2010). Au niveau de la population, l'incidence économique de l'épuisement professionnel des médecins a été estimée à 213,1 millions de dollars en raison de la retraite anticipée et de la réduction des heures cliniques (Dewa, Jacobs, Thanh et Loong, 2014).

Pour remédier à ces effets manifestement négatifs et significatifs sur les médecins et les patients, il sera important que les décideurs, les autorités sanitaires, les cliniques et les médecins individuels collaborent pour atténuer les effets du stress au travail sur les médecins en instituant des politiques et/ou des stratégies de lutte contre le stress. Renforcer la résilience au stress est un mécanisme important pour prévenir l'épuisement professionnel, une étude canadienne montrant que les médecins qui avaient des attitudes et des perspectives positives, un équilibre et des priorités, un environnement de travail sain et des relations saines étaient moins touchés par le stress de la profession et donc moins susceptibles de connaître l'épuisement professionnel (*Jensen, Trollope-Kumar, Waters et Everson, 2008*). Le système de santé canadien devrait s'appuyer sur des politiques qui aident les médecins à maintenir un équilibre sain entre la vie professionnelle et la vie personnelle et à s'engager dans de la formation continue, des mesures qui contribuent de façon prouvée à réduire le stress et l'épuisement professionnel (*Lee et Brown, 2008*).

## CONCLUSION

Deuxième en importance parmi la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada, la profession de médecin a une longue et complexe histoire au pays et domine les professions de la santé depuis le début ou le milieu des années 1800.

Certains soutiennent que cette domination a diminué depuis les années 1960, l'autonomie professionnelle de plusieurs autres professions de la santé s'étant accrue et une assurance maladie publique couvrant les services médicaux ayant été introduite.

Depuis sa création, la main-d'œuvre est de plus en plus spécialisée : deux spécialités (médecine générale et chirurgie générale) ont été remplacées par 79 disciplines médicales distinctes, chacune étant formée et exerçant ses activités différemment.

La formation des médecins est un processus long et exigeant qui comprend au moins sept (mais habituellement huit) années d'études postsecondaires, de deux à six années de formation postdoctorale en résidence et de multiples examens en cours de route. Les diplômés formés à l'étranger sont également confrontés à des obstacles supplémentaires.

Quelque 3600 Canadiens étudient actuellement la médecine à l'étranger, dont 90 % espèrent retourner au Canada pour suivre une formation postdoctorale; cependant, les possibilités de résidence sont peu nombreuses pour ces étudiants. Les décideurs ont la responsabilité de faire comprendre clairement les perspectives aux médecins canadiens formés à l'étranger afin qu'ils soient conscients des risques associés à la formation à l'étranger.

L'éducation médicale et la formation postdoctorale sont accréditées par le CRMCC (pour toutes les spécialités autres que la médecine familiale) et le CMFC (pour la médecine familiale). Les deux organisations utilisent un cadre axé sur les compétences pour établir des normes d'éducation pour les programmes de résidence postdoctorale, l'accréditation, l'évaluation des résidents, les examens et le maintien des compétences.

La main-d'œuvre médicale est en proie à des problèmes d'offre qui oscillent entre des excédents perçus et des pénuries perçues. Parmi les problèmes actuels auxquels est confrontée la main-d'œuvre, on retrouve le sous-emploi dans certaines spécialités. Les problèmes de distribution sont particulièrement évidents avec les pénuries dans les communautés rurales et éloignées, et en particulier parmi les populations autochtones.

## ACRONYMES

CanMEDS-FM	CanMEDS-Médecine familiale	CaRMS	Service canadien de jumelage des résidents
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada		
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé		
AMC	Association médicale canadienne		
CÉÉ	Canadien étudiant à l'étranger		
DMFE	Diplômé en médecine formé à l'étranger	MAINPRO	Maintenance of proficiency
MCAT	Medical College Admission Test		
CMC	Conseil médical du Canada		
EECMC	Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada		
EACMC	Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada		
MD	Docteur en médecine		
MC	Maintien du certificat		
OM	Ordre des médecins		
CNE	Examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation		
RCPSC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada		



## BIBLIOGRAPHIE

- Alford, R.R. (1977). *Health care politics: Ideological and interest group barriers to reform*. University of Chicago Press. Extrait de [http://books.google.ca/books/about/Health\\_care\\_politics.html?id=k\\_rKQ14YxDAC&pgis=1](http://books.google.ca/books/about/Health_care_politics.html?id=k_rKQ14YxDAC&pgis=1).
- American Association of Medical Colleges. (2013). *Graduation Questionnaire 2013: All schools summary report*.
- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M. et Akizuki, N. (2007). *Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan*, 428 (août 2006), 421–428. doi:10.1002/pon.
- Association des facultés de médecine du Canada. (2013). *Enrollment in Canadian faculties of medicine by sex*.
- Association des facultés de médecine du Canada. (2019). *Canadian medical education statistics*. Extrait de <http://www.afmc.ca/publications-statistics-e.php>.
- Association des facultés de médecine du Canada. (2014). *DataPoint! International medical graduates and Canadians studying medicine abroad*.
- Association des facultés de médecine du Canada (2019) *Canadian Medical Education Statistics Report*. Extrait de [https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/CMES/CMES2019-Complete\\_EN.pdf](https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/CMES/CMES2019-Complete_EN.pdf)
- Audas, R., Ryan, A. et Vardy, D. (2009). Where did the doctors go? A study of retention and migration of provisionally licensed international medical graduates practising in Newfoundland and Labrador between 1995 and 2006. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 14(1), 21–24. Extrait de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146788>.
- Balch, C. M., Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., Satele, D. V. et Freischlag, J. A. (2011). Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing academic and private practice settings. *Annals of Surgery*, 254(4), 558–568. doi:10.1097/SLA.0b013e318230097e
- Barer, M. L., Evans, R. G. et Hedden, L. (2014). False hope for *Canadians who study medicine abroad*. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 186(7), 552. doi:10.1503/cmaj.131704.
- Barer, M. L., et Stoddart, G. L. (1991). *Toward integrated medical resource policies for Canada. Report prepared for the Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health*. Extrait e [http://scholar.google.ca/scholar?q=Toward+integrated+medical+resource+policies+for+Canada&btnG=&hl=en&as\\_sdt=0,5#9](http://scholar.google.ca/scholar?q=Toward+integrated+medical+resource+policies+for+Canada&btnG=&hl=en&as_sdt=0,5#9).
- Basky, G. (2001). Saskatchewan hopes to ease MD shortage by easing licensing requirements. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(9), 1336. Extrait de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=81042&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Born, K. et Dhalla, I. A. (2011). *Why are so many Canadians going abroad to study medicine?* Extrait de <http://healthydebate.ca/2011/03/topic/politics-of-health-care/why-are-so-many-canadians-going-abroad-to-study-medicine>.
- Boudreau, R. A., Cahoon, S. L., et Wedel, R. J. (s. d.). The pandemic from within: Two surveys of physician burnout in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 71–88.
- Bourgeault, I. L., et Grignon, M. (2013). A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. *European Journal of Comparative Economics*, 10(2), 199–223. Extrait de <http://ideas.repec.org/a/liu/liucej/v10y2013i2p199-223.html>.

Ministère de la Santé, de l'Éducation et de la Médecine de la Colombie-Britannique (2011). *International Medical Graduate Program (IMG-BC) challenges facing Canadians studying abroad*.

Buske, L. (2001). Medical school enrolment rebounds. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(11), 1526a. Extrait de <http://www.cmaj.ca/content/165/11/1526.2.short?related-urls=yes&legid=cmaj;165/11/1526-a>.

Canadian Collaborative Centre for Physician Resources. (2013). *Canadian physician resources: 2013 basic facts*. Extrait de <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/PhysFacts2013-e.pdf>.

Médecins canadiens pour le régime public. (2014). *BC court challenge*. Extrait de <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/Issues/bc-court-challenge.html?Itemid=172>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2010). *Mythbuster: Most physicians prefer fee-for-service payments*. Extrait de <http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/10-01-01/13b5e8bb-e7c2-4544-8da5-b1aa5d9e38db.aspx>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2013). *Myth: International medical graduates are the solution to the doctor shortage in underserved areas. Mythbusters*. Extrait de <http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/Mythbusters/ArticleView/2013/05/14/e628dec0-3dd1-4572-999c-456c54ef0f06.aspx>.

Réseau canadien des personnels de santé. (2013). *Internationally educated health professionals: A review of the Canadian literature*. Ottawa, ON : Auteur.

Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *International medical graduates in Canada: 1972 to 2007 executive summary data sources and methodology data sources*.

Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Supply, distribution and migration of Canadian physicians, 2016*.

Institut canadien d'information sur la santé (2020) *Médecins au Canada, 2019*. Ottawa, ON : ICIS Extrait de : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/physicians-in-canada-report-en.pdf>

Association médicale canadienne. (2014a). *History, mission, vision and values*. Extrait de <https://www.cma.ca/En/Pages/history-mission-vision.aspx>.

Association médicale canadienne. (2014b). *Number of physicians by province/territory and specialty, Canada, 2014*. Extrait de <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/01-physicians-by-Specialty-Province-2014-e.pdf>.

Association médicale canadienne. (2015). *Becoming a physician*. Extrait de <http://www.facturation.net/becoming-a-physician>.

Service canadien de jumelage des résidents. (2010). *Canadian students studying medicine abroad*. Extrait de [https://www.carms.ca/pdfs/2010\\_CSA\\_Report/CaRMS\\_2010\\_CSA\\_Report.pdf](https://www.carms.ca/pdfs/2010_CSA_Report/CaRMS_2010_CSA_Report.pdf).

Service canadien de jumelage des résidents. (2012). *R-1 match reports, 2012*. Extrait de <https://www.carms.ca/en/r-1-match-reports-2012>.

Service canadien de jumelage des résidents. (2014a). *Returning to Canada*. Extrait de <https://www.carms.ca/en/returning-to-canada>.

Service canadien de jumelage des résidents. (2014b). *New to Canada*. Extrait de <https://www.carms.ca/en/new-to-canada>.

Chan, B. (2002). *From perceived surplus to perceived shortage: What happened to Canada's physician workforce in the 1990s?* Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé. Extrait de <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/chanjun02.pdf>.

Chowdhury, M. M., Dagash, H. et Pierro, A. (2007). A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *The British Journal of Surgery*, 94(2), 145-61. doi: 10.1002/bjs.5714

- Coburn, D., Torrence, G. M. et Kaufert, J. M. (1983). Medical dominance in Canada in historical perspective: The rise and fall of medicine? *International Journal of Health Services*, 13(3), 407–432.
- Collège des médecins de famille du Canada. (2013). *Specific standards for family physician medicine residency programs accredited by the College of Family Physicians of Canada: The Red Book*.
- Deber, R. (1998). The Public Private Mix in Health Care. Dans *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere* (p. 433).
- Dewa, C. S., Jacobs, P., Thanh, N. X. et Loong, D. (2014). An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Services Research*, 14(1), 254. doi:10.1186/1472-6963-14-254
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X. et Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 325. doi:10.1186/1472-6963-14-325
- Dove, N. (2009). Can international medical graduates help solve Canada's shortage of rural physicians? *Canadian Journal of Rural Medicine*, 14(3), 120–123. Extrait de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594998>.
- Evans, R. G. et McGrail, K. (2008). Richard III, Barer-Stoddart and the Daughter of Time. *Healthcare Policy*, 3(3), 18–28. Extrait de <https://www.longwoods.com/content/19564>.
- Evans, R. G., Barer, M. L. et Hedden, L. (2014). Two wings and a prayer: Should Canada make it easier for Canadian doctors trained abroad to enter practice here? *Healthcare Policy*, 9(4). Extrait de <http://www.longwoods.com/content/23817>.
- Flood, C. (2006). Chaoulli's legacy for the future of Canadian health care policy. *Osgoode Hall LJ*. Extrait de [http://heinonlinebackup.com/hol/cgi-bin/get\\_pdf.cgi?handle=hein.journals/ohlj44&section=22](http://heinonlinebackup.com/hol/cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/ohlj44&section=22).
- Frank, J. R. et Danoff, D. (2007). The CanMEDS initiative: Implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*, 29(7), 642–7. doi:10.1080/01421590701746983.
- Gidney, R. D., et Millar, W. P. (1982). *The origins of organized medicine in Ontario, 1850–1869*. London, ON : University of Western Ontario.
- Goldbloom, R. B. (1978). Increasing specialization in medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 118(11), 1347–1348. Extrait de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1818407&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Gosden, T. (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 92(1), 47–55. doi:10.1093/qjmed/92.1.47
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., ... Pedersen, L. (2000). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). Extrait de [http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Capitation\\_salary\\_fee-for-service\\_CochrReview.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Capitation_salary_fee-for-service_CochrReview.pdf).
- Gouvernement du Canada et Surveillance stratégique et rapports de Développement social Canada. (2006). *Canadians in context – Population size and growth/ indicators of well-being in Canada*. Extrait de [http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng\\_.jsp?iid=35](http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng_.jsp?iid=35).
- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A.R., Montesanto, B. et Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(2), 166–9.
- Hall, E. M. (1980). *Canada's national-provincial health program for the 1980s: A commitment for renewal*.

Santé Canada – Direction générale de la politique stratégique. (2011). *Le système de soins de santé du Canada*. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html#a13>.

Health Professions Council et ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (1998). *Physicians and surgeons scope of practice review (preliminary report)*. Extrait de <http://www.health.gov.bc.ca/professional-regulation/hpc/review/part-i/scope-physicians.html>.

Association des médecins autochtones du Canada et Association des facultés de médecine du Canada. (2009). *First Nations, Inuit, Métis health core competencies: A curriculum framework for undergraduate medical education*. doi:10.1093/carcin/bgu172.

Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(99–113).

Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H. et Everson, J. (2008). Building physician resilience. *Le Médecin de famille canadien*, 54, 722–729.

Kent, H. (2000). Medical school enrolment to increase at UBC. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(6), 753a. Extrait de <http://www.cmaj.ca/content/163/6/753.2.full>.

Klein, J., Grosse Frie, K., Blum, K. et von dem Knesebeck, O. (2010). Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 525–530. doi:10.1093/intqhc/mzq056.

Lee, F. J. et Brown, J. B. (2008). Stress, burnout, and strategies for reducing them. *Le Médecin de famille canadien*, 54, 234–235.

Leiter, M. P., Frank, E. et Matheson, T. J. (2009). Demands, values, and burnout. *Le Médecin de famille canadien*, 55, 1224–1225.

Marchildon, G. P. (s. d.). *The Encyclopedia of Saskatchewan – Doctors' Strike*. Extrait de [http://esask.uregina.ca/entry/doctors\\_strike.html](http://esask.uregina.ca/entry/doctors_strike.html).

Mathews, M., Edwards, A. C., et Rourke, J. T. B. (2008). Retention of provisionally licensed international medical graduates: A historical cohort study of general and family physicians in Newfoundland and Labrador. *Open Medicine*, 2(2).

McKay, T. W. G. (1925). *Regulations under the Drugless Practitioners Act 1925, C.49*. Toronto, ON. Extrait de <http://search.library.utoronto.ca/details?1944898&uuiid=92b02ae5-965c-41ce-a48e-25678fc8c27f>.

Conseil médical du Canada. (2014a). *Our story*. Extrait de <http://mcc.ca/about/story/>.

Conseil médical du Canada. (2014b). *Examen de qualification du Conseil médical du Canada, partie I*. Extrait de <http://mcc.ca/examinations/mccqe-part-i/>.

Melamed, S., Kushnir, T. et Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 18(2), 53–60. doi:10.1080/08964289.1992.9935172

Milne, V., Doig, C., et Dhalla, I. A. (2014). *Changes ahead for international medical graduates coming to Canada*. Extrait de <http://healthydebate.ca/2014/06/topic/international-medical-graduates-canada>.

Morrison, S. (2008). *McMaster addressing health of Aboriginal Peoples, enrolment in medical school*. Extrait de [http://fhs.mcmaster.ca/main/news/news\\_2008/aboriginal\\_doctors.html](http://fhs.mcmaster.ca/main/news/news_2008/aboriginal_doctors.html).

Naylor, D. (1986). *Private practice, public payment: Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911–1966*. McGill-Queen's Press. Extrait de [http://books.google.ca/books/about/Private\\_Practice\\_Public\\_Payment.html?id=bQMOIHDF4BUC&pgis=1](http://books.google.ca/books/about/Private_Practice_Public_Payment.html?id=bQMOIHDF4BUC&pgis=1).

Ontario Universities' Application Centre. (2014). *Medical school application statistics*. Extrait de [http://www.ouac.on.ca/statistics/med\\_app\\_stats/](http://www.ouac.on.ca/statistics/med_app_stats/).

- Ozyurt, A., Hayran, O., et Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99(3), 161–169. doi:10.1093/qjmed/hcl019.
- Pinker, S. (2000). Quebec med schools up enrolment for second year in row. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(5), 582a. Retrieved from <http://www.cmaj.ca/content/163/5/582.2.full>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2005). *CanMEDS 2005 framework*. Extrait de <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework#manager>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2013). *2013 Royal College National Specialty Society Human Resources for Health Dialogue and Specialty Medicine Summit: Changing scopes of practice – Discussion paper*.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2014a). *CanMEDS 2015: Evolving the CanMEDS framework*. Extrait de <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015/overview>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2014b). *Our history*. Extrait de <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/about/history>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. FAQ: Royal College Indigenous health initiative [Internet]. 2018 [cité le 11 juillet 2018]. Accessible à l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health/faq-royal-college-indigenous-health-initiative-e>
- Saucier, D. (2009). *CanMEDS – Family medicine*.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000. doi:10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2011). Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery (Chicago, 1960)*, 146(1), 54–62. doi:10.1001/archsurg.2010.292.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199.
- Shepperd, M. (2011). Too many Canadians studying medicine overseas. *CBC News*. Extrait de <http://www.cbc.ca/news/health/too-many-canadians-studying-medicine-overseas-1.993980>
- Shields, M. (2006). Stress and depression in the employee population. *Health Reports*, 17(4), 11–29.
- Silversides, A. (2009). Physician mobility remains a “moving target”. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 181(9), E191–192. doi:10.1503/cmaj.109-3050
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., ... Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. doi:10.1093/fampra/cmn038
- Spurgeon, D. (2000). Canada waives examination rules for foreign cancer specialists. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 321(7271), 1243. Extrait de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1119005&tool=pmcentrez&render-type=abstract>.
- Square, D. (2001). Manitoba increases med school enrolment in attempt to fight doctor deficit. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(3), 395. Extrait de <http://www.cmaj.ca/content/164/3/395.1.full>
- Stability, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 248–267. doi:10.1111/j.2044-8325.2010.02013.x/full

- Statistique Canada. (2013). *Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits*. Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11763-fra.htm>.
- Sullivan, P. (2001). Medical school enrolment growing too slowly? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(9), 1334a. Extrait de <http://www.cmaj.ca/content/164/9/1334.2.full>.
- Sullivan, P. (2012). *Women now outnumber men in family medicine, CMA data show*. Extrait de <http://www.cma.ca/women-outnumber-men-family-medicine>.
- Thomson, G., et Cohl, K. (2011). *IMG selection: Independent review of access to postgraduate programs by international medical graduates in Ontario – Volume 1: Findings and recommendations*.
- Turner, J. G. (1958). The Hospital Insurance and Diagnostic Services Act: Its impact on hospital administration. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 78(10), 768–770. Extrait de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1829926&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Tyrrell, M., et Dauphinee, W. D. (1999). *Task Force on Physician Supply in Canada*.
- University of St. Andrews. (s. d.). *University of St. Andrews School of Medicine: Alberta Medical Programme*. Extrait de <http://medicine.st-andrews.ac.uk/pro/alberta/>.
- Vardy, D., Ryan, A. N. et Audas, R. (2008). Provisionally licensed international medical graduates Newfoundland and Labrador. *Our Diverse Cities*, 109–115.
- Vogel, L. (2011). Specialty training out-of-sync with job market. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 183(13), E1016. doi:10.1503/cmaj.109-3985
- Waldram, J. B., A. Herring et T. K. Young (2006). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives*. University of Toronto Press. Extrait de [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=O-jBWP\\_HgT8C&pgis=1](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=O-jBWP_HgT8C&pgis=1).
- Walsh, A., Banner, S., Schabort, I., Armson, H., Bowmer, I., et Granata, B. (2011). *International medical graduates – Current issues*.
- Weng, H. C., Hung, C. M., Liu, Y. T., Cheng, Y. J., Yen, C. Y., Chang, C. C. et Huang, C.-K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45(8), 835–42. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification*.