

À quelle distance se trouve le plus proche médecin?

Edward Ng, Russell Wilkins, Jason Pole, Owen B. Adams*

Résumé

La disponibilité des médecins à l'extérieur des centres urbains fait depuis toujours partie des préoccupations en ce qui a trait aux politiques en matière de santé. Les défis qui se posent à cet égard viennent du nombre relativement peu élevé de médecins et des plus grandes distances à parcourir pour y avoir accès. En 1993, presque tous les habitants (99 %) des grands centres urbains (comptant un million d'habitants ou plus) vivaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Toutefois, à l'extérieur des centres urbains, seulement 56 % des habitants vivaient aussi près d'un médecin.

De même, la proximité varie selon le revenu du secteur de dénombrement (SD) dans les régions moins urbanisées et rurales, mais non dans les régions plus urbanisées. Et, tandis que les Canadiens qui habitent les régions les plus au sud du pays vivent à peu de distance d'un médecin, plus au nord, la distance qui sépare les habitants des médecins est plus grande. Par exemple, en 1993, à 65-69° de latitude nord, où l'on comptait 3 974 habitants par médecin, près des deux tiers de la population (64 %) vivaient à 100 kilomètres ou plus du médecin le plus proche. Par contre, dans les régions les plus au sud du Canada (en-dessous du 45° de latitude nord), y compris Halifax, Toronto et tout le Sud-Ouest de l'Ontario, le ratio population-médecin était de 476:1, et 91 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

À partir du répertoire pour 1993 des adresses des médecins de l'Association médicale canadienne, le présent article analyse la proximité des médecins (57 291 médecins) à partir d'un point représentatif de chacun des 45 995 secteurs de dénombrement du recensement au Canada. On tient compte, en outre, de la distance que l'on doit parcourir pour consulter le médecin le plus proche, selon la spécialité de celui-ci.

* Edward Ng (613)951-2322 et Russell Wilkins font partie de la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. Jason Pole, un étudiant de l'Université de Waterloo, a travaillé à la Division des statistiques sur la santé dans le cadre d'un programme d'alternance travail-études. Owen B. Adams (613)526-7514 représente l'Association médicale canadienne, Ottawa, K1G 0G8.

Mots-clés : *accessibilité des services de santé, région mal desservie sur le plan médical*

Lorsque les Canadiens doivent consulter un médecin, le coût des services de ce dernier ne constituent pas un obstacle. Chaque province et territoire délivre une carte d'assurance-maladie à tous ses résidents, ce qui leur permet de se rendre chez le médecin ou à la clinique de leur choix. Les médecins (qui fournissent des services assurés) facturent le gouvernement provincial ou territorial compétent, et non pas leurs patients. Les médecins sont remboursés selon la formule du paiement à l'acte, en conformité avec les modalités négociées entre chaque gouvernement provincial et territorial et l'association médicale compétente.

Pour certaines personnes, le fait d'avoir une certaine distance à parcourir peut restreindre l'accès aux services de santé. Des recherches sur l'utilisation des services des médecins ont fait ressortir des « effets de fréquentation en fonction de la distance ». L'utilisation des services a tendance à diminuer au fur et à mesure qu'augmente la distance à parcourir pour se rendre chez le médecin le plus proche, particulièrement dans les régions rurales^{1,2}.

Comme la majorité des Canadiens vivent en région urbaine, il n'est pas surprenant de constater qu'en 1993, près de 87 % des Canadiens habitaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin. Toutefois, 12 % de la population vivaient à au moins cinq kilomètres mais à moins de 25 kilomètres, du médecin le plus proche, et presque 2 % devaient parcourir 25 kilomètres ou plus pour consulter le médecin le plus proche.

Le présent article examine la proximité des médecins en calculant la distance aérienne entre le médecin le plus proche d'un point représentatif de chacun des

Méthodologie

Source des données

Les données sur la population et le revenu analysées dans le présent article proviennent du recensement de 1991. Les dénombrements de population sont tirés de l'échantillon de 100 % (questionnaire « abrégé »), tandis que celles sur le revenu reposent sur l'échantillon de 20 % (questionnaire « complet »).

On n'a pas pu calculer la distance que chaque personne devrait parcourir pour consulter un médecin. On a plutôt pris en compte de petites régions géographiques, les secteurs de dénombrement du recensement. Chaque SD comporte un point représentatif qui a été utilisé pour déterminer le lieu de résidence de tous les habitants du SD. La latitude et la longitude de chaque point représentatif ont été tirées du Fichier des attributs géographiques de 1991 de la Division de la géographie de Statistique Canada.³

Aux fins du présent article, on a obtenu, à partir du fichier principal des médecins de l'Association médicale canadienne et pour l'été 1993 les codes postaux correspondant à l'adresse postale de 57 291 médecins. On est parti du principe que ces adresses correspondaient à l'endroit où les services du médecin étaient fournis. À partir du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) et du logiciel de Géocodage/du FCCP, on a attribué à chaque médecin une latitude et une longitude correspondant au point représentatif du SD ou au côté d'îlot du code postal de l'adresse fournie⁴⁻⁶. Lorsque l'adresse postale correspondait à un casier postal ou à un bureau de poste rural, on a utilisé des méthodes différentes.

Dans le cas des casiers postaux des régions urbaines, on a tenu compte de tous les codes postaux d'une région de tri d'acheminement (RTA). (La RTA est la région postale représentée par les trois premiers caractères du code postal.) On a calculé la latitude et la longitude moyennes de points représentatifs de tous les SD de la RTA. Compte tenu des régions limitées desservies par la plupart des RTA urbaines, ce lieu approximatif se trouvait généralement à moins d'un kilomètre de toutes les latitudes et longitudes de la RTA.

Dans le cas des codes postaux ruraux, on a choisi le SD où se trouvait le bureau de poste, ainsi que la latitude et la longitude de son point représentatif. On est parti du principe que le médecin devait pratiquer dans le centre du village, où se trouve aussi le bureau de poste, plutôt que dans les régions périphériques ayant le même code postal rural.

Techniques d'analyse

On a mesuré les distances aériennes entre chaque point représentatif de SD et le médecin le plus proche. Si la distance calculée était de 0,5 kilomètre ou moins, on a établi arbitrairement la distance à 0,5 kilomètre. On visait ainsi à éliminer les distances de 0 kilomètre, dans les cas où les médecins et les habitants avaient le même point représentatif, notamment à l'extérieur des centres urbains où les médecins et la population avaient le même SD.

Pour calculer les moyennes et les médianes, ces distances ont été pondérées selon la population de chaque SD. Comme les distances moyennes sont très influencées par les valeurs aberrantes et qu'elles se prêtent mieux aux répartitions non asymétriques, l'analyse est fondée sur les médianes, même si on fournit la distance moyenne comme mesure supplémentaire (annexe, tableaux A à C). Dans le cas de la médiane, la moitié de la population vivait plus près d'un médecin, et la moitié, plus loin.

La distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche a été calculée selon divers niveaux géographiques. Les SD ont été regroupés par province ou par territoire, par importance de RMR, d'AR et par latitude. La latitude nord a été classifiée de la façon suivante : 40-44° (y compris Sud-Ouest de l'Ontario, Toronto, Halifax); 45-49° (y compris Saint Jean (T.-N.), Saint Jean (N.-B.), Montréal, Ottawa, Winnipeg, Vancouver, Victoria); 50-54° (y compris Regina, Saskatoon, Calgary, Edmonton); 55-59° (y compris Churchill, Fort

McMurray); 60-64° (y compris Whitehorse, Yellowknife); 65-69° (régions du nord du Yukon et régions au centre des Territoires du Nord-Ouest); et 70° et plus (région la plus au nord des Territoires du Nord-Ouest).

Pour analyser la proximité du médecin selon le revenu, on a d'abord classifié les SD des « régions plus urbanisées » (RMR et AR comptant généralement 50 000 habitants ou plus) et des « régions moins urbanisées et rurales ». (AR généralement plus petites et régions autres que les RMR et AR). Le revenu du SD a été calculé à partir d'une variable du recensement de 1991 — revenu par équivalent-personne (RPEP) — qui tient compte des économies d'échelle possible lorsque deux personnes ou plus font partie du même ménage (voir *Revenu par équivalent-personne*). Les SD des deux groupes (régions plus urbanisées et régions moins urbanisées et rurales) ont été classés selon le revenu et des quintiles « régionaux ».

On a aussi calculé les ratios population-médecin. Des ratios plus faibles indiquaient en général un accès plus grand aux médecins.

Limites

La distance aérienne à parcourir pour consulter le médecin le plus proche constitue un indicateur relativement brut de l'accessibilité géographique des services de médecins et elle sous-estime de toute évidence la distance que les patients doivent vraiment parcourir en empruntant le réseau routier urbain et rural. De même, le fait de ne tenir compte que de la distance laisse de côté d'autres éléments déterminants de l'accès aux médecins. En outre, la proximité et l'accès ne sont pas nécessairement synonymes, et le même accès ne donne pas lieu aux mêmes résultats en matière de santé. La nature des soins médicaux dont les personnes ont besoin varie également selon des caractéristiques comme le sexe, l'âge et la culture, ainsi que l'état de santé.

Les médecins dont on a tenu compte dans le présent article sont ceux qui étaient inscrits à l'Association médicale canadienne à l'été de 1993. Les adresses figurant dans le répertoire ne rendent peut-être pas pleinement compte de la disponibilité géographique des médecins. Il se peut que certains d'entre eux pratiquent dans plus d'une région, y compris, à l'occasion, dans le Nord ou dans des régions isolées, tandis que d'autres ne travaillent pas à temps plein ou ne voient pas de patient du tout (s'ils font de la recherche ou de l'administration). Quelques-uns des codes postaux peuvent correspondre à l'adresse privée des médecins, et donc causer des sous-estimations des ratios population-médecin dans les régions plus riches. Parce que leurs codes postaux étaient incomplets, imprécis ou manquants, 1,0 % des dossiers de médecins n'ont pas pu être codés selon la taille de la RMR et de l'AR, et 1,2 % n'ont pas pu être codés selon le quintile de revenu du SD.

Pour le présent article, on a utilisé des points représentatifs des SD. On n'a pas calculé la distance que chaque personne devait parcourir pour consulter le médecin le plus proche. Comme les habitants peuvent résider un peu partout à l'intérieur du SD, il se peut que certaines personnes vivent plus près d'un médecin que d'autres. Comme de nombreux SD ne comprennent que des résidents d'établissement pour lesquels on ne recueille pas de données sur le revenu dans le cadre des recensements, et que d'autres SD ont une population si faible que les données calculées selon le revenu ont été supprimées, 0,8 % de la population totale n'a pu être codée selon les quintiles de revenu de SD.

Dans les régions rurales, on est parti du principe que les médecins pratiquaient dans le centre du village où se trouve aussi le bureau de poste. On ne connaît pas l'effet net de cette hypothèse, combinée à l'utilisation de points représentatifs des SD pour représenter un groupe de résidents. Étant donné que les codes postaux ruraux couvrent des régions relativement grandes par rapport aux codes postaux urbains, et comme les populations rurales sont plus dispersées, cette démarche a beaucoup plus de répercussions sur les estimations touchant les régions rurales.

45 995 secteurs de dénombrement (SD) du Canada (voir *Méthodologie*). Ces résultats sont analysés selon la taille de la région métropolitaine de recensement (RMR) ou de l'agglomération de recensement (AR), le revenu du SD, le degré de latitude nord ainsi que la province ou le territoire.

La proximité géographique des médecins n'est évidemment que l'un des défis qui se posent en matière de soins de santé et auxquels les résidents de l'extérieur des centres urbains doivent faire face. Nous n'examinons pas ici certaines questions connexes, comme la qualité des installations et la disponibilité de soins d'urgence.

Distances plus longues à l'extérieur des centres urbains

La disponibilité des médecins à l'extérieur des centres urbains (régions autres que la RMR et l'AR) fait depuis toujours partie des préoccupations en ce qui a trait aux politiques en matière de santé (voir *Définitions*)⁷⁻¹³. Les défis qui se posent à cet égard viennent du nombre relativement peu élevé de médecins et des plus grandes distances à parcourir pour y avoir accès. En 1993, les régions autres que les RMR et les AR comptaient 23 % de la population canadienne, mais seulement 9 % des médecins au pays. Par conséquent, le ratio population-médecin de ces régions était plus élevé que dans les centres urbains. Ainsi, les grands centres urbains comptant un million d'habitants ou plus, avaient un ratio de 390 habitants par médecin, alors que celui-ci s'élevait à 1 175 habitants par médecin à l'extérieur des centres urbains (graphique 1, annexe, tableau A).

Plus une collectivité est petite, plus la distance à parcourir jusqu'au médecin le plus proche est grande. En 1993, seulement 56 % des personnes vivant hors des centres urbains vivaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin. Dans les grands centres urbains comptant un million d'habitants ou plus, à peu près tous les habitants (99 %) vivaient près d'un médecin (à moins de cinq kilomètres).

En outre, pour obtenir des soins de santé spécialisés, les personnes résidant hors des centres urbains devaient parcourir de plus grandes distances que les autres Canadiens. La plupart (86 %) des

Définitions¹⁴

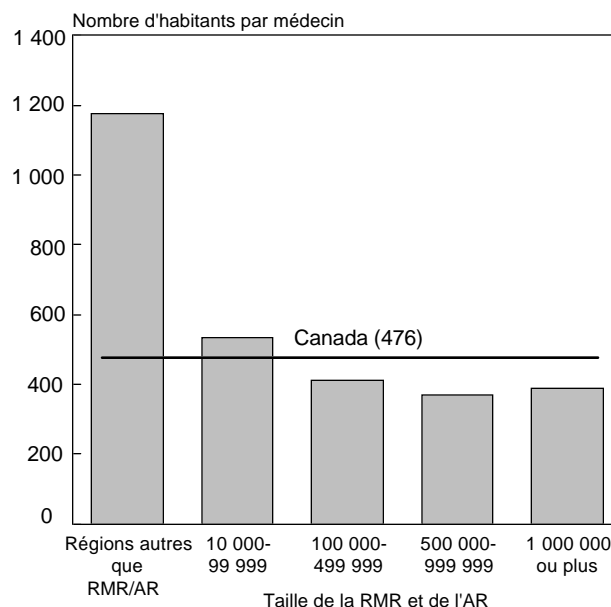
Secteur de dénombrement (SD) : Conformément à l'approche générale adoptée pour le recensement, on organise les données géographiques selon un système de « blocs de construction », les petites unités géographiques étant regroupées pour constituer de plus grandes unités, qui à leur tour constituent des unités encore plus grandes, jusqu'à représenter l'ensemble du Canada. L'unité la plus petite du système, et ce, pour l'ensemble du Canada, est le secteur de dénombrement, c'est-à-dire la région géographique dénombrée par un recenseur. Dans les régions rurales, un SD peut comprendre un territoire relativement vaste, mais, dans les régions urbaines, il est généralement constitué de plusieurs îlots. Chaque SD comporte un point représentatif qui est utilisé pour en déterminer la longitude et la latitude.

Région métropolitaine de recensement (RMR) : Il s'agit d'un centre urbain comprenant un noyau urbain, qui compte au moins 100 000 habitants (d'après les données du dernier recensement), ainsi que des régions urbaines et rurales adjacentes dont le degré d'intégration économique et social avec ce noyau urbain est très élevé. Une fois qu'une région est désignée comme RMR, elle maintient cette désignation même si sa population passe en-dessous du seuil de 100 000 habitants. En 1991, on comptait 25 RMR au Canada.

Agglomération de recensement (AR) : Il s'agit d'un petit centre urbain comprenant un noyau urbain qui compte au moins 10 000 habitants, mais moins de 100 000 habitants (d'après les données du dernier recensement), ainsi que des régions urbaines et rurales adjacentes dont le degré d'intégration économique et social avec ce noyau urbain est très élevé. Lorsque le noyau d'une AR atteint une population de 100 000 habitants, celle-ci devient une RMR. En 1991, on comptait 115 AR au Canada.

Graphique 1

Nombre d'habitants par médecin, selon la taille de la RMR et de l'AR, Canada, 1993

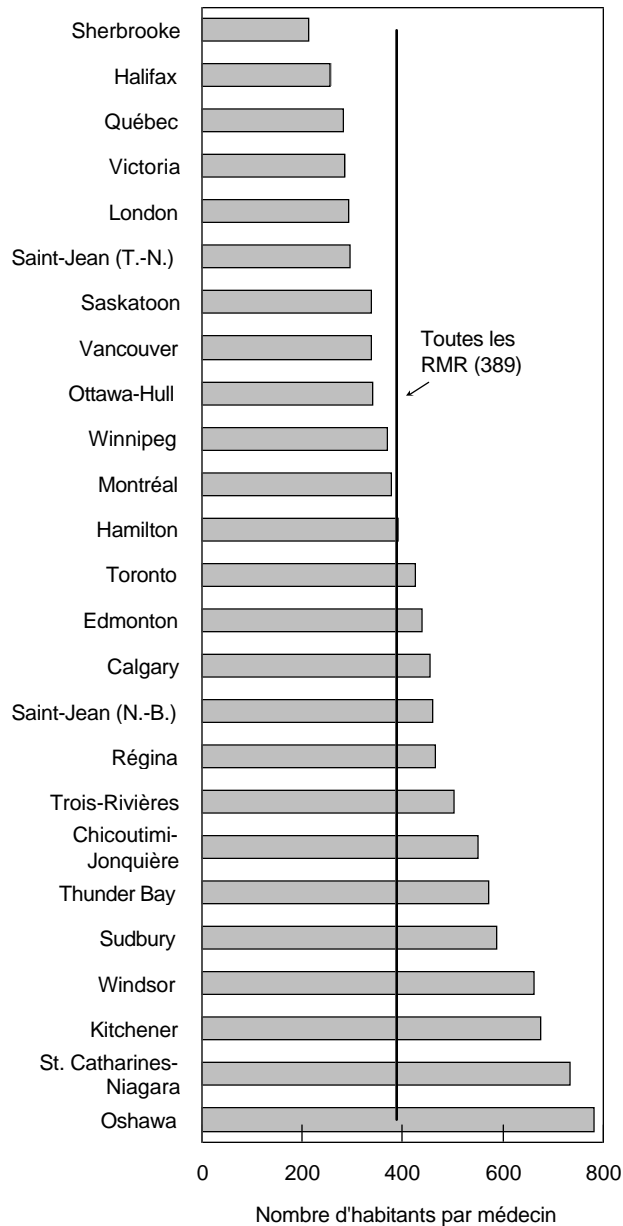


Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

5 300 médecins travaillant dans des régions autres que des RMR et des AR étaient des omnipraticiens ou des médecins de famille. De ce nombre, 730 étaient des spécialistes, et ne représentaient qu'un peu plus de 3 % de tous les spécialistes au Canada.

Graphique 2

Nombre d'habitants par médecin, régions métropolitaines de recensement, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Grande ville-courte distance

Les personnes qui vivent dans des grands centres urbains habitent généralement à proximité d'un médecin. Au moins 90 % des habitants de la plupart des 25 RMR au Canada habitaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Les proportions étaient toutefois légèrement plus faibles pour Halifax (88 %) et Saint Jean (N.-B.) (82 %) (annexe, tableau B).

Les trois plus grandes RMR au Canada, Toronto, Montréal et Vancouver, regroupaient 32 % de la population et 39 % des médecins du pays. Ensemble, les centres urbains ayant une population de 100 000 habitants ou plus représentaient 63 % de la population, mais comptaient 77 % de tous les médecins.

Dans l'ensemble, le ratio moyen pour les RMR était de 389:1. Les RMR comptant le plus d'habitants par médecin comprennent Oshawa (782:1), St. Catharines-Niagara (735:1), Kitchener (675:1) et Windsor (662:1). Par ailleurs, les villes de Sherbrooke (213:1), Halifax (257:1), Québec (281:1), Victoria (286:1) et London (292:1) avaient des ratios considérablement plus faibles que la moyenne des RMR (graphique 2).

Un ratio plus faible ne signifie pas nécessairement une plus grande disponibilité des médecins. Ainsi, 14 des 15 RMR ayant les plus faibles ratios population-médecin comptent une faculté de médecine. Certains des médecins qui travaillent dans ces établissements font de l'enseignement, de l'administration ou de la recherche et ne traitent pas de patients.

Le revenu du SD joue un rôle dans les régions moins urbanisées et rurales

Dans les régions plus urbanisées du Canada, les médecins étaient concentrés dans les SD les plus riches (voir *Revenu par équivalent-personne*). Environ 40 % de tous les médecins de ces régions plus urbanisées se trouvaient dans des «SD à revenu élevé» (quintile supérieur)^a. Cette répartition

^a On ne sait pas dans quelle mesure il s'agit de l'adresse de résidence des médecins plutôt que celle de leur bureau.

disproportionnée donne lieu à un ratio population-médecin de 193:1 dans les SD à revenu élevé, soit moins de la moitié du ratio des autres quintiles (graphique 3). Toutefois, dans les régions plus urbanisées, il n'y avait en général que peu de liens entre le revenu et la distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche. En 1993, 98 % des résidents des SD à revenus élevé et faible (quintiles supérieurs et inférieurs) vivaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

Dans les régions moins urbanisées et rurales, les médecins ont aussi tendance à se concentrer dans les SD à revenu élevé, mais à un degré beaucoup moindre. Environ 25 % de tous les médecins de ces régions se trouvaient dans des SD à revenu élevé en 1993. Le ratio population-médecin était de 621:1 dans les SD à revenu élevé, soit en-dessous de la moyenne de 797:1 pour les régions moins urbanisées et rurales (graphique 3).

Dans les régions moins urbanisées et rurales, les résidents des SD à faible revenu vivaient en général plus loin du médecin le plus proche. En 1993, 55 % des résidents du quintile inférieur habitaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin (graphique 4). Par contre, dans les SD à revenu élevé, 76 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

Pour les personnes vivant dans des régions à faible revenu moins urbanisées et rurales, les difficultés liées à la distance plus grande à parcourir pour consulter un médecin peuvent être aggravées par l'absence de moyens de transport. Par exemple, dans les régions rurales, il est relativement aisé pour une personne qui possède un véhicule de parcourir 10 kilomètres pour consulter un médecin, mais cela peut poser un problème pour celles qui n'en ont pas. Selon l'Enquête sur le revenu du ménage et l'équipement ménager de 1993, 24 % des ménages des régions rurales ayant un revenu inférieur à 15 000 \$ ne possédaient pas de véhicule, comparativement à seulement 2 % de ceux ayant un revenu de 30 000 \$ ou plus¹⁵. En outre, dans les régions rurales, l'accès aux transports en commun est en général limité.

Degré de latitude nord

Étant donné que de nombreux résidents des régions plus septentrionales du Canada vivent dans des collectivités et dans des régions rurales très dispersées, il n'est pas surprenant de constater que le ratio population-médecin et la distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche augmentent avec le degré de latitude nord (carte). Par exemple, en 1993, à 65-69° de latitude nord, où l'on comptait 3 974 habitants par médecin, près des deux tiers de la population (64 %) vivaient à 100 kilomètres ou plus du médecin le plus proche (graphiques 5 et 6).

Revenu par équivalent-personne

Le revenu du SD est fondé sur une variable calculée à partir du recensement de 1991, c'est-à-dire le revenu par équivalent-personne (RPEP), qui tient compte des économies d'échelle que peut réaliser un ménage de deux personnes ou plus. On utilise la distribution des tailles des ménages d'un SD pour compenser le biais que comportent des mesures plus conventionnelles comme le revenu moyen du ménage.

Les données sur le revenu au niveau du SD disponibles à partir du recensement comprennent le revenu moyen du ménage (revenu total du SD divisé par le nombre de ménages privés de ce SD) et le revenu personnel moyen (revenu total du SD divisé par la population âgée de 15 ans et plus de ce SD). Toutefois, ces deux indicateurs ne tiennent pas compte du nombre de personnes de chaque ménage. Deux personnes qui partagent une résidence n'ont pas besoin de deux fois le revenu d'une personne vivant seule pour avoir le même niveau de vie. Ainsi, un SD où le revenu personnel moyen est relativement faible, mais où le nombre de ménages comptant plusieurs personnes est élevé, peut avoir un niveau de vie similaire à un SD où le revenu personnel moyen est relativement élevé, mais où l'on compte de nombreux ménages à une personne. Le calcul du RPEP permet de rajuster le revenu moyen des ménages en fonction du biais découlant de la distribution inégale des tailles des ménages dans le SD.

Ces équivalents-personne devaient servir au départ pour les données sur les familles (pour le calcul des seuils de faible revenu), mais, dans le présent article, ils ont été appliqués aux données sur les ménages. Étant donné que la plupart des ménages ne comptent qu'une famille, on pense que cette application n'a eu que peu d'effets. Le RPEP est calculé de la façon suivante :

RPEP = revenu total des ménages d'un SD/équivalents-personne

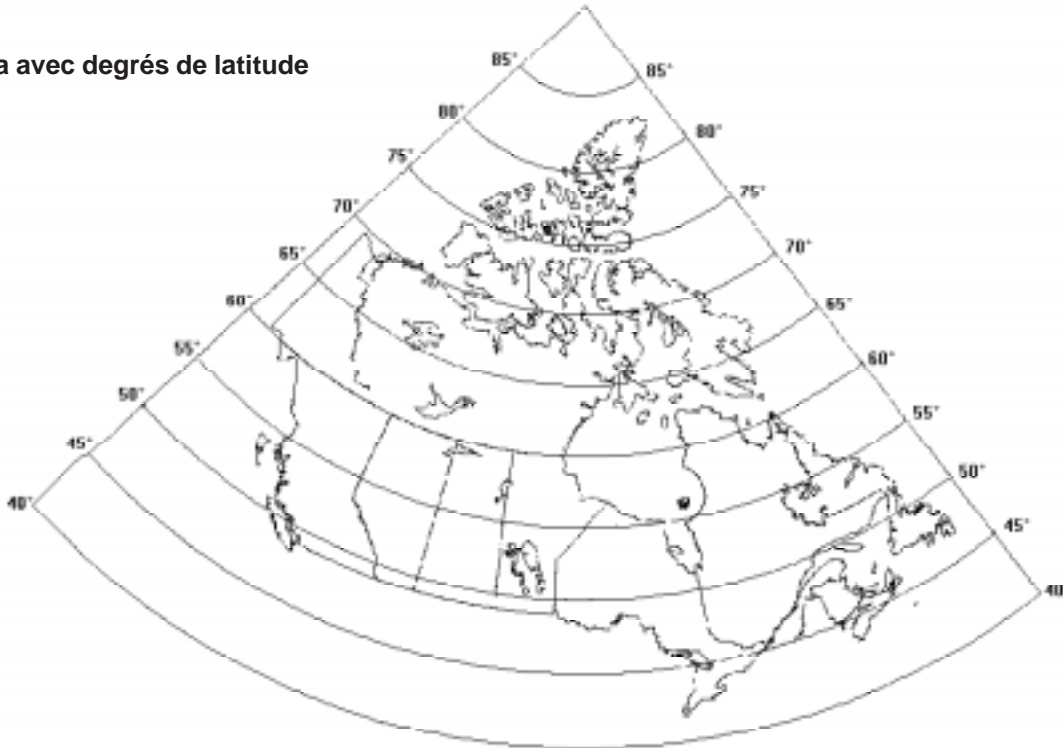
où équivalents-personne =

1,00 (nombre de ménages à une personne) +
1,36 (nombre de ménages à deux personnes) +
1,72 (nombre de ménages à trois personnes) +
1,98 (nombre de ménages à quatre personnes) +
2,30 (nombre de ménages à cinq personnes ou plus)

Une description plus détaillée peut être obtenue auprès des auteurs.

Carte

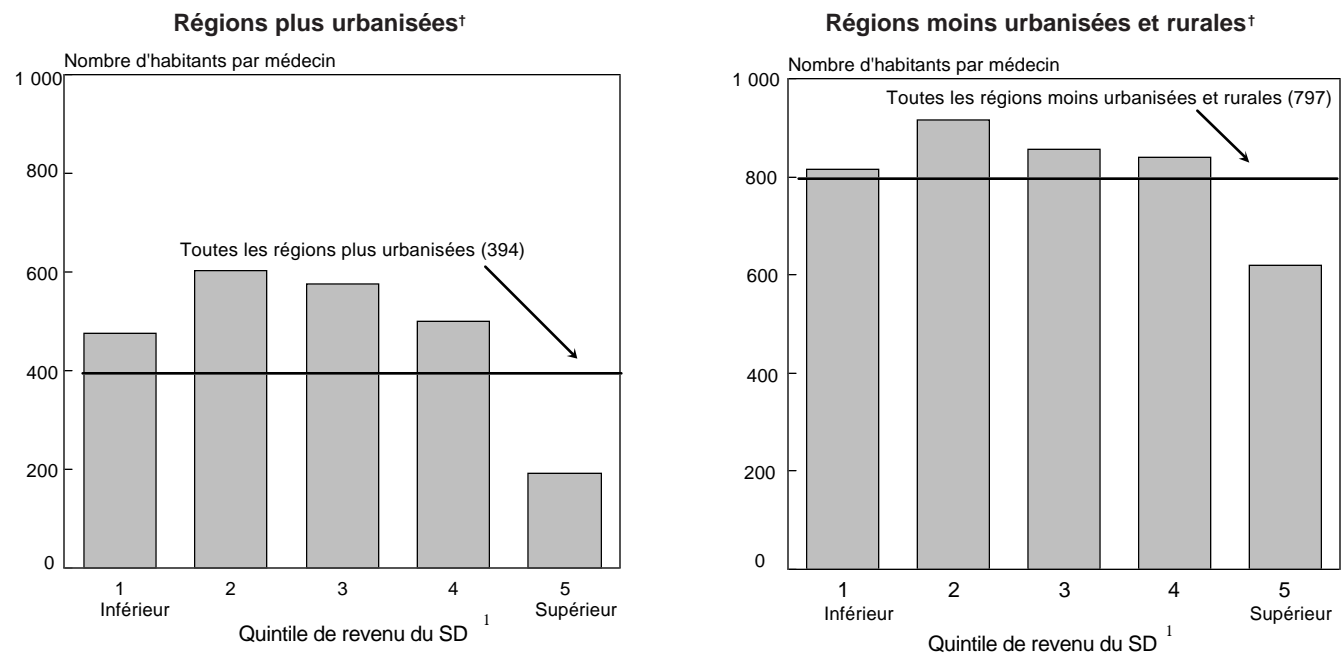
Canada avec degrés de latitude



Source : Division de la géographie, Statistique Canada

Graphique 3

Nombre d'habitants par médecin, selon le degré d'urbanisation et le revenu du SD, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

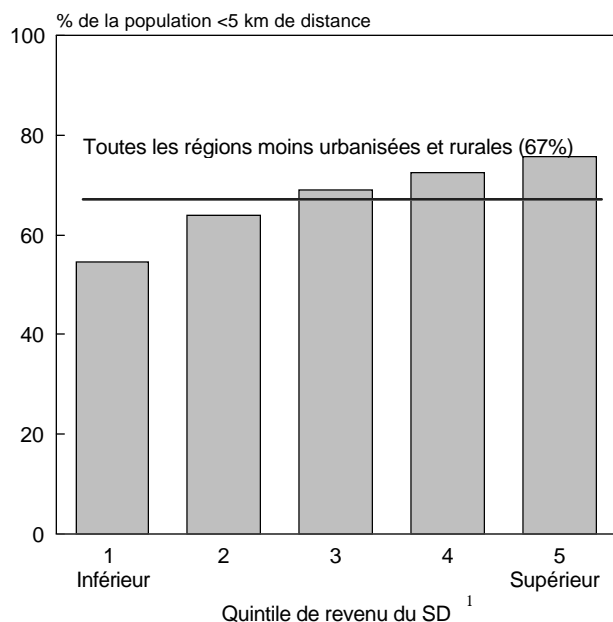
[†] Voir Définitions et Méthodologie.

Au-dessus du 70° de latitude nord, la population de 3 300 personnes ne disposait pas de médecin à résidence. Toutes ces personnes se trouvaient à 150 kilomètres ou plus du médecin le plus proche, la distance médiane étant de 839 km. Il se peut toutefois que des médecins aient été présents dans ces régions éloignées par suite d'affectations temporaires ou en rotation. En outre, certains services médicaux peuvent avoir été fournis par du personnel infirmier en clinique.

Par contre, dans les régions les plus au sud du Canada (en-dessous du 45° de latitude nord), y compris Halifax, Toronto et tout le Sud-Ouest de l'Ontario, le ratio population-médecin était de 476:1, et 91 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Dans la région située du 45° au 49° parallèle, qui comprend Montréal, Vancouver, Ottawa, Calgary, Régina et Winnipeg, le ratio population-médecin était un peu moins élevé (448:1) que pour la région au sud du 45° parallèle, mais un pourcentage légèrement plus faible de la population (87 %) vivait à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche.

Graphique 4

Pourcentage de la population vivant à moins de cinq kilomètres d'un médecin, selon le revenu du SD, régions moins urbanisées et rurales,[†] Canada, 1993

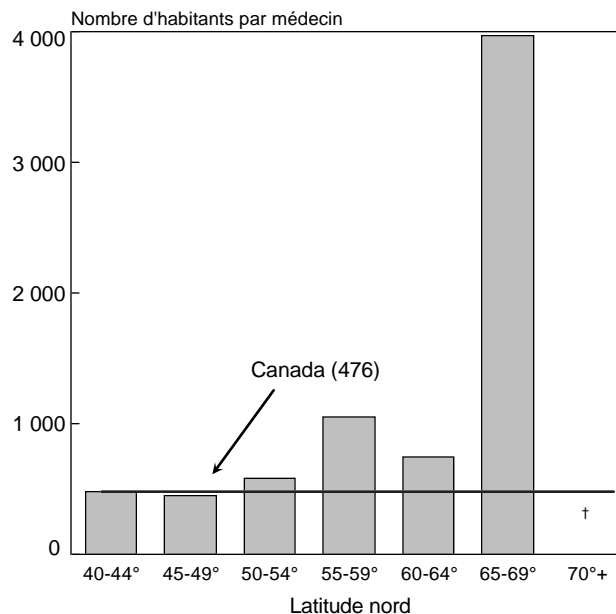


Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] Voir Définitions et Méthodologie.

Graphique 5

Nombre d'habitants par médecin, selon le degré de latitude nord, Canada, 1993

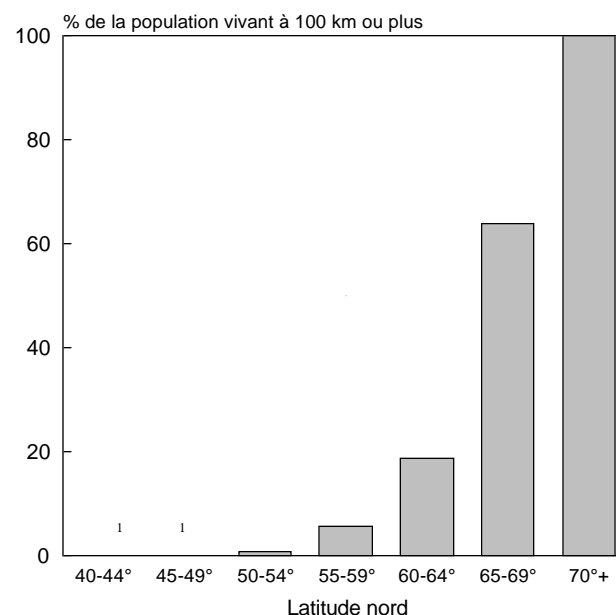


Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] Aucun médecin ne réside habituellement à 70° et plus de latitude nord.

Graphique 6

Pourcentage de la population vivant à 100 km ou plus d'un médecin, selon le degré de latitude nord, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] Toute la population vivant à moins de 100 km d'un médecin.

Territoires du Nord-Ouest et du Yukon

Les Territoires du Nord-Ouest (1 068:1) et le Yukon (695:1) avaient des ratios population-médecin élevés. Toutefois, les distances médianes à parcourir pour consulter le médecin le plus proche étaient relativement courtes : 1,2 km dans les Territoires du Nord-Ouest et 2,1 km au Yukon. Au Yukon, dont la majeure partie de la population (64 %) vit à Whitehorse, 68 % des résidents habitaient à moins de cinq kilomètres d'un médecin. Dans les Territoires du Nord-Ouest, où la population est plus dispersée, 57 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres d'un médecin, mais 31 % à 150 kilomètres ou plus.

Les deux territoires comptent des concentrations élevées d'Autochtones. Environ la moitié (51 %) de la population des Territoires du Nord-Ouest et 14 % de la population du Yukon avaient déclaré une origine autochtone unique lors du recensement de 1991^b. La Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada a pris des dispositions pour desservir les Autochtones qui résident dans les régions les plus

éloignées des territoires¹⁶. De nombreuses installations de la DGSM dans les collectivités autochtones éloignées sont la seule source de soins de santé sur des milliers de kilomètres.

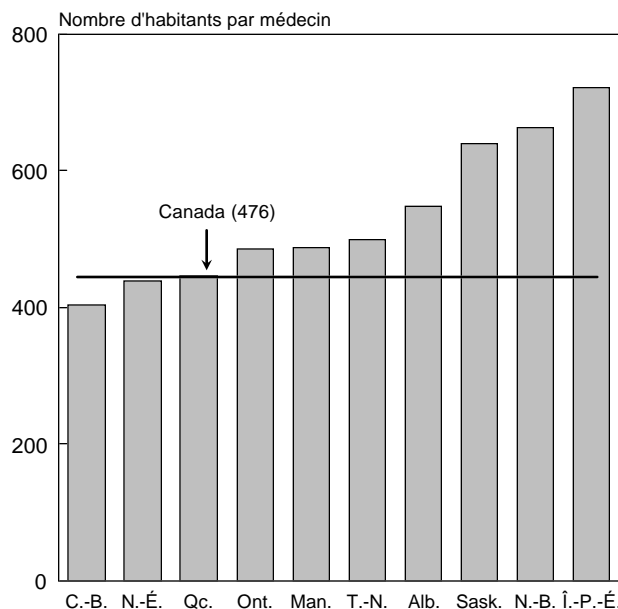
Provinces

Comme on pouvait s'y attendre, les ratios population-médecin sont élevés dans les provinces où beaucoup de personnes vivent en petites collectivités ou dans des régions rurales. Par exemple, en 1993, l'Île-du-Prince-Édouard avait le ratio le plus élevé de toutes les provinces (721:1). Les ratios étaient également élevés (plus de 600 habitants par médecin) au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan (graphique 7). La Colombie-Britannique avait le ratio le plus faible (404:1), et seulement deux autres provinces, le Québec (447:1) et la Nouvelle-Écosse (439:1), avaient des ratios inférieurs à la moyenne canadienne.

^b Les personnes qui répondent au recensement peuvent déclarer plus d'une origine ethnique. Ainsi, il est possible qu'une personne ait des origines autochtones et non autochtones, ou plus d'une origine autochtone.

Graphique 7

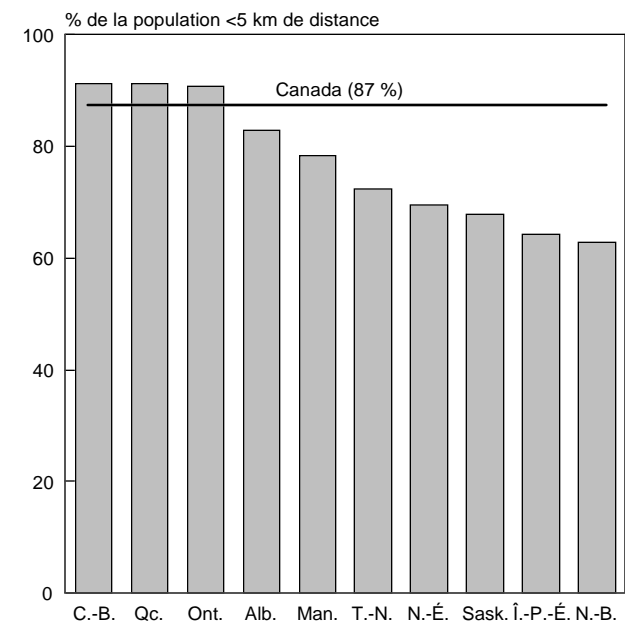
Nombre d'habitants par médecin, selon la province, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Graphique 8

Pourcentage de la population vivant à moins de cinq kilomètres d'un médecin, selon la province, Canada, 1993



Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Les différences entre les provinces quant à la proportion de résidents qui vivent à moins de cinq kilomètres d'un médecin étaient plus frappantes et indiquaient l'importance relative de la concentration de la population dans les grands centres urbains de chaque province. En Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario, 91 % des résidents avaient moins de cinq kilomètres à faire pour consulter un médecin. Par contre, en Nouvelle-Écosse, en dépit de ratios population-médecin faibles, seulement 70 % des résidents vivaient à moins de cinq kilomètres du médecin le plus proche. Par ailleurs, en Saskatchewan, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, moins de 70 % de la population vivait à moins de cinq kilomètres d'un médecin (graphique 8).

Aussi, le caractère rural des province était évident dans la proportion de la population vivant à 25 kilomètres du plus proche médecin. Le pourcentage le plus élevé était enregistré en Saskatchewan, à 12 %. Il était de 5 % au Manitoba et de 4 % à Terre-Neuve et en Alberta.

En Ontario, où l'on compte 10 millions d'habitants et 21 000 médecins, seulement 0,4 % de la population vivait à 25 kilomètres ou plus du médecin le plus proche. Même si cette proportion est faible, elle signifie que plus de 40 000 résidents de l'Ontario vivaient à 25 kilomètres ou plus d'un médecin (comparativement à 24 000 dans les Territoires du Nord-Ouest).

Spécialités médicales

Le système de soins de santé au Canada repose dans une large mesure sur les médecins de premier recours qui fournissent des soins médicaux et soumettent des cas aux spécialistes. Ils sont le point d'accès au système de soins de santé, les patients ne consultant généralement pas de spécialiste à moins de lui avoir été dirigé par un omnipraticien. En 1993, à peine un peu plus de la moitié des médecins au Canada (55 %) étaient des omnipraticiens ou des médecins de famille. Cette année-là, 86 % de la population vivait à cinq kilomètres ou moins d'un omnipraticien. Toutefois, la distance à parcourir pour consulter un spécialiste variait considérablement (annexe, tableau C).

De façon générale, plus une spécialité compte de médecins, plus courte est la distance à parcourir pour avoir accès à ces derniers. Par exemple, la distance médiane pour consulter l'un ou l'autre des 3 415 psychiatres était de deux kilomètres, et 16 % de la population vivait à une distance de 25 kilomètres ou plus d'un psychiatre. Par ailleurs, la distance médiane à parcourir pour consulter les 464 dermatologues était de cinq kilomètres, et environ 30 % de la population devaient parcourir 25 kilomètres ou plus pour le faire. L'accès aux spécialistes est plus complexe que celui aux omnipraticiens, non seulement à cause de la distance à parcourir, mais aussi parce qu'un patient doit être dirigé, et doit attendre d'avoir un rendez-vous. De plus, entre autres raisons, il lui faut attendre que certains appareils soient disponibles.

Répercussions

L'un des objectifs du système de soins de santé publique consiste à fournir un accès comparable aux services de santé à toute la population¹⁷. Le système repose sur le principe que «des services de santé devraient être offerts à tous les Canadiens où qu'ils se trouvent et quels que soit leurs moyens financiers»¹⁸. La situation géographique présente relativement peu d'obstacles dans les régions plus urbanisées. Par contre, dans les régions moins urbanisées et rurales, les distances à parcourir sont plus longues et différent quelque peu selon le revenu de la région concernée. En outre, la distance à parcourir pour consulter le médecin le plus proche a tendance à augmenter avec le degré de latitude nord.

Dans une certaine mesure, la persistance des disparités quant aux ratios population-médecin selon la taille de la collectivité peuvent venir de la difficulté qu'il y a à attirer des médecins dans des régions moins urbanisées et rurales et à les inciter à y demeurer. Une enquête nationale auprès des médecins qui pratiquent actuellement dans des régions rurales et auprès de ceux qui ont récemment quitté des régions rurales ont fait ressortir des problèmes de moral liés aux longues heures de travail, au manque de débouchés sur le plan personnel et à l'insuffisance du soutien professionnel¹¹. Le fardeau est particulièrement lourd pour les omnipraticiens qui, dans

les régions rurales, doivent traiter des problèmes que leurs homologues des villes peuvent facilement soumettre à des spécialistes.

Parmi les stratégies élaborées pour venir à bout de cette situation figurent des programmes incitatifs établis par les gouvernements et les établissements d'enseignement, une plus grande exposition à la pratique rurale pour les étudiants en médecine ainsi que des regroupements régionaux de médecins pour assurer une masse critique d'expertise médicale⁷. La nécessité d'un engagement communautaire pour attirer des médecins dans une région rurale a en outre été reconnue.

Des mesures incitatives sur le plan financier ainsi que des mesures actives de recrutement d'étudiants en médecine ont été prises pour corriger la répartition géographique des médecins⁷. Toutefois, les résultats ont été inégaux. Au Québec, certaines mesures comme des bourses, des subventions à l'installation, des taux plus élevés de rémunération et des congés payés de perfectionnement s'élevant à 20 jours par année n'ont pas donné les résultats prévus¹². Les médecins du Québec, et particulièrement les spécialistes, continuent de se regrouper dans les centres urbains comme Montréal, Québec et Sherbrooke¹². De même, en dépit de la mise en oeuvre du Programme de services aux régions insuffisamment desservies en Ontario, le nombre de médecins dans ces régions n'a pas atteint les niveaux souhaités¹⁹.

On a aussi proposé d'autres stratégies pour améliorer les soins de santé dans les régions rurales. Par exemple, on a suggéré de réduire l'isolement professionnel des médecins ruraux grâce à la formation médicale continue et par le biais de la technologie de télécommunication²⁰. En outre, on pourrait accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé en régions rurales en diminuant les écarts de revenus des médecins associés à la spécialité et à la situation géographique.

Le présent article comprend des données récentes sur la distance qu'un patient doit parcourir pour consulter le médecin le plus proche et il quantifie par conséquent le problème qui se pose pour certains Canadiens. Toutefois, il ne permet pas de déterminer

si la distance constitue un élément dissuasif au recours aux soins de santé. S'ils ont à parcourir une grande distance pour consulter un médecin, certains patients hésitent peut-être à subir des examens médicaux sur une base régulière. Certains peuvent reporter leur visite chez le médecin dans le cas de problèmes jugés mineurs.

Une analyse de l'état de santé et des résultats à cet égard, selon la distance à parcourir pour consulter un médecin, permettrait mieux de répondre à ces questions et d'élaborer la recherche présentée ici. Pour évaluer les politiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé, il serait aussi utile d'examiner les changements qui se produisent au fil des ans quant à la proximité géographique des médecins²¹. En combinant des données sur la distance à parcourir pour consulter un médecin, avec des données sur l'incidence de maladies ou de problèmes de santé, on pourrait permettre de mieux comprendre les problèmes de soins de santé et de santé publique.

Références

1. A.E. Joseph et D.R. Phillips, *Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery*, London, Harper and Row, 1984.
2. T.C. Ricketts, L.A. Savitz, W.M. Gesler, *et al.*, (dir.) *Geographic Methods for Health Services Research*, Lanham, Maryland, University Press of America, 1994.
3. Statistique Canada, *Fichier géographique des attributs, 1991*, Division de la géographie, Statistique Canada, Ottawa, 1993.
4. R. Wilkins, *Géocodes/FCCP 2^e version, Repérage automatisé des codes géographiques basé sur le fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada : guide de l'utilisateur* (non catalogué) Ottawa, Division des statistique sur la santé, Statistique Canada, mars 1994.
5. Statistique Canada, *Fichiers de conversion des codes postaux*, version de janvier 1991, Division de la géographie, Statistique Canada, Ottawa, 1991.
6. R. Wilkins, «Utilisation des codes postaux et des adresses dans l'analyse des données sur la santé», *Rapports sur la santé*, 5(2), 1993, p. 157-177, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. Association médicale canadienne, *Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in Underserved Regions*, Ottawa, Association médicale canadienne, mars 1992.
8. M. Watanabe et E. Ryten (dir.), *Physicians in Canada: Proceedings of the 4th and 5th Physician Manpower Conferences, Vol. III*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993, 2 oct. 1989, Winnipeg, et le 28 avril 1991, Saskatoon.

9. A.E. Joseph et P.R. Banstock, «Measuring potential physician accessibility to general practitioners in rural areas: A method and case study», *Social Science and Medicine*, 16, 1982, p. 85-90.
10. J.P.M. Thouez, P. Bodson et A.E. Joseph, «Some methods for measuring the geographic accessibility of medical services in rural regions», *Medical Care*, 26(1), 1988, p. 34-44.
11. Association médicale canadienne, *National Surveys of Physicians in Rural Practice*, Ottawa, Department of Health Policy and Economics, Association médicale canadienne, 1991.
12. J. Piché, Cadre de références pour l'évaluation des plans régionaux d'effectifs médicaux, dans M. Watanabe, E. Ryten (dir.), *Physicians in Canada: Proceedings of the 4th and 5th Physician Manpower Conferences. Vol. III*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993, p. 77-82, 2 octobre 1989, Winnipeg, et 28 avril 1991, Saskatoon.
13. P.J. Neelands, M. Geroux et P. Maurer, Northwestern Ontario medical program: The first 15 years, dans M. Watanabe, E. Ryten (dir.), *Physicians in Canada: Proceedings of the 4th and 5th Physician Manpower Conferences. Vol. III*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1993, p. 7-13, 2 octobre 1989, Winnipeg, et 28 avril 1991, Saskatoon.
14. Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement de 1991*, (n° 92-301F au catalogue), Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
15. Statistique Canada, *Équipement ménager selon le revenu du ménage et autres caractéristiques 1994* (n° 13-218 au catalogue), Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
16. Santé et Bien-être Canada, *La santé des Autochtones au Canada*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992.
17. Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé, janvier 1985, ch. C-6*, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1984.
18. La Commission royale d'enquête sur les services de santé, *Le rapport Hall*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.
19. M. Anderson et M. Rosenberg, «Ontario's underserved area program revisited: An indirect analysis», *Social Science and Medicine*, 30(1), 1990, p. 35-44.
20. American College of Physicians, «Rural primary care», *Annals of Internal Medicine*, 122(5), 1995, p. 380-390.
21. A.P. Williams, A.B. Schwartz, J.P. Newhouse *et al.*, «How many miles to the doctors?» *The New England Journal of Medicine*, 309 (16), 1983, p. 958-963.

Annexe

Tableau A

Nombre d'habitants par médecin et distance du médecin le plus proche, selon certaines caractéristiques, Canada, 1993

Caractéristiques	Population		Médecins		Nombre d'habitants par médecin	Distance du médecin le plus proche		% de la population selon la distance du médecin le plus proche (km) [†]					
						Moyenne	Médiane	<5	5-24	25-49	50-99	100-149	150 et plus
	%	%	%	%	km		%						
Canada	27 296 859	100,0	57 291	100,0	476	3,1	0,5	86,8	11,5	1,2	0,3	0,1	0,1
Terre-Neuve	568 474	2,1	1 139	2,0	499	6,7	1,2	72,4	24,0	2,5	0,1	0,3	0,8
Île-du-Prince-Édouard	129 765	0,5	180	0,3	721	4,4	3,0	64,3	35,7	-	-	-	-
Nouvelle-Écosse	899 942	3,3	2 048	3,6	439	4,0	0,5	69,6	29,3	1,1	-	-	-
Nouveau-Brunswick	723 900	2,7	1 090	1,9	664	5,1	2,4	62,8	35,5	1,7	-	-	-
Québec	6 895 963	25,3	15 435	26,9	447	2,0	0,5	91,2	8,2	0,3	0,1	0,1	-
Ontario	10 084 885	36,9	20 760	36,2	486	1,8	0,5	90,7	8,9	0,3	0,1	-	-
Manitoba	1 091 942	4,0	2 239	3,9	488	6,2	0,5	78,4	16,8	2,5	1,2	0,2	0,7
Saskatchewan	988 928	3,6	1 547	2,7	639	8,3	0,5	67,9	20,5	10,0	1,3	0,1	0,2
Alberta	2 545 553	9,3	4 641	8,1	548	3,9	0,5	82,9	13,5	2,9	0,5	0,1	-
Colombie-Britannique	3 282 061	12,0	8 118	14,2	404	2,3	0,5	91,2	7,2	1,1	0,3	0,1	-
Yukon	27 797	0,1	40	0,1	695	23,6	2,1	68,4	13,6	4,6	4,0	4,3	5,0
Territoires du Nord-Ouest	57 649	0,2	54	0,1	1 068	155,2	1,2	57,3	0,7	0,2	3,9	6,5	31,4
Taille de la RMR/l'AR[‡]													
1 000 000 ou plus	8 622 790	31,6	22 109	38,6	390	0,7	0,5	99,1	0,9	-	-	-	-
500 000-999 999	4 412 478	16,2	11 881	20,7	371	1,0	0,5	96,5	3,5	-	-	-	-
100 000-499 999	4 214 504	15,4	10 260	17,9	411	1,3	0,5	93,8	6,1	0,2	-	-	-
10 000-99 999	3 817 442	14,0	7 181	12,5	532	1,8	0,5	91,2	8,3	0,4	0,1	-	-
Régions autres qu'une RMR/AR	6 229 645	22,8	5 302	9,3	1 175	10,2	3,8	55,6	37,4	4,7	1,1	0,4	0,8
Taille de la RMR/l'AR inconnue	...	...	558	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Régions plus urbanisées[‡]													
Quintiles de revenu[§]													
Toutes	17 918 831	100,0	45 524	100,0	394	0,9	0,5	97,1	2,9	-	-	-	-
1 (Inférieur)	3 581 486	20,0	7 534	16,5	475	0,8	0,5	98,1	1,9	0,1	-	-	-
2	3 557 161	19,9	5 906	13,0	602	1,0	0,5	96,7	3,2	0,1	-	-	-
3	3 552 496	19,8	6 164	13,5	576	1,0	0,5	96,4	3,6	-	-	-	-
4	3 545 302	19,8	7 066	15,5	502	1,0	0,5	96,4	3,6	-	-	-	-
5 (Supérieur)	3 524 722	19,7	18 256	40,1	193	0,8	0,5	97,9	2,1	-	-	-	-
Quintile de revenu inconnu	157 664	0,9	598	1,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Régions moins urbanisées et rurales[‡]													
Quintiles de revenu[§]													
Toutes	9 378 028	100,0	11 767	100,0	797	7,4	1,5	67,2	28,0	3,3	0,7	0,3	0,5
1 (Inférieur)	1 912 480	20,4	2 350	20,0	814	14,2	3,4	54,5	33,9	6,5	2,5	0,8	1,8
2	1 860 652	19,8	2 033	17,3	915	8,1	1,8	63,8	31,8	3,3	0,5	0,1	0,5
3	1 873 236	20,0	2 187	18,6	857	5,9	1,5	69,1	27,5	2,7	0,3	0,3	0,1
4	1 860 220	19,8	2 217	18,8	839	4,4	1,3	72,6	25,2	1,9	0,2	-	-
5 (Supérieur)	1 802 032	19,2	2 902	24,7	621	4,3	1,1	75,7	21,9	2,1	0,2	0,1	-
Quintile de revenu inconnu	69 408	0,7	78	0,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Latitude nord													
40°-44°	8 754 188	32,1	18 372	32,1	476	1,4	0,5	91,3	8,7	-	-	-	-
45°-49°	14 167 419	51,9	31 593	55,1	448	2,3	0,5	87,4	11,8	0,7	0,1	-	-
50°-54°	3 989 181	14,6	6 946	12,1	574	6,2	0,5	77,2	16,7	4,5	0,8	0,3	0,5
55°-59°	297 608	1,1	283	0,5	1 052	22,2	1,5	61,1	15,0	9,8	8,7	2,2	3,2
60°-64°	69 304	0,3	93	0,2	745	47,0	1,3	69,6	6,0	2,0	3,7	4,7	14,0
65°-69°	15 894	0,1	4	-	3 974	249,9	137,5	31,1	-	-	5,0	15,3	48,6
70° et plus	3 265	-	-	-	...	851,3	838,9	-	-	-	-	-	100,0

Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] En kilomètres entiers.

[‡] Voir Définitions.

[§] Voir Méthodologie.

- Néant ou zéro.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Nombre d'habitants par médecin et distance du médecin le plus proche, régions métropolitaines de recensement, Canada, 1993

	Population	Médecins	Nombre d'habitants par médecin	Distance moyenne	% de la population selon la distance du médecin le plus proche	
					<5 km	≥5 km
Toutes les RMR	16 665 360	42 867	389	0,9	97,4	2,6
Toronto	3 893 046	9 130	426	0,7	98,8	1,3
Montréal	3 127 242	8 249	379	0,7	99,3	0,7
Vancouver	1 602 502	4 730	339	0,7	99,4	0,6
Ottawa-Hull	920 857	2 711	340	1,0	95,2	4,8
Edmonton	839 924	1 919	438	1,4	93,3	6,7
Calgary	754 033	1 655	456	1,0	97,4	2,7
Winnipeg	652 354	1 768	369	0,9	96,4	3,6
Québec	645 550	2 297	281	0,8	98,9	1,1
Hamilton	599 760	1 531	392	0,7	99,1	0,9
London	381 522	1 305	292	0,9	96,3	3,7
St, Catharines-Niagara	364 552	496	735	1,2	96,5	3,5
Kitchener	356 421	528	675	0,7	99,3	0,7
Halifax	320 501	1 249	257	1,8	87,5	12,5
Victoria	287 897	1 007	286	1,1	95,8	4,2
Windsor	262 075	396	662	1,0	96,2	3,8
Oshawa	240 104	307	782	0,9	96,5	3,5
Saskatoon	210 023	622	338	2,3	90,3	9,7
Régina	191 692	411	466	1,1	96,4	3,6
Saint-Jean (T.-N.)	171 859	581	296	1,4	95,2	4,8
Chicoutimi-Jonquière	160 928	292	551	1,6	92,2	7,8
Sudbury	157 613	268	588	1,6	92,0	8,0
Sherbrooke	139 194	654	213	0,9	97,0	3,0
Trois-Rivières	136 303	271	503	1,0	95,8	4,2
Saint-Jean (N.-B.)	124 981	272	459	2,7	82,4	17,6
Thunder Bay	124 427	218	571	1,7	92,7	7,3

Source : Fichier principal pour 1993 des médecins de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

Nota : Dans toutes les RMR, les distances médianes du médecin le plus proche étaient de 0,5 km. Voir Méthodologie.

Tableau C

Distance du médecin le plus proche, selon la spécialité médicale, Canada, 1993

Spécialité	Médecins		Distance du médecin le plus proche		% de la population selon la distance du médecin le plus proche (km) [†]						
	%	100,0	Moyenne	Médiane	<5	5-24	25-49	50-99	100-199	200-299	300 et plus
			km						%		
Toutes	57 291	100,0	3,1	0,5	86,8	11,5	1,2	0,3	0,2	-	-
Pratique générale/médecine de famille	31 311	54,7	3,2	0,5	86,3	12,0	1,2	0,3	0,2	-	0,1
Psychiatrie	3 415	6,0	20,3	2,2	65,8	18,1	6,2	5,2	3,2	0,8	0,8
Médecine interne	2 290	4,0	19,0	2,5	64,0	20,6	6,1	5,4	2,7	0,3	0,8
Anesthésie	2 230	3,9	23,1	2,4	64,8	17,8	6,1	6,1	3,1	1,1	1,0
Pédiatrie	1 918	3,3	20,6	2,5	64,0	17,8	7,2	6,6	3,1	0,8	0,7
Chirurgie générale	1 804	3,1	13,4	2,3	67,2	21,5	5,5	3,8	1,4	0,4	0,4
Radiodiagnostic	1 760	3,1	19,4	2,6	63,9	19,4	7,0	5,7	2,8	0,6	0,6
Obstétrique/Gynécologie	1 599	2,8	19,9	2,8	62,4	19,7	7,4	6,4	2,7	0,6	0,7
Ophthalmologie	1 047	1,8	28,3	3,7	55,8	23,1	7,8	5,7	4,8	1,5	1,3
Chirurgie orthopédique	997	1,7	25,9	3,7	56,8	22,5	8,1	6,4	4,1	1,0	1,2
Cardiologie	681	1,2	44,8	5,4	48,1	21,2	9,0	7,9	8,6	2,7	2,6
Oto-laryngologie	615	1,1	29,1	4,2	54,2	24,2	8,5	5,9	4,3	1,5	1,5
Anatomie pathologique	572	1,0	31,0	4,9	50,2	25,1	10,2	7,3	4,6	1,4	1,4
Urologie	559	1,0	28,4	4,5	52,7	25,3	9,0	6,1	4,6	1,1	1,2
Médecine d'urgence	482	0,8	52,5	6,8	43,0	26,7	8,7	7,2	6,3	3,9	4,3
Dermatologie	464	0,8	44,9	5,3	48,6	22,5	8,6	8,0	6,1	2,9	3,2
Neurologie	454	0,8	43,8	6,3	44,9	24,0	9,7	9,0	7,3	2,5	2,7
Pathologie générale	439	0,8	35,5	5,0	49,9	23,2	8,9	7,5	7,2	1,9	1,4
Chirurgie plastique	392	0,7	41,7	5,8	45,8	23,9	9,9	9,7	5,4	3,0	2,3
Médecine respiratoire	384	0,7	44,6	7,3	41,1	27,0	8,7	10,3	7,9	3,3	1,9
Gastro-entérologie	323	0,6	45,5	7,0	40,5	27,7	10,1	10,2	6,5	2,5	2,6
Médecine communautaire	307	0,5	52,4	9,4	37,9	27,2	10,3	9,2	8,4	3,0	3,9
Oncoradiologie	260	0,5	55,5	10,4	33,1	30,7	10,7	10,0	8,7	3,2	3,5
Hématologie	256	0,4	58,0	10,0	34,9	28,7	9,4	9,3	7,9	6,1	3,7
Endocrinologie/Métabolisme	233	0,4	66,3	13,4	32,8	26,3	10,8	11,8	9,1	4,0	5,1
Rhumatologie	224	0,4	68,9	9,6	34,8	28,2	9,5	8,8	7,8	4,3	6,5
Microbiologie médicale	221	0,4	77,4	13,3	31,6	27,4	8,7	11,9	8,9	3,8	7,8
Médecine physique	203	0,4	52,1	9,5	33,8	31,4	10,9	8,8	7,9	4,5	2,7
Neurochirurgie	197	0,3	52,8	11,4	30,5	30,8	11,2	12,1	8,9	3,9	2,6
Chirurgie cardiovasculaire/thoracique	191	0,3	63,2	13,3	28,8	30,3	12,3	11,7	8,0	4,7	4,2
Néphrologie	189	0,3	66,8	12,5	29,8	31,3	8,2	10,6	9,7	5,7	4,8
Médecine nucléaire	177	0,3	55,3	9,8	34,4	30,1	10,0	9,6	8,7	3,6	3,7
Chirurgie vasculaire	128	0,2	52,4	9,6	32,8	33,9	8,8	10,7	6,9	3,6	3,3
Médecine interne oncérologique	105	0,2	74,5	15,6	26,7	30,5	9,8	13,9	9,6	3,8	5,6
Électroencéphalographie	103	0,2	298,2	51,3	14,5	22,2	13,0	9,3	6,7	4,2	30,1
Gériatrie	96	0,2	99,2	24,1	24,0	26,5	11,0	12,4	9,5	5,1	11,5
Immunologie clinique	89	0,2	112,0	22,4	22,3	29,2	10,0	10,6	8,3	4,6	15,0
Maladies infectieuses	84	0,1	86,1	22,5	19,5	32,2	11,8	11,9	10,4	6,0	8,0
Biochimie médicale	83	0,1	104,3	25,9	20,3	29,2	10,3	12,2	12,0	4,6	11,4
Santé publique	75	0,1	160,8	29,1	18,3	29,2	10,8	11,5	9,0	4,4	16,8
Chirurgie thoracique	67	0,1	85,5	19,2	21,9	31,6	9,8	13,7	12,5	3,9	8,5
Physiatrie	65	0,1	860,1	169,3	12,0	10,4	4,6	7,0	24,8	6,6	34,7
Pathologie hématologique	59	0,1	110,4	28,0	18,5	29,7	10,1	10,0	11,6	8,0	12,2
Chirurgie infantile	68	0,1	89,0	27,7	15,4	32,6	11,7	13,3	12,7	6,7	7,7
Médecine du travail	42	0,1	145,7	27,0	18,7	30,3	9,8	11,0	8,5	3,4	18,2
Neuropathologie	26	--	111,5	41,2	11,6	31,6	10,2	14,2	11,7	9,3	11,2
Cardiologie infantile	12	--	195,0	65,7	8,4	26,7	9,0	14,1	13,0	8,1	20,7
Génétique médicale	11	--	164,0	62,1	8,1	29,5	9,3	14,6	10,7	7,3	20,4
Chirurgie cardio-thoracique	3	--	992,9	280,6	2,9	12,0	3,8	8,5	19,3	4,6	49,0
Pathologie/Bactériologie	1	--	1 132,0	548,7	0,5	7,1	8,0	6,4	5,2	2,1	70,8

Source : Fichier principal des médecins de 1993 de l'Association médicale canadienne; recensement de 1991

[†] En kilomètres entiers.

- Néant ou zéro.

-- Nombres infimes.