



Suivi des médecins résidents selon leur lieu d'exercice : une étude longitudinale

Série de rapports

Suivi des médecins résidents selon leur lieu d'exercice : une étude longitudinale

Remerciements

Leslie Forward de CAPER and Tara Chauhan de l'Association médicale canadienne.

Introduction

Au terme de leurs études et de leur formation au Canada, les médecins possèdent les compétences nécessaires pour exercer dans une variété de milieux et d'emplacements géographiques.

Des études antérieures révèlent que le fait d'avoir grandi ou d'avoir suivi une formation postdoctorale en zone rurale augmente la probabilité de la pratique en milieu rural.^{1 2 3}

Une étude portant sur les lieux d'exercice initiaux des médecins de famille au Canada a révélé que dans le cas de plusieurs provinces, une proportion plus élevée de diplômés internationaux en médecine (DIM), par opposition aux diplômés en médecine canadiens (DMC), exerçaient initialement en milieu rural.⁴ Cependant, l'étude a également démontré que le taux de rétention relatif aux DMC était plus fort après 5 à 10 ans, une proportion plus faible de DMC quittant pour un milieu urbain comparativement aux DIM.

En fonction d'une entente de longue date sur le partage des données entre les deux organisations, nous utilisons aux présentes le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. (RCEP) et le Fichier principal de l'AMC pour suivre les lieux d'exercice des médecins qui ont complété leur formation postdoctorale au Canada. On examine les différences en fonction de la faculté ayant offert la formation postdoctorale et si le médecin a reçu ou non son diplôme de médecine d'une faculté de médecine canadienne ou étrangère (c.-à-d., diplômé international en médecine).

Cette étude portait sur le suivi des médecins résidents sortants qui ont établi leur pratique au Canada durant la période allant de 2008 à 2014. Des études antérieures ont montré qu'entre 2000 et 2008, le Canada avait réussi à retenir les diplômés en médecine canadiens au pays, affichant un taux de rétention supérieur à 90 % pour toutes les cohortes sortantes, même après 5 et 10 ans.⁵

Méthodologie

Le RCEP est le répertoire central des renseignements statistiques sur l'éducation médicale postdoctorale au Canada. Il est constitué en société dans le cadre des statuts de l'Association des facultés de médecine du Canada et est financé par un certain nombre d'organisations nationales à vocation médicale de même que par les gouvernements provinciaux/territoriaux et fédéral.

Le RCEP maintient des données, à l'échelle individuelle, sur tous les résidents et moniteurs. Ces éléments de données permettent d'analyser les données propres aux universités et aux médecins résidents telles que le lieu d'obtention du diplôme de M.D., le statut juridique, l'âge, le sexe et le domaine de formation. À partir du Fichier principal de l'AMC regroupant les médecins autorisés à pratiquer au Canada, les données sont enregistrées de manière longitudinale, du début de la formation à la fin de celle-ci, jusqu'au lieu d'exercice suivant la formation postdoctorale.

Cette étude, réalisée au moyen des données du RCEP et des adresses de lieux d'exercice obtenues à partir du Fichier principal de l'AMC, portait principalement sur le suivi des médecins résidents sortants

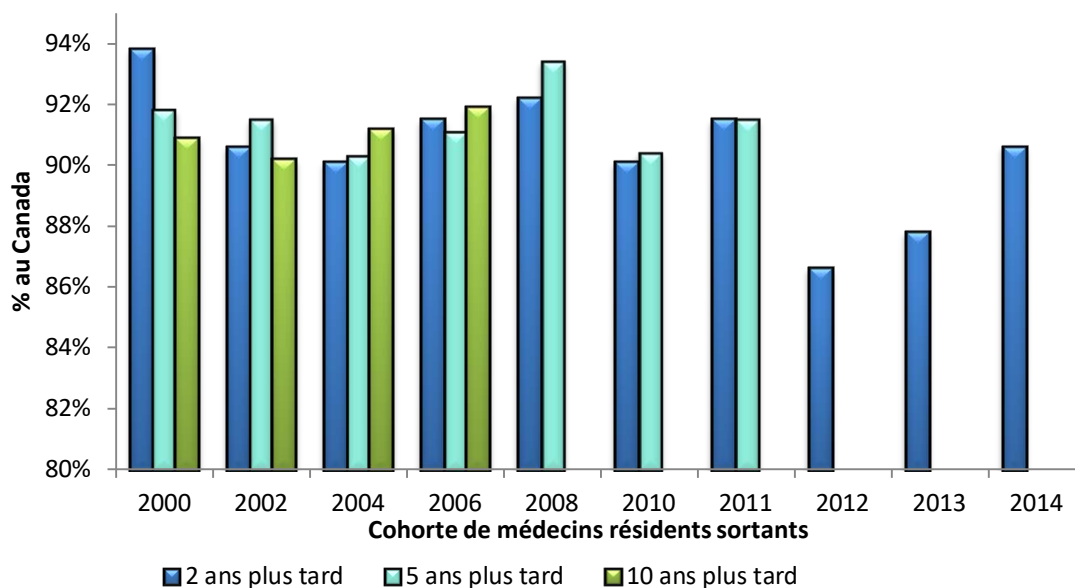
qui ont établi leur pratique au Canada durant la période allant de 2008 à 2014. Ces données englobent les moniteurs qui ont terminé la formation à ce moment-là, mais les médecins résidents détenteurs d'un visa sont exclus.

Constatations

Installés au Canada

Un examen plus détaillé de ceux qui restent au Canada englobe les diplômés internationaux en médecine (DIM) qui sont des citoyens canadiens ou des résidents permanents. Comme avec l'étude antérieure susmentionnée, le taux de rétention des DMC entre 2000 et 2009 était élevé. Ceci reste vrai même lorsqu'on inclut les DIM (voir la figure ci-après). Dans certains cas, on retrouve une proportion plus élevée après 5 ans (voire 10 ans) qu'après deux ans. Cela peut s'expliquer par le fait d'être mieux installé, et par conséquent, plus facilement localisable, ou encore en raison d'un retour au pays après une période de travail à l'étranger. Cependant, à partir de 2010, la proportion diminue, atteignant un creux de 87 % pour la cohorte de 2012 à l'étape des deux ans d'exercice. Bien qu'un très faible pourcentage de médecins sont connus comme vivant aux États-Unis ou dans d'autres pays (moins de 1 %), nous n'avons pas réussi à découvrir le reste dans le Fichier principal de l'AMC. Ils peuvent soit avoir été dans un autre pays, ou au Canada. En 2014, les pourcentages pour deux ans ont connu une remontée, affichant un taux de rétention de plus de 90 %.

Figure 1 Pourcentage des cohortes de médecins résidents sortants installés au Canada 2, 5 et 10 ans après avoir terminé leur formation (les médecins résidents détenteurs d'un visa sont exclus).



Installés dans la région où ils ont effectué leur formation postdoctorale

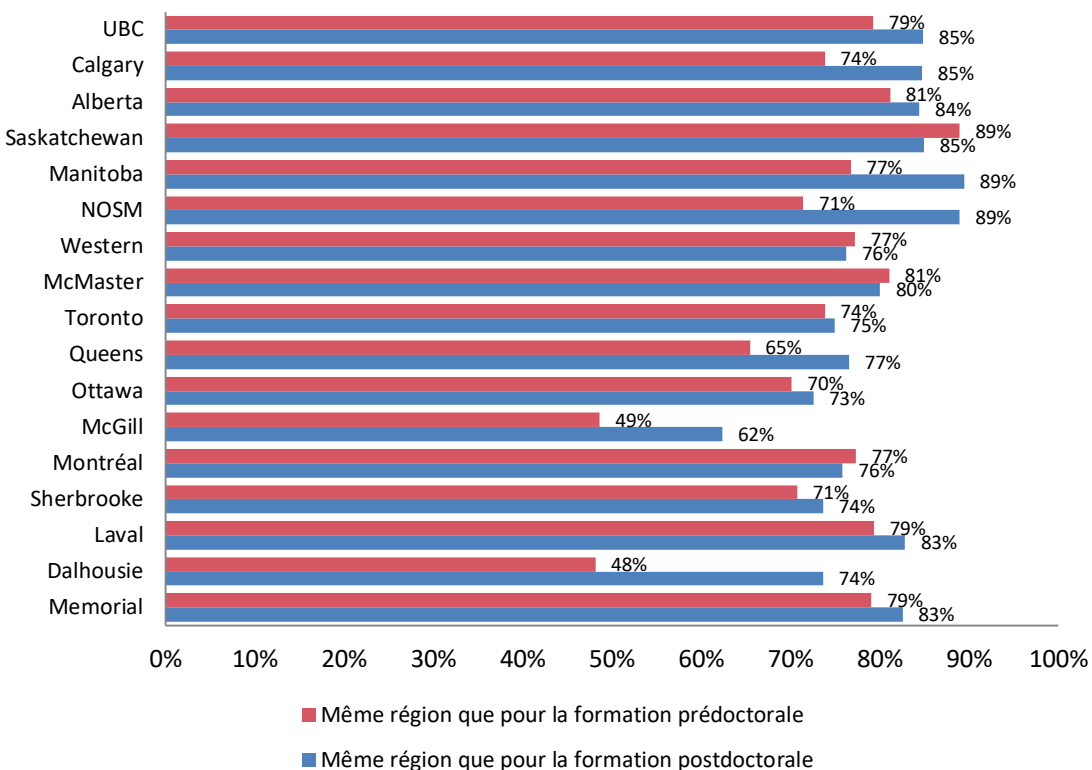
Avec l'augmentation du nombre de programmes d'enseignement médical décentralisé et le nombre accru de lieux de formation hors des centres de sciences de la santé, les facultés ont été intéressées à faire le suivi de leurs diplômés en médecine et de leurs médecins résidents jusqu'à la pratique pour voir

si leurs programmes exerçaient une incidence positive sur le recrutement dans leur région et dans des centres urbains de moindre envergure.

Certaines facultés réussissent mieux que d'autres à garder les médecins dans leur région géographique, voire dans leur province. Pour les diplômés des facultés de médecine canadiennes, en général, le lieu de formation postdoctorale d'un médecin est un meilleur indicateur qu'il restera dans cette région (Maritimes, Québec, Ontario, Prairies, C.-B. et Territoires) plutôt que le lieu où il a fait ses études prédoctorales.

Par exemple, deux ans après avoir terminé leur formation postdoctorale à Dalhousie, 74 % des résidents se trouvaient dans les Maritimes, comparativement à moins de la moitié de la cohorte sortante qui y avaient fait leurs études prédoctorales. Il existe des exceptions, bien qu'elles ne soient pas nécessairement stables d'une année à l'autre. Avec la cohorte sortante de 2013, 4 facultés sur 17 ont vu une proportion légèrement plus élevée de leurs étudiants prédoctoraux demeurer dans la région comparativement à leurs médecins résidents.

Figure 2 Pourcentage de la cohorte de médecins résidents sortants en 2013 installés dans la région où s'est déroulée la formation prédoctorale ou postdoctorale en 2015



Emplacement selon la catégorie géographique

Aux fins de la présente étude, les définitions suivantes s'appliquent :

Grand centre urbain – secteurs métropolitains de recensement comptant 100 000 habitants ou plus

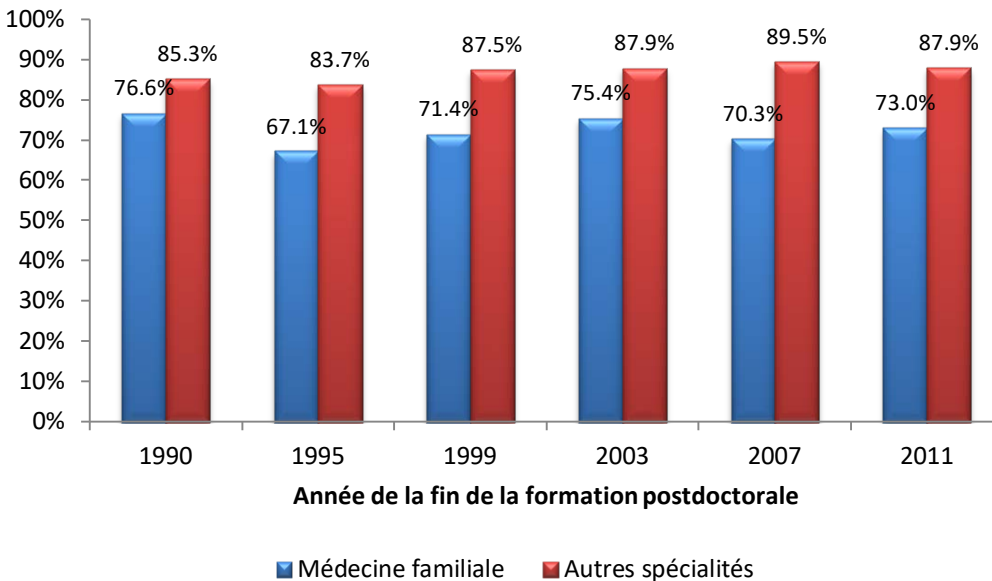
Petite ville – agglomérations de recensement comptant entre 50 000 et 99 999 habitants

Village – agglomérations de recensement avec un noyau urbain comptant entre 10 000 et 49 999 habitants

Zone rurale – zone située à l’extérieur des secteurs métropolitains de recensement et des agglomération de recensement plus les territoires

Tel que constaté à la Figure 3, le fait d’exercer initialement dans un grand centre urbain semble être à la hausse au Canada, tant pour les médecins de famille que pour les autres spécialistes. Il existe cependant un écart entre les facultés qui produisent la proportion la plus élevée de médecins qui travaillent en milieu rural. Le quart des médecins qui avaient terminé leur formation à l’Université Laval en 2013 pratiquait en milieu rural deux ans après leur formation, soit la proportion la plus élevée de toutes les facultés de médecine. Ceux qui ont été formés à l’Université Dalhousie possédaient la plus importante proportion (26 %) installés dans les petites villes ou villages.

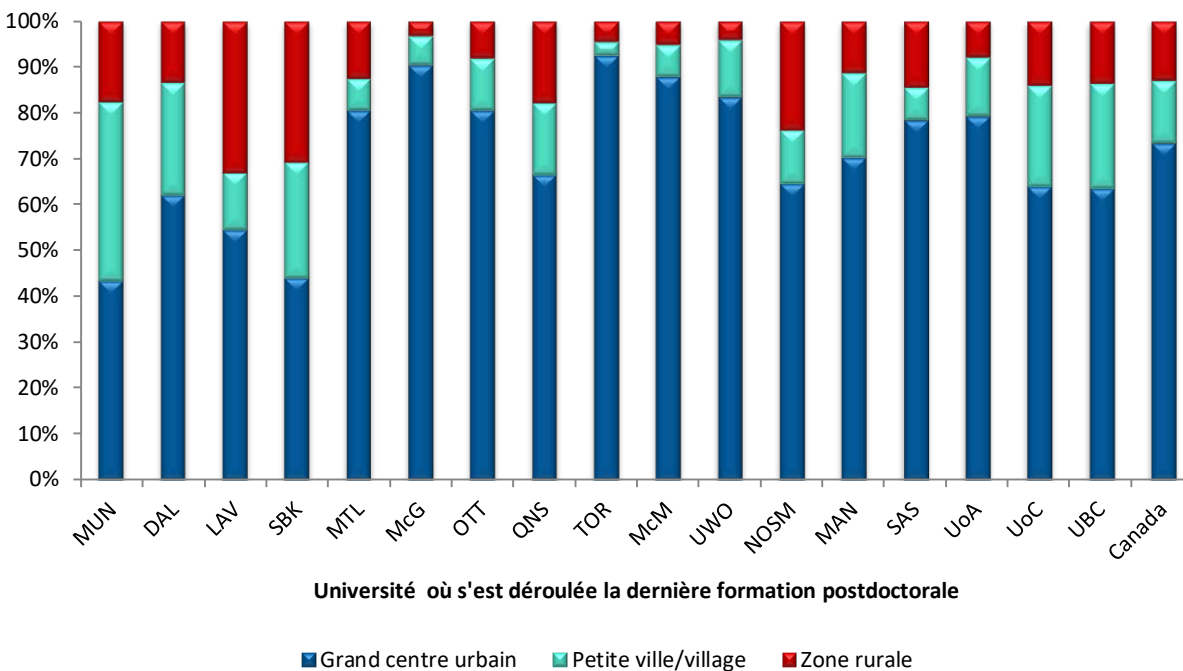
Figure 3 Médecins résidents sortants pratiquant dans des grandes villes CINQ ANS après avoir terminé leur formation, cohortes sortantes de 1995 à 2014



Lieux d’exercice en médecine familiale

Comme une si grande proportion de médecins en milieu rural correspond à des spécialistes de la médecine familiale, il nous semblait logique d’axer notre analyse sur ce sous-ensemble. Reportez-vous à la figure 4 ci-après pour connaître le pourcentage de médecins résidents en milieu rural au Canada deux ans après la fin de leur programme. À noter que le graphique reflète les cohortes sortantes de 2004 à 2013.

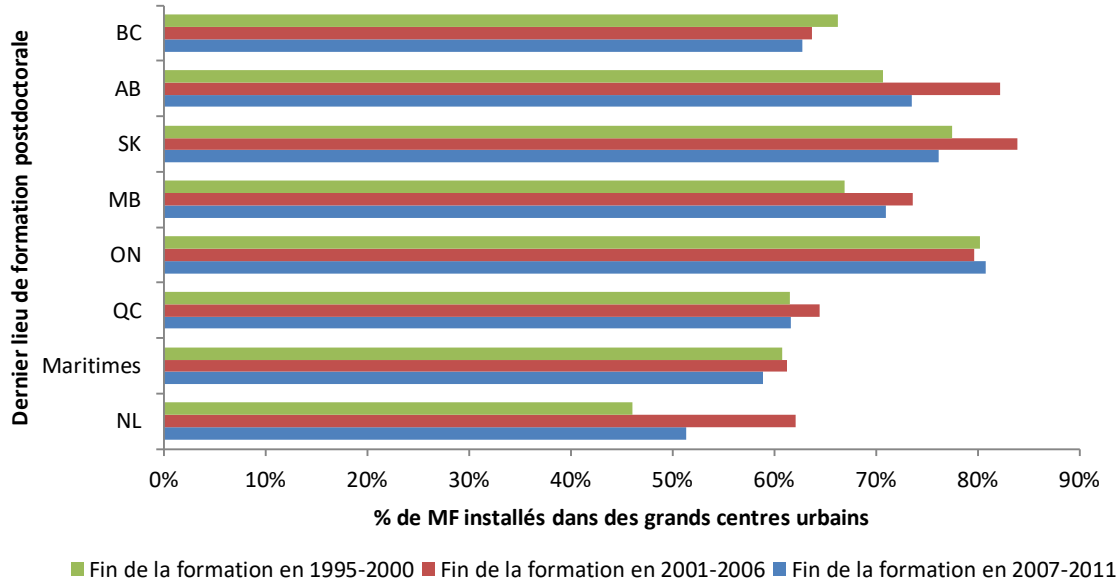
Figure 4. MÉDECINS RÉSIDENTS SORTANTS EN MÉDECINE FAMILIALE (2011) cinq ans après, selon la faculté et le type d'emplacement au Canada (les médecins résidents détenteurs d'un visa sont exclus).



Compte tenu des faibles nombres en cause lorsqu'on examine les lieux de pratique en médecine familiale selon les cohortes individuelles de médecins résidents sortants, on a groupé certaines années à des fins de comparaison. Dans cette étude, la première cohorte englobe les années 1995 à 2000, la deuxième cohorte les années 2001 à 2006 et la plus récente, soit de 2007 à 2011, pour laquelle les données relatives à l'exercice 5 ans après la fin de la formation étaient disponibles. On fait référence aux Maritimes lorsque la formation se déroule en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard car toutes ces provinces financent des postes à Dalhousie.

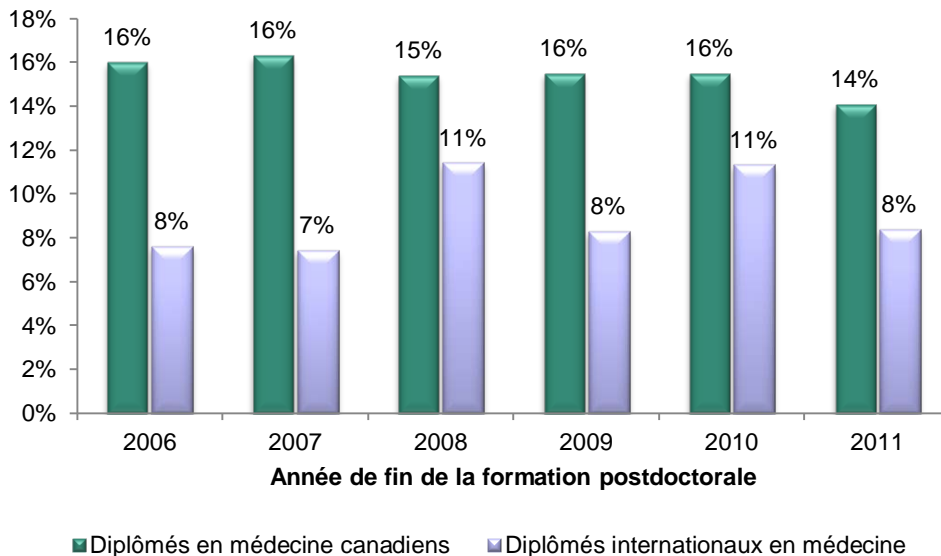
La Figure 5 indique la proportion dans laquelle les trois cohortes groupées de finissants en médecine familiale étaient situées dans des grandes villes cinq ans après. Par exemple, les deux tiers des médecins de famille qui ont quitté la formation postdoctorale en Colombie-Britannique entre 1995 et 2000 se situaient dans des grands centres urbains quelque part au Canada. Dans le cas de ceux qui ont quitté la formation entre 2001 et 2006, 64 % se situaient dans des grandes villes. Le pourcentage diminue encore une fois légèrement à 63 % pour ceux qui ont terminé leur formation plus récemment. Alors que la plupart des provinces de formation montre une augmentation dans la proportion de spécialistes en MF dans les centres urbains entre la première et la deuxième cohorte, plusieurs affichent une baisse subséquente en ce qui a trait aux cohortes sortantes entre 2007 et 2011. Aucune province n'a affiché une augmentation de l'urbanisation pour les trois cohortes de médecins spécialisés en médecine familiale.

Figure 5 Médecins de famille installés dans des GRANDES VILLES cinq ans après avoir terminé leur formation, selon le lieu de la formation postdoctorale
Cohortes sortantes : 1995-2000, 2001-2006, 2007-2011



Cette étude examine également les différences entre les médecins résidents sortants qui ont obtenu leur diplôme en médecine au Canada par opposition à ceux qui l’ont obtenu dans un autre pays. Pour la plupart des années, une proportion plus élevée de médecins résidents sortants en médecine familiale qui étaient des diplômés en médecine canadiens (DMC) s’installent en zones rurales comparativement aux diplômés internationaux en médecine (DIM) qui ont également complété une formation postdoctorale au Canada (figures 6).

Figure 6 Pourcentage de MÉDECINS DE FAMILLE sortants dont le lieu d’exercice est en zone RURALE après CINQ ans, selon le lieu d’obtention du diplôme de M.D.



Les taux de rétention après cinq ans indiquent que pour les deux groupes, la baisse n'a pas été importante. Dans certains cas, le pourcentage dans les zones rurales après cinq ans est supérieur à celui obtenu après deux ans. Cela peut se produire lorsqu'un médecin fait toujours des remplacements après deux ans et qu'il est difficile à localiser. Il peut avoir décidé après cinq ans de s'installer de façon permanente dans une zone rurale et, par conséquent, est plus facilement localisable.

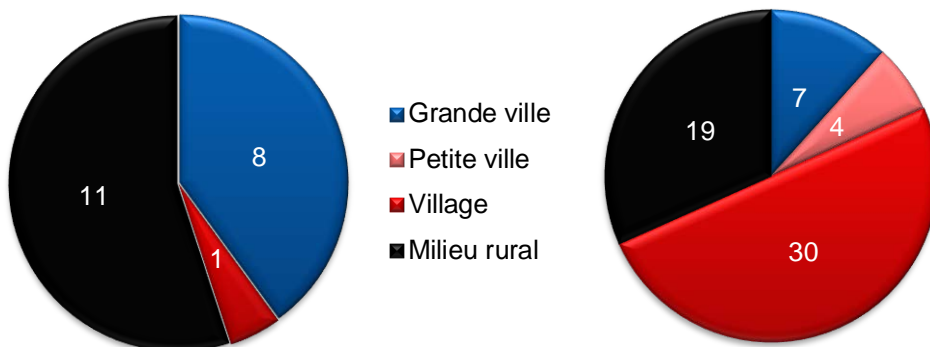
Dans son répertoire de données, le RCEP reçoit le code postal du lieu de formation pour chaque résident de première année. Les données de suivi indiquent que les nouveaux médecins de famille, qui passent au moins une partie de leur première année dans un lieu de formation en milieu rural, ne sont pas particulièrement susceptibles de s'installer dans des zones rurales ou même des petites villes. Parmi la cohorte de 2013 de médecins résidents sortants spécialisés en médecine familiale, 27 ont effectué leur formation en zone rurale et de ce nombre, 12 ont commencé à pratiquer en zone rurale ou dans un village (44 %). Près du tiers (30 %) pratiquaient en zone urbaine.

Dans le cas des médecins de famille qui ont effectué leur formation dans un endroit situé géographiquement dans un village, les résultats étaient un peu différents. Des 71 médecins de famille de la cohorte sortante de 2013, 49 (69 %) exerçaient dans un village ou une zone rurale deux ans plus tard. Reportez-vous à la Figure 6. En raison de la petitesse de ces cohortes, les prochaines cohortes sortantes seront analysées afin de déterminer si la tendance se répète d'une année à l'autre.

Figure 7 : Lieu d'exercice après TROIS ans des spécialistes de la médecine familiale faisant partie de la cohorte sortante de 2013

Lieux d'exercice des spécialistes en MF qui ont suivi une formation en milieu **RURAL** (selon le code postal)

Lieux d'exercice des spécialistes en MF qui ont suivi une formation dans un **VILLAGE** (selon le code postal)



Sommaire

Au niveau national, la tendance favorisant les milieux urbains comme lieux d'exercice initiaux se poursuit malgré la présence de programmes d'éducation médicale décentralisés, mais on ignore si la tendance aurait été plus prononcée sans ces lieux de formation décentralisés. En outre, les chiffres globaux peuvent masquer des cas de réussite parmi les facultés individuelles comme Dalhousie, NOSM

et Laval ainsi que certaines provinces qui semblent inverser la tendance de l'urbanisation chez les médecins de famille.

Cette analyse indique également que lorsqu'un lieu de formation est situé dans un village au lieu d'une zone purement rurale, il est plus probable que les résidents établissent leur pratique dans une collectivité de la même taille ou même dans une communauté rurale. Cette situation peut s'expliquer par l'exposition plus longue qu'ont eu ces médecins résidents à ce type de pratique médicale comparativement à ceux qui ont suivi une formation pour de courtes périodes dans des milieux purement ruraux.

Certains DIM qui entreprennent une formation médicale postdoctorale au Canada signent des ententes de service post-formation pour travailler dans des zones mal desservies au terme de leur formation. Dans plusieurs cas, ces zones mal desservies sont assez urbaines, bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement de grands centres de recensement urbains comme Toronto. En clair, ces DIM ne sont pas tenus de travailler dans des collectivités rurales. Cette situation suggère que, tout comme les diplômés canadiens qui vont travailler en milieu rural, le faible pourcentage de DIM qui vont travailler en milieu rural choisissent ce lieu d'exercice de leur propre chef. Lorsqu'on examine les médecins spécialistes de la médecine familiale en milieu rural, nous n'observons pas de déclin important de DCM ou de DIM au stade des cinq ans.

Bien que parmi les praticiens, il existe généralement un pourcentage plus élevé de DIM dans les provinces plus rurales⁶ (p.ex., TNL, SK), cette situation résulte davantage de l'octroi direct du permis d'exercer (souvent provisoire) que du nombre de DIM sortant du système canadien de formation postdoctorale. Les DIM ayant les mêmes compétences que les diplômés des facultés de médecine canadiennes ne sont pas aussi enclins à opter pour une formation en milieu rural, mais ceux qui le font semblent avoir, après cinq ans, des taux de rétention similaires à ceux des diplômés des facultés canadiennes.

¹ Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health* 2009;9:1083

² Feldman K, Woloschuk W, Gowans M, et al. The difference between medical students interested in family medicine versus urban family or specialty medicine. *Can J Rural Med* 2008;13:73-9.

³ Rourke JT, Incitte F, Rourke LL et al. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Can J Rural Med* 2005;10:231-40

⁴ Buske L. First practice: family physicians initially locating in rural areas. *Can J Rural Med* 2013;18(3):80-85

⁵ CAPER. Fiche de renseignements sur la rétention des stagiaires en études médicales postdoctorales.

<https://caper.ca/~assets/FactSheetonretention-Fr.pdf>

⁶ RCEP. Fiche de renseignements sur les DIM. <https://caper.ca/~assets/Fact%20Sheet%20on%20IMGs%20-%20Final-fr.pdf>