

PRODUCTION

Production Manager • Gestionnaire de production
Kathryn A. Freamo

Production Assistant • Assistante à la production
Nicole Barbeau

ADVERTISING • PUBLICITÉ

Coordinator, Display Advertising
Coordonnatrice de la publicité
Nancy Pope

Manager, Journal Advertising
Gestionnaire, Annonces publicitaires
Beverley Kirkpatrick

Assistant Manager, Classified Advertising
Gestionnaire adjointe, annonces classées
Deborah Rodd

613 731-9331, fax 613 523-0824

Marketing and Advertising Sales
Marketing et publicité
Keith Health Care Inc.

Toronto
905 278-6700
800 661-5004
fax 905 278-4850

Montréal
514 624-6979
fax 514 624-6707

All prescription drug advertisements have been cleared by the Pharmaceutical Advertising Advisory Board.

Toutes les annonces de médicaments prescrits ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.



**ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE**



**CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION**

President • Président
Victor Dirnfeld, MD

Secretary General • Secrétaire général
Léo-Paul Landry, MD

Director, Professional Development
Directeur, Développement professionnel
Stephen Prudhomme

Manager, Publishing Services
Gestionnaire, Services de publication
Jill Rafuse

Publications Committee • Comité des publications

Stuart M. MacLeod, MD (Chairman/Président)
Gilles Beauchamp, MD
R.P. Bryce Larke, MD
Barbara P. Lent, MD
Jonathan L. Meakins, MD
Mark Roper, MD
W. Grant Thompson, MD
Ian M. Warrack, MB, ChB



Printed on recycled paper • Imprimé sur papier recyclé



Les diplômés des écoles de médecine au Canada représentent-ils seulement «une goutte dans l'océan» des ressources médicales requises pour satisfaire les besoins en soins de santé du Canada, comme le montre la couverture? C'est la question que se posent dans ce numéro Eva Ryten et ses collègues, qui ont suivi de très près le cheminement des 1722 médecins qui sont sortis des écoles de médecine au Canada en 1989 (pages 723 et 731). Leur analyse brosse un tableau fascinant des médecins. Où ont-ils étudié? Combien se sont spécialisés? Dans quelles spécialités et dans quels pays? Où sont-ils maintenant? Les résultats sont intéressants en eux-mêmes, cependant l'exercice n'a pas été fait en vain. Les auteurs concluent que, toutes choses étant égales, l'offre de médecins générée par nos écoles de médecine est insuffisante pour répondre à la demande en partie parce que celle-ci grandit à mesure que la population augmente.

Cette interprétation des faits est-elle exacte? Robert Evans, depuis longtemps un étudiant avisé des effectifs médicaux, souligne qu'il y a effectivement des «fuites» dans l'offre — les médecins migrent ailleurs — mais ils nous reviennent aussi (page 757). Par exemple, beaucoup de régions aux États-Unis comptent des médecins en chômage. Evans prétend que le contexte de l'offre et de la demande de médecins a évolué et que ces facteurs auront une incidence profonde sur les besoins en médecins.

Les médecins sentent également les compressions ailleurs, c'est-à-dire sur leur revenu. Les gouvernements des provinces et les associations de médecins, travaillant au sein d'une alliance difficile, essaient de négocier des barèmes acceptables de paiement (surtout à l'acte). Dans ce genre de régime, les médecins doivent facturer chacun de leurs services. En tentant de dispenser à leurs patients des soins d'excellente qualité tout en préservant leur

revenu, ils trouvent souvent des façons, dans les ententes négociées, de faire les deux. Il ne faut pas avoir un gros diplôme pour savoir que recettes = volume × prix. Ben Chan et ses collègues indiquent que, depuis la fin des années 1970, les omnipraticiens et les médecins de famille (OP/MF) en Ontario facturent de plus en plus d'examen plus complexes, phénomène que les auteurs nomment la «reputation des codes de frais» (page 749). Par rapport à 1978-1979, les médecins en 1994-1995 ont eu 10 fois plus tendance à effectuer (et à facturer) des évaluations intermédiaires plutôt que mineures. Ils ont donc augmenté (dans les faits, sinon délibérément) le «prix» de leurs services. Dans une étude connexe, les mêmes auteurs décrivent les habitudes de pratique des OP/MF qui ont facturé plus de 400 000 \$ en 1994-1995 (page 741), en essayant de répondre aux questions «Comment font-ils, et pourquoi?»

Nous avons demandé à Charles Wright de commenter ces deux communications (page 760). Wright souligne que les OP/MF à facturation élevée en Ontario reçoivent en moyenne 67 patients pendant leur journée de travail. Il se demande si, dans de telles conditions, il est possible de fournir des soins médicaux appropriés, de se tenir à jour et de faire l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Les modifications apportées aux codes de facturation, les mesures de récupération et d'autres ingérences dans la vie professionnelle des médecins ont pu rendre nécessaires diverses pratiques, comme la reputation des codes de frais. Wright prédit l'abolition du système de paiement à l'acte, et laisse entendre que la plupart des médecins préféreraient toucher une rémunération stable et prévisible. Il termine en disant que toute rémunération non à l'acte, peu importe la forme — salaire, contrats, capitation, paiements mixtes — serait préférable au cirque actuel. ?