



Répartition et migration interne des médecins au Canada

R e s s o u r c e s h u m a i n e s d e l a s a n t é



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-096-5 (PDF)

© 2007 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé, *Répartition et migration interne des médecins au Canada*, Ottawa, ICIS, 2007.

This publication is also available in English under the title *Distribution and Internal Migration of Canada's Physician Workforce*.
ISBN 978-1-55465-095-8 (PDF)

Répartition et migration interne des médecins au Canada

Table des matières

Remerciements.....	xi
Série de rapports <i>Répartition et migration interne</i>	xii
Sommaire	xiii
Introduction	xiii
Points saillants	xiii
Introduction	1
Contexte	3
Structure du rapport.....	7
Migration interne : aperçu.....	12
Populations cibles	12
Migration interne globale.....	15
Migration interprovinciale.....	16
Migration intraprovinciale.....	18
Migration urbaine et rurale	19
Déterminants de la migration.....	23
Analyses de régression logistique.....	23
Âge	30
Sexe	33
Langue	36
Catégories de médecins.....	41
Lieu d'obtention du diplôme	45
Lieu de pratique initial : milieu urbain ou rural	48
Origines et destinations des migrants interprovinciaux et ratios.....	52
Principales destinations selon l'origine	52
Ratios de médecins par rapport à la population	59
Fréquence de la migration.....	62
Fréquence et moment de la migration interprovinciale.....	62
Durée de la pratique en milieu rural et urbain au Canada	64
En résumé	67
Annexe A — Notes méthodologiques	69
Annexe B — Aperçu de la migration interne au Canada.....	81
Annexe C — Médecins — Tableaux supplémentaires	95
Annexe D — Définitions de la Classification nationale des professions (CNP)	121
Références	135

Liste des tableaux

Tableau 1.	Migration des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans entre les régions urbaines et les régions rurales en 1986-1991, 1991-1996 et 1996-2001	20
Tableau 2.	Migration entre les régions urbaines et les régions rurales de la population générale (citoyens de 15 ans et plus) au Canada tant à la fin qu'au début des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001	21
Tableau 3.	Facteurs de mobilité sélectionnés des médecins actifs considérés comme des migrants internes au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans, de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001	25
Tableau 4.	Facteurs de mobilité sélectionnés des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001	27
Tableau 5.	Facteurs de mobilité sélectionnés des médecins actifs considérés comme des migrants intraprovinciaux au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001	29
Tableau B1.	Nombre total de migrants au sein de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	82
Tableau B2.	Mouvements migratoires interprovinciaux de la main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux sur cinq ans, selon la province ou le territoire de résidence, 1991, 1996 et 2001	88
Tableau B3.	Main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux, de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001	89
Tableau B4.	Main-d'œuvre canadienne : migration entre les régions urbaines et les régions rurales	90
Tableau B5.	Main-d'œuvre canadienne : sommaire des mouvements de migration urbaine et rurale, en pourcentage, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001	93
Tableau C1.	Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs au Canada, de 1986 à 2004.....	95
Tableau C2.	Moyenne d'âge, en années, des médecins actifs, selon la province ou le territoire, de 1986 à 2004	96
Tableau C3.	Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs non-migrants (migration interne), par périodes de migration de 1 an et de 5 ans.....	97

Tableau C4.	Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs considérés comme des migrants internes, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans.....	98
Tableau C5.	Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs considérés comme des migrants interprovinciaux, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans	99
Tableau C6.	Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs considérés comme des migrants intraprovinciaux par périodes de migration de 1 an et de 5 ans	100
Tableau C7.	Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable du sexe (0 = homme, 1 = femme) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	101
Tableau C8.	Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable de la langue (0 = anglais, 1 = français) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	102
Tableau C9.	Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable de la grande catégorie de médecins (0 = médecin de famille ou omnipraticien, 1 = spécialiste) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	103
Tableau C10.	Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable du lieu d'obtention du diplôme (0 = diplômé d'une école de médecine canadienne, 1 = DIM) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	104
Tableau C11.	Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable de la pratique établie en milieu urbain ou rural au cours de la première année de la période de migration (0 = urbain, 1 = région rurale et petite ville) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	105
Tableau C12.	Nombre de médecins migrants interprovinciaux, par province et territoire de résidence, au cours de la période de migration 1996-2001	106

Tableau C13. Les trois principales destinations, en pourcentage, de médecins actifs ayant migré d'une province ou d'un territoire à l'autre au cours des périodes de migration de 1 an et de 5 ans.....	107
Tableau C14. Médecins actifs : nombre de migrants interprovinciaux de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans.....	110
Tableau C15. Nombre de médecins actifs par 100 000 habitants selon la province ou le territoire et au Canada, de 1986 à 2004	113
Tableau C16a. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004).....	114
Tableau C16b. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004).....	115
Tableau C16c. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Québec et en Ontario, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)	116
Tableau C16d. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Manitoba et en Saskatchewan, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004).....	117
Tableau C16e. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), en Alberta et en Colombie-Britannique, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004).....	118
Tableau C16f. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004).....	119
Tableau C16g. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Nunavut, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)	120

Liste des figures

Figure 1.	Nombre total de médecins actifs au Canada de 1986 à 2004	13
Figure 2.	Nombre total de médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	14
Figure 3.	Pourcentage des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants internes de 1986-1987 à 2003-2004	16
Figure 4.	Pourcentage, par rapport à celui de la population générale, des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants interprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004	17
Figure 5.	Pourcentage des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants intraprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004.....	18
Figure 6.	Taux de migration nette vers les régions urbaines et les régions rurales chez les médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	22
Figure 7 :	Répartition selon l'âge des médecins actifs considérés comme des migrants interprovinciaux ou intraprovinciaux au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001	31
Figure 8.	Âge moyen des médecins actifs au Canada au début des périodes de migration de 1 an considérés comme des non-migrants, comme des migrants interprovinciaux ou comme des migrants intraprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004.....	32
Figure 9.	Pourcentage des médecins de sexe féminin actifs au Canada de 1986 à 2004.....	33
Figure 10.	Pourcentage, selon le sexe, de médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants internes de 1986-1987 à 2003-2004.....	34
Figure 11.	Pourcentage, selon le sexe, des médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants interprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004.....	35
Figure 12.	Pourcentage, selon le sexe, des médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants intraprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004.....	35
Figure 13.	Pourcentage des médecins francophones (voir la note ci-dessous) actifs au Canada et des médecins québécois par rapport à l'ensemble des médecins canadiens de 1986 à 2004	36
Figure 14.	Pourcentage, selon la langue, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004.....	38

Figure 15.	Pourcentage, selon la langue, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	39
Figure 16.	Pourcentage, selon la langue, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	40
Figure 17.	Pourcentage des médecins actifs au Canada qui étaient spécialistes de 1986 à 2004	41
Figure 18.	Pourcentage, selon la catégorie de médecins, des médecins actifs au Canada, considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	43
Figure 19.	Pourcentage, selon la catégorie de médecins, des médecins actifs au Canada, considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	43
Figure 20.	Pourcentage, selon la catégorie de médecins, des médecins actifs au Canada, considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	44
Figure 21.	Pourcentage des médecins actifs au Canada de 1986 à 2004 qui étaient des diplômés internationaux en médecine	45
Figure 22.	Pourcentage, selon le lieu d'obtention du diplôme, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	47
Figure 23.	Pourcentage, selon le lieu d'obtention du diplôme, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	47
Figure 24.	Pourcentage, selon le lieu d'obtention du diplôme, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	48
Figure 25.	Pourcentage des médecins actifs au Canada de 1986 à 2004 dont la pratique était établie dans des régions rurales et de petites villes	49
Figure 26.	Pourcentage, selon la pratique en milieu rural ou urbain, durant la première année de la période de migration, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	50
Figure 27.	Pourcentage, selon la pratique en milieu rural ou urbain au début de la période de migration, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	51
Figure 28.	Pourcentage, selon la pratique en milieu rural ou urbain au début de la période de migration, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004	51

Figure 29.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des médecins ayant migré dans une autre province du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991	53
Figure 30.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991	54
Figure 31.	Principales destinations de migration, en pourcentage, des médecins migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001	56
Figure 32.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001	56
Figure 33.	Taux de migration nette interprovinciale chez les médecins actifs, selon la province, au cours des périodes de migration de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001	58
Figure 34.	Nombre de médecins actifs par 100 000 habitants au Canada de 1986 à 2004	60
Figure 35.	Nombre moyen de mouvements interprovinciaux dans la cohorte de médecins de 1987 au cours de la période de 1987 à 2004 et dans la cohorte de médecins de 1994 au cours de la période de 1994 à 2004	63
Figure 36.	Durée moyenne de la pratique avant la première migration interprovinciale dans les cohortes de médecins de 1987 et de 1994	64
Figure 37.	Durée moyenne de la pratique, globale et selon certains descripteurs, des médecins pratiquant en milieu rural et urbain au Canada de 1992 à 2004 ...	66
Figure B1.	Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991	83
Figure B2.	Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996	84
Figure B3.	Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 2001	85
Figure B4.	Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 1991	86
Figure B5.	Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 2001	87
Figure B6.	Main-d'œuvre canadienne : Migration nette des régions rurales, selon le groupe d'âge, Canada, 1991, 1996 et 2001	91

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire remercier l'auteur du présent rapport, le D^r J. Roger Pitblado. Le D^r Pitblado est professeur émérite de géographie et chercheur principal associé du Centre for Rural and Northern Health Research, à l'Université Laurentienne de Sudbury, en Ontario.

L'ICIS souhaite également remercier Statistique Canada pour les données agrégées tirées de la base de données du Recensement et pour son orientation précieuse quant à l'utilisation des données du Recensement.

L'ICIS remercie également les personnes suivantes pour leur contribution au rapport *Répartition et migration interne des ergothérapeutes au Canada* :

- Brent Barber, chef d'équipe, ICIS
- Jean-Marie Berthelot, vice-président, ICIS
- Robin Carrière, chef d'équipe, ICIS
- Deborah Cohen, gestionnaire, ICIS
- Barbara Loh, assistante à l'assurance de la qualité, ICIS
- Anne-Marie Robert, analyste principale, ICIS
- Francine Anne Roy, directrice, ICIS
- Jill Strachan, gestionnaire, Relations avec les clients, ICIS
- Josée Vallerand, analyste principale, ICIS
- Chrissy Willemse, analyste principale, ICIS

La recherche et l'analyse s'appuient sur des données provenant de Statistique Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de Statistique Canada.

Les analyses de la répartition géographique et de la migration interne des médecins sont basées sur les données de la Base de données médicales Scott's.

Série de rapports *Répartition et migration interne*

Le présent document fait partie d'une série de rapports étudiant la répartition géographique et la migration interne de différents corps professionnels de la santé au Canada.

Les rapports de la série portent sur les professions suivantes :

- Assistants dentaires
- Audiologistes et orthophonistes
- Dentistes
- Ergothérapeutes
- Hygiénistes et thérapeutes dentaires
- Infirmières autorisées (incluant les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières en chef et les superviseuses)
- Infirmières auxiliaires autorisées
- Inhalothérapeutes, perfusionnistes cliniques et technologues cardio-pulmonaires.
- Médecins (médecins spécialistes et omnipraticiens/médecins en médecine familiale)
- Pharmaciens
- Physiothérapeutes
- Techniciens de laboratoire médical
- Technologues médicaux et assistants en anatomopathologie
- Technologues en radiation médicale
- Technologues en échographie

Sommaire

Introduction

Notre système de soins de santé est complexe; il dépend largement des compétences et des efforts de nombreux intervenants. Malgré un nombre relativement important de professionnels de la santé au Canada, la répartition géographique de cette main-d'œuvre ne suit pas la répartition géographique de la population générale. Les migrations internes, à savoir le déplacement des travailleurs du secteur de la santé dans une même province ou un même territoire, ou d'une province ou d'un territoire à l'autre, modifient constamment la répartition des dispensateurs de soins.

Très peu d'études ont été entreprises sur la répartition géographique et la mobilité de la majorité des dispensateurs de soins au Canada, en raison principalement des sources de données limitées sur lesquelles s'appuient ces analyses. Toutefois, et malgré ses limites, le recensement du Canada offre une partie de l'information nécessaire. Mais encore faut-il l'exploiter à son maximum.

Issu d'une étude principalement fondée sur le recensement, le présent rapport amorce l'étude de la répartition géographique et des caractéristiques de la migration interne de plus de 20 groupes de dispensateurs de soins de santé au Canada. Chacune des analyses des professions est présentée sous forme de rapport ou d'une série de graphiques et de tableaux (accessibles sur le site Web de l'ICIS au www.cihi.ca). Pour chacune des professions à l'étude, les rapports comprennent :

- une analyse empirique préliminaire du nombre de membres de la profession qui exercent la profession et de certaines caractéristiques démographiques;
- un examen de la répartition géographique provinciale et territoriale, et un résumé de la répartition géographique intraprovinciale;
- une analyse initiale des caractéristiques de la migration interne (interprovinciale et intraprovinciale)ⁱ;
- pour chacune des catégories descriptives susmentionnées, des comparaisons chronologiques faites à l'aide des données de 1991, de 1996 et de 2001.

Points saillants

Axé sur les médecins canadiens, le présent rapport s'inscrit dans la série de rapports *Répartition et migration interne* de l'ICIS. Il diffère cependant des autres rapports de la série pour trois raisons. Premièrement, la plupart des données employées proviennent de la Base de données médicales Scott's (BDMS, auparavant connue sous le nom de Base de données médicales Southam). Les données des recensements sont utilisées de manière limitée, uniquement pour compléter les données de la BDMS, s'il y a lieu. Deuxièmement, le rapport s'attarde moins longuement sur certains des paramètres géographiques de base de la répartition des médecins, ces paramètres étant pris en compte dans d'autres rapports^{4, 10} publiés récemment par l'ICIS. Troisièmement, en plus d'utiliser les mêmes années principales de recensement (1991, 1996 et 2001) que les autres rapports de la

i. Les migrants interprovinciaux incluent les personnes qui vivaient dans une province différente ou un territoire différent cinq ans auparavant. Les migrants intraprovinciaux incluent les personnes qui vivaient dans une collectivité différente au sein de la même province ou du même territoire cinq ans auparavant.

série *Répartition et migration interne*, le présent rapport examine certains éléments de la répartition spatiale et de la mobilité des médecins canadiens au moyen des données de la BDMS de toutes les années de 1986 à 2004 inclusivement. Certains des résultats de la présente étude sont présentés ci-dessous.

Nombre de médecins et descripteurs

- En 2004, la Base de données médicales Scott's comptait au total 60 612 médecins au Canada, ce qui représente une hausse d'environ 33 % depuis 1986.
- Au cours de cette période, la population canadienne totale a augmenté de 22 %.
- À l'instar de la population générale et de la plupart des corps professionnels, les médecins canadiens vieillissent.
- La moyenne d'âge des médecins canadiens est passée de 45,6 ans en 1998 à 48,6 ans en 2004.
- En 1986, 18 % de tous les médecins au Canada étaient de sexe féminin. Cette proportion s'est accrue de façon constante pour atteindre 32 % en 2004.
- La proportion de médecins francophones (soit les médecins ayant demandé aux Répertoires Scott's de communiquer avec eux en français) au Canada était à son niveau le plus bas en 1989 avec 22 %, atteignant un sommet de 24 % de 1997 à 2001, puis de nouveau en 2004.
- En ce qui concerne les deux grandes catégories de médecins (médecins de famille et médecins spécialistes), la proportion de spécialistes a varié, allant de 46,8 % en 1993 à 49,6 % en 2000. En 2004, 48,4 % des médecins au Canada étaient des spécialistes.
- La proportion de médecins au Canada diplômés d'une école de médecine étrangère (diplômés internationaux en médecine ou DIM) a diminué de façon constante, passant de 28 % en 1986 à 22 % en 2004.
- La proportion de médecins canadiens pratiquant dans les régions rurales et les petites villes a connu de faibles variations.

Tendances relatives à la migration interne

Aperçu

- En moyenne, chaque année, environ 6 % des médecins peuvent être considérés comme des migrants intraprovinciaux ou interprovinciaux.
- Chaque année, en moyenne, 1,4 % des médecins canadiens changent de province ou de territoire.
- Chaque année, de 1986 à 2004, près de 5 % des médecins actifs ont changé de collectivité à l'intérieur de la même province ou du même territoire.
- Les proportions les plus élevées de médecins migrants intraprovinciaux ont été enregistrées au cours des périodes 1991-1992 (6,5 %) et 1997-1998 (5,9 %), et la plus faible, au cours de la période 2002-2003 (2,9 %).
- Les régions rurales ont accusé des pertes nettes de médecins en raison de la migration, et ce, à chacune des périodes de migration de 5 ans (1986 à 1991, 1991 à 1996 et 1996 à 2001) prises en compte dans cette étude. (Voir le tableau 1.)
- En revanche, les régions rurales ont également accusé des pertes nettes d'habitants, sauf au cours de la période de 1991 à 1996, où des gains nets ont été enregistrés. (Voir le tableau 2.)

Âge

- Les jeunes médecins étaient plus enclins à migrer que les médecins âgés.
- Les migrants interprovinciaux étaient, en moyenne, plus jeunes que les migrants intraprovinciaux, lesquels étaient plus jeunes que les non-migrants.
- Même si les jeunes médecins sont plus susceptibles de migrer à l'intérieur de leur province que les médecins âgés, ces derniers sont de plus en plus mobiles au Canada.
- Au cours de la période de migration 1986-1987, la moyenne d'âge des migrants interprovinciaux et intraprovinciaux ainsi que des non-migrants était de 37,2, de 39 et de 45,8 ans respectivement. Au cours de la période 2003-2004, la moyenne d'âge de ces groupes de médecins atteignait 40, 44,6 et 48,5 ans respectivement.

Sexe

- Au cours des premières années de la période à l'étude, la proportion de médecins de sexe féminin étant des migrants intraprovinciaux et interprovinciaux était supérieure à celle de leurs confrères de sexe masculin.
- L'écart entre les médecins de sexe féminin et masculin s'atténue, surtout au chapitre de la migration interprovinciale, pour laquelle les proportions de médecins hommes et femmes sont maintenant très similaires.
- Une plus grande proportion de médecins de sexe féminin que de sexe masculin changent de collectivité (migration intraprovinciale).

Langue

- Une proportion accrue de médecins anglophones migrent vers une autre province ou un autre territoire.
- À l'opposé, les médecins francophones sont au moins deux fois plus susceptibles que leurs confrères anglophones de changer de collectivité à l'intérieur de la même province.

Grandes catégories de spécialités

- Les tendances relatives à la migration interne des médecins selon leur spécialité sont complexes; en effet, la proportion de spécialistes migrants était supérieure à celle des médecins de famille migrants certaines années, mais ne l'était pas d'autres années. Cela vaut en particulier pour la migration interprovinciale.
- À l'opposé, une plus grande proportion de médecins de famille que de spécialistes ont migré à l'intérieur de leur province ou de leur territoire.

Lieu d'obtention du diplôme

- Les DIM étaient plus susceptibles que les médecins formés au Canada de changer de province ou de territoire, surtout à partir de 1997.
- Toutefois, les diplômés d'une école de médecine canadienne étaient plus mobiles à l'intérieur de leur province ou de leur territoire.

Médecins pratiquant en milieu rural

- Tout au long de la période à l'étude, les médecins pratiquant en milieu rural affichaient une plus grande mobilité (interprovinciale et intraprovinciale), que les médecins exerçant dans les régions urbaines au Canada.

Destinations

- Ce sont les provinces « attirantes » (c'est-à-dire de grandes provinces telles que l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique), suivies des provinces limitrophes, qui attirent en général le plus grand nombre de médecins migrants interprovinciaux.
- À titre de provinces attirantes, l'Ontario et plus particulièrement la Colombie-Britannique étaient les principales destinations des migrants interprovinciaux au cours des premières années de l'étude. Cependant, depuis quelques années, l'Alberta est devenue la principale destination des médecins ayant décidé de migrer vers une autre province ou un autre territoire.
- La Colombie-Britannique était la seule province à avoir enregistré une migration nette positive (c'est-à-dire que le nombre d'entrées de médecins était supérieur au nombre de sorties) à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004.
- En revanche, Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba et la Saskatchewan ont accusé une migration nette négative (c'est-à-dire que le nombre de sorties de médecins était supérieur au nombre d'entrées) à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004.

Ratios de médecins par rapport à la population

- De façon générale, le nombre de médecins actifs par 100 000 habitants au Canada a augmenté au cours de la période de 1986 à 1993, mais il a diminué de 1993 à 1997. Depuis 1997, toutefois, les ratios augmentent. (Voir la figure 34.)
- Au cours de la période de 1986 à 2004, le ratio le plus élevé a été enregistré en 1993, alors qu'on comptait 192 médecins par 100 000 habitants. Les ratios ayant augmenté au cours des dernières années, celui enregistré en 2004 était très similaire à celui de 1993, avec 190 médecins par 100 000 habitants.
- La migration interprovinciale a pour effet de faire diminuer les ratios dans certaines provinces, par exemple à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec, au Manitoba et en Saskatchewan.
- Inversement, des augmentations globales des ratios ont été enregistrées le plus souvent par la Colombie-Britannique et, plus récemment, par l'Alberta.

Fréquence de la migration

- Bien que les caractéristiques des médecins (telles que le sexe, la langue, la spécialité, etc.) entraînent certaines variations, la fréquence et le moment de la migration sont similaires chez les médecins. Selon un échantillon limité, les médecins changeant de province ou de territoire le font généralement de une à deux fois en moyenne au cours de la période étudiée; par ailleurs, si un médecin compte changer de province ou de territoire, il le fera généralement au cours des cinq premières années de sa pratique.
- La durée de la pratique en milieu rural (9,5 ans en moyenne) est généralement plus courte qu'en milieu urbain (12,6 ans en moyenne).
- Les médecins pratiquant en milieu rural sont généralement plus mobiles que leurs confrères exerçant en milieu urbain. En effet, cette tendance à quitter les régions rurales du pays observée chez eux fait diminuer la durée moyenne de la pratique en milieu rural; toutefois, la durée de la pratique en milieu rural est plus longue si la première année de pratique se fait dans une région rurale.

Introduction

Notre système de soins de santé est complexe; il dépend largement des compétences et des efforts de nombreux intervenants. Au Canada, la santé et les services sociaux emploient plus d'un million de personnes, soit près d'un travailleur canadien sur dix^{1, 2}. Il est entendu que « les défis pressants auxquels fait face le système de santé du Canada ne peuvent être relevés sans tenir compte des gens qui veillent à son bon fonctionnement » [traduction]³ ». Bien que cette main-d'œuvre soit relativement importante en nombre, elle n'est cependant pas répartie de façon uniforme sur le plan géographique, par rapport à la répartition de la population générale^{4, 5}. De plus, la répartition géographique des travailleurs de la santé du pays fluctue constamment en raison des migrations internes, soit du mouvement des travailleurs au sein des provinces ou territoires, ou d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Par exemple, John Helliwell, professeur d'économie à l'Université de la Colombie-Britannique, aurait affirmé — comme en fait foi un bref commentaire de Charlotte Gray paru en 1999 dans le *Canadian Medical Association Journal*⁶ — que la migration interprovinciale des médecins est de loin plus importante que la migration vers les États-Unis. Selon lui, le problème de la répartition est au moins aussi épineux que celui de la migration vers les États-Unis.

La question de la migration des professionnels de la santé au Canada a fait l'objet de discussions ces dernières années. Voici des exemples de déclarations publiques tirées des médias qui montrent l'intérêt du public pour cette question.

- « Au cours de l'un des pires conflits de travail dans le secteur de la santé qu'ait connu la Nouvelle-Écosse, les technologues de laboratoire, mécontents, se sont précipités hier dans les bras d'un recruteur de l'Alberta » [Traduction] (article de la Presse canadienne paru en 2001 dans le *The Globe and Mail*.)
- Pour ce qui est des infirmières, « au Canada, on ne fait pas grand cas de la migration interprovinciale; par contre, on se préoccupe beaucoup de l'équilibre entre les régions urbaines et rurales⁷ ». D'un autre côté, on a constaté qu'« une majorité d'infirmières autorisées, dont la migration s'explique par la fréquentation d'un établissement d'enseignement après la formation initiale en soins infirmiers, ne retournent pas dans les régions où elles ont reçu leur accréditation⁸ ». [Traduction]
- « Toutes les provinces ont une stratégie de recrutement et de maintien en fonction, car elles sont toutes aux prises avec un manque chronique de médecins (omnipraticiens et spécialistes), d'infirmières et de technologues en radiation médicale et d'autres professionnels de la santé. Les ministres de la Santé provinciaux se plaignent ouvertement de guerres d'enchères entre les provinces pour accaparer un bassin réduit de ressources; chacun tente de surenchérir avec des primes à la signature du contrat et d'autres avantages contractuels⁹. » [Traduction]

Certaines des citations ci-dessus reflètent une opinion personnelle qui repose sur très peu de preuves. En fait, il existe très peu de données sur les caractéristiques relatives de la répartition et de la migration de la plupart des professionnels de la santé au Canada. Cette lacune est principalement attribuable au fait qu'il existe très peu de sources de données sur lesquelles appuyer de telles analyses. Toutefois, en dépit de ses limites, le recensement de la population canadienne de Statistique Canada peut fournir certains éléments d'information. Ainsi, d'après des données de recensement, une exploration des caractéristiques relatives à la répartition géographique et à la migration interne de plus de 20 groupes de dispensateurs de soins de santé au Canada a été entreprise par l'ICIS en collaboration avec Statistique Canada et le D^r Roger Pitblado, professeur à l'Université Laurentienne. Pour chacune des professions prises en compte dans l'étude, un rapport ou une série de tableaux de données (accessibles sur le site Web de l'ICIS au www.icis.ca) a été préparé. Pour chaque profession de la santé, le rapport présente :

- une analyse empirique préliminaire du nombre de membres de la profession et de certaines caractéristiques démographiques;
- un examen de la répartition géographique provinciale ou territoriale et un résumé de la répartition infraprovinciale ou infraterritoriale;
- des analyses préliminaires des tendances relatives à la mobilité (interprovinciale et intraprovincialeⁱⁱ);
- pour chacun des descripteurs, des comparaisons temporelles au moyen des données des recensements de la population canadienne de 1991, 1996 et 2001.

Vous trouverez la liste des professions de la santé que vise l'étude dans les notes méthodologiques (annexe A).

Le présent rapport sur les médecins canadiens fait partie de la série de rapports *Répartition et migration interne* préparée par l'ICIS. Il diffère toutefois des autres rapports de la série pour trois raisons. Premièrement, la plupart des données employées proviennent de la Base de données médicales Scott's (BDMS, auparavant connue sous le nom de Base de données médicales Southam). Les données de recensement sont utilisées de manière limitée, uniquement pour compléter les données de la BDMS, s'il y a lieu. Deuxièmement, le rapport ne fait que survoler certains des paramètres géographiques de base de la répartition des médecins, ces paramètres étant pris en compte dans d'autres rapports^{4, 10} publiés récemment par l'ICIS. Troisièmement, en plus d'utiliser les mêmes années principales de recensement (1991, 1996 et 2001) que les autres rapports de la série *Répartition et migration interne*, le présent rapport examine certains éléments de la répartition spatiale et de la mobilité des médecins canadiens en les comparant aux données annuelles de la BDMS de 1986 à 2004 inclusivement.

ii. Dans le cadre du présent rapport, les termes « interprovincial » et « intraprovincial » sont utilisés dans un sens générique et englobent les mouvements à l'échelle provinciale et territoriale. Le terme « migrant interprovincial » désigne tout migrant qui se déplace vers une autre province ou un autre territoire. Le terme « migrants intraprovinciaux », quant à lui, désigne les personnes qui migrent à l'intérieur de la même province ou du même territoire.

Dans la mesure du possible, le rapport ne reproduit pas les résultats tirés d'analyses récentes sur la répartition géographique des médecins⁴ ou de la série de rapports *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* préparée par l'ICIS. Par exemple, il ne s'arrête pas sur la question du nombre de médecins qui quittent le pays et y reviennent, celle-ci étant abordée dans les dernières analyses de la BDMS¹⁰, mais il s'intéresse beaucoup plus explicitement aux mouvements interprovinciaux, intraprovinciaux et entre régions urbaines et rurales des médecins canadiens.

Contexte

Lors de la Journée mondiale de la santé, en avril 2006, l'Organisation mondiale de la santé a rendu public son rapport annuel et déclaré qu'« œuvrant au cœur du système, le personnel est l'élément moteur de tout progrès en matière de santé¹¹ ». Au Canada, de nombreuses commissions et groupes de travail tels que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (qui a produit le rapport Romanow¹²) et le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie (qui a produit le « rapport Kirby »¹³) avaient déjà reconnu la nécessité de porter une attention particulière aux questions touchant les ressources humaines de la santé (RHS). De plus, on a créé le Conseil canadien de la santé afin de surveiller la mise en œuvre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, et d'en faire état. L'accord reconnaît qu'« une bonne planification et une bonne gestion des ressources humaines de la santé sont essentielles pour que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux fournisseurs de soins de santé dont ils ont ou auront besoin¹⁴ ».

En d'autres mots, la planification des ressources humaines de la santé vise à : « mettre en place le personnel approprié qui doit posséder les compétences nécessaires et se trouver au bon endroit, au bon moment, afin d'offrir les services appropriés aux personnes concernées¹⁵ ».

Malheureusement, aucune base de données au Canada ne réunit les données nécessaires à l'étude de toutes ces questions. En effet, pour bon nombre des professions de la santé prises en compte dans la série *Répartition et migration interne*, il existe très peu de données sur le nombre relatif de professionnels qui les pratiquent et de renseignements démographiques de base sur l'âge et le sexe. Ces données somme toute relativement simples sur le nombre de médecins sont pourtant cruciales dans le contexte de la planification et de la gestion des ressources humaines du système de soins de santé. La plupart des rapports de la série font état de ces renseignements fondamentaux axés sur le nombre, ce qui marque un point de départ pour l'information générale sur toutes les professions qui y sont prises en compte. Cependant, le présent rapport sur les médecins au Canada ne met pas l'accent sur ces caractéristiques de base du nombre de médecins, puisqu'elles font l'objet de la série de rapports de l'ICIS *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*.

Répartition géographique

En ce qui concerne la planification des ressources humaines de la santé, le principal intérêt de la répartition géographique réside dans la répartition spatiale des dispensateurs de soins par rapport à la répartition de la population générale. C'est le décalage entre la répartition spatiale de la population canadienne en général et celle du personnel de la santé qui retient l'attention du public, des médias, des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs des soins de santé et des chercheurs¹⁶. C'est ce décalage qui a entraîné, au Canada comme ailleurs, la production d'une abondante littérature sur les pénuries^{17, 18, 19, 20, 21} et les déséquilibres^{22, 23} dans les ressources humaines de la santé.

Toutefois, la répartition géographique des ressources humaines en santé au Canada n'est que passablement comprise. Dans *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1995-2004*²⁴, l'ICIS décrit les différentes phases de l'évolution de ses systèmes de données sur les ressources humaines de la santé. On trouve d'abord les « systèmes de données matures fondés sur le nombre », dont la Base de données nationale sur les médecins, la Base de données médicales Scott's (auparavant Base de données médicales Southam) et la Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA). Reposant sur ces sources, les séries de rapports *Nombre et répartition* et *Tendances de la main-d'œuvre* de l'ICIS renseignent de façon détaillée sur la répartition provinciale et territoriale des médecins et des infirmières autorisées. Un niveau de détail similaire se profile avec la Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (BDIIAA) et la Base de données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (BDIIPA). À l'heure actuelle, d'autres bases de données de l'ICIS sur les ressources humaines de la santé entrent dans la catégorie des « systèmes de données immatures fondés sur le nombre ». Nous ne savons que très peu de choses sur la répartition géographique des autres corps professionnels de la santé de la série et sur celle des dispensateurs de soins qui n'en font pas partie.

En général, les rapports qui s'appuient sur les bases de données de l'ICIS et d'autres bases de données administratives ou d'autres enquêtes comme le recensement ont omis d'étudier la répartition infraprovinciale des ressources humaines de la santé, à l'exception toutefois du rapport *Répartition géographique des médecins au Canada*¹⁶ et de sa mise à jour *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*⁴ et *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada, 2000*⁵. Mis à part ces travaux sur les médecins et le personnel infirmier, il existe peu d'études sur la répartition géographique à l'échelle nationale qui comprennent des analyses infraprovinciales et infraterritoriale de tout autre groupe de dispensateurs de soins de santé au Canada. La présente série de publications vise à combler cette lacune, dans les limites des données employées.

Migration

Un guide d'évaluation des ressources humaines de la santé récemment publié par l'Organisation mondiale de la Santé posait la question suivante : Dans quelle mesure la migration interne du personnel crée-t-elle des déséquilibres sur le plan de la répartition des ressources humaines de la santé?²⁵ ». Une analyse des dispensateurs de soins de santé du Canada posait une question similaire : « Combien de dispensateurs de soins de santé réglementés et non réglementés migrent-ils chaque année, et quelles en sont les répercussions sur les services de santé?²⁶ ».

La migration peut être considérée comme l'élément dynamique de la répartition géographique, étant donné que les gens quittent une région pour s'établir dans une autre. Elle suggère également un problème important dans la planification des ressources humaines de la santé, à savoir le recrutement et le maintien en poste, le recrutement suggérant une hausse de la mobilité, et le maintien en poste, une diminution de la mobilité. La migration interne et externe peut influencer sur les régions d'origine et de destination de diverses façons. Par exemple, dans les collectivités rurales éloignées du Royaume-Uni, on a fait valoir que les professionnels de la santé qui travaillent dans la localité qu'ils habitent apportent une contribution appréciable à la structure sociale des collectivités éloignées, en plus d'une contribution sur le plan des soins de santé, des services sociaux et de l'économie²⁷. Des observations similaires ont été formulées par rapport à la migration des infirmières en régions rurales au Canada⁸.

Bon nombre d'articles et de rapports traitent de l'importance de l'analyse de la migration interprovinciale et, à un degré moindre, intraprovinciale de la population canadienne en général. Ces travaux portent par exemple sur l'examen d'ensembles de données spécialisées tirées des fichiers d'impôt²⁸ et des données de recensement^{29, 30, 31, 32, 33}. Vous trouverez à l'annexe B un résumé concernant la migration interne de la main-d'œuvre canadienne, à l'exclusion des dispensateurs de soins. Il comprend une brève analyse documentaire, de même que les calculs d'origine effectués à l'aide de certaines des données et méthodes sur lesquelles repose la présente série de rapports.

Les analyses sur les caractéristiques de la migration des ressources humaines de la santé du Canada sont absentes de la liste des publications dont il est question ci-dessus et même des bibliographies de leurs auteurs. La recherche de références sur la migration des ressources humaines de la santé, tant dans la littérature professionnelle que populaire, génère de nombreuses sources. Dans ces résultats toutefois, « migration » fait le plus souvent référence à l'immigration ou à l'émigration (c'est-à-dire la migration internationale) et « ressources humaines de la santé », aux médecins ou aux infirmières et rarement aux dentistes, aux pharmaciens, aux technologues de laboratoire médical ou aux physiothérapeutes, par exemple.

Dans de nombreuses sources d'information canadiennes, on associe généralement la migration des ressources humaines de la santé à l'exode des cerveaux vers les États-Unis. Bien que le volume des migrants internationaux ne soit pas sans conséquence, celui des migrants internes faisant partie des ressources humaines de la santé est de loin plus élevé, en particulier dans certaines provinces, certains territoires et certaines régions du pays. Les caractéristiques de la migration interne sont toutefois noyées dans les études portant sur la

migration de la population canadienne en général. Cela ne signifie pourtant pas qu'il n'existe aucune étude sur la migration des ressources humaines de la santé au Canada. Des articles portant sur les médecins^{34, 35, 36, iii} et sur les infirmières^{37, iv} ont paru à ce sujet dans des publications professionnelles et des rapports. Toutefois, en ce qui concerne les autres corps professionnels de la santé, la migration interne (et même la migration internationale), jugée importante, n'a jamais véritablement fait l'objet d'analyses approfondies^{38, 39, 40}.

Essentiellement, presque toutes les études sur la migration interne des ressources humaines de la santé au Canada portent sur la migration interprovinciale. Il existe très peu d'études sur les caractéristiques de la migration intraprovinciale ou sur des sujets précis tels que la migration du personnel de la santé entre les milieux urbains et ruraux.

Sans doute la migration est-elle, en ce qui touche les changements de population, la composante la plus difficile à profiler et à prévoir avec précision⁴¹. Toutefois, à l'heure actuelle, il est rare qu'on puisse modéliser et prévoir avec exactitude la migration des ressources humaines de la santé au Canada, car peu de travaux ont été réalisés jusqu'à maintenant à cet égard, en raison notamment du manque de précision des données. Plusieurs modèles de ressources humaines de la santé au Canada comprennent la migration^{42, 43} mais les données sur la mobilité sont rarement rendues publiques. Dans l'ensemble, la modélisation des ressources humaines de la santé semble connaître quelques difficultés au Canada. Un récent examen global de la capacité de modélisation du pays a permis de conclure, étant donnée l'ampleur des recherches sur les ressources humaines de la santé dans les universités, les instituts de recherche, les associations professionnelles et d'autres organismes du Canada, et du fait que la planification des ressources humaines de la santé soit en tête des priorités des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux du Canada, on peut qualifier de faible le nombre de modèles solides en matière de ressources humaines de la santé recensés et étudiés dans le rapport⁴⁴. Depuis la publication du rapport, toutefois, des progrès importants ont été réalisés au chapitre de la modélisation dans ce domaine.

Pour améliorer notre compréhension des caractéristiques et de l'importance de la migration des ressources humaines de la santé, nous devons exploiter pleinement les bases de données qui sont déjà à notre disposition et inclure dans nos analyses tous les corps professionnels de la santé, sans nous limiter aux médecins et aux infirmières. Le projet est conçu de façon à enrichir notre compréhension au moyen des données du recensement du Canada de Statistique Canada et, en particulier dans le cadre du présent rapport, de la Base de données médicales Scott's de l'ICIS pour les médecins.

iii. L'ICIS publie son rapport *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* tous les ans depuis 2000. On y trouve des données sur la migration et sur le nombre de médecins, par province et territoire, par spécialité, par groupe d'âge, par sexe, par lieu d'obtention du diplôme d'études médicales et par nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du diplôme, ainsi que les ratios médecins/population par province, par territoire et par spécialité.

iv. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés au Canada et Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada*, Ottawa, ICIS, 2005.

Structure du rapport

La présente étude vise, dans l'ensemble, à fournir une analyse empirique de la répartition et de la migration interne de certains dispensateurs de soins de santé au Canada. À certaines modifications près, s'il y a lieu, l'introduction, l'annexe A (« Notes méthodologiques »), l'annexe B (« Un bref résumé de la migration interne au Canada ») et l'annexe D (« Définitions de la Classification nationale des professions ») sont communes à tous les rapports de la présente série. La section principale du rapport porte sur la répartition géographique et les caractéristiques de la migration interne des médecins canadiens, particulièrement leurs mouvements à l'intérieur du Canada. Dans la mesure du possible, les caractéristiques de cette profession de la santé sont comparées aux caractéristiques spatiales et chronologiques de l'ensemble des professions non liées à la santé ou de la population générale. Comme l'indique l'annexe A, les professions et les caractéristiques de migration établies grâce au recensement ne touchent que les personnes de 15 ans et plus. Toutefois, la présente série de rapports traite principalement des dispensateurs de soins de santé de 20 ans et plus.

À propos du recensement :

La Classification type des professions de 1991 et la Classification nationale des professions — statistiques 2001 classent les médecins sous deux codes et rubriques : D011 Médecins spécialistes, et D012 Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale. Les définitions de la Classification nationale des professions de ces deux professions sont fournies à l'annexe D.

À propos de la BDMS (voir également l'annexe A) :

Les médecins de famille englobent les médecins qui ont obtenu la certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés. Les médecins spécialistes comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou par le Collège des médecins du Québec.

L'étude présente des résultats globaux pour tous les médecins ainsi que des résultats distincts pour les médecins en médecine familiale et les spécialistes (voir les notes méthodologiques, à l'annexe A, pour obtenir des renseignements relatifs à la liste de spécialistes non agréés de la BDMS).

Les quatre chapitres analytiques traitant précisément de la migration des médecins sont résumés ci-dessous. Il est à noter qu'aucun chapitre n'est consacré exclusivement à la répartition géographique. Tous les chapitres portant sur la migration présentent plutôt, s'il y a lieu, des éléments de la répartition spatiale des médecins au Canada.

Migration interne : un aperçu

Le premier chapitre du présent rapport porte sur l'analyse de la migration des médecins au Canada. Il offre un aperçu général des mouvements migratoires et fait état des nombres et des pourcentages pour :

- les populations cibles établies;
- la migration interprovinciale;
- la migration intraprovinciale;
- la migration entre milieu rural et urbain.

Depuis quelques années, le recensement de la population canadienne permet l'examen des tendances relatives à la migration sur des périodes de 1 an et de 5 ans. Toutefois, dans la série de rapports *Répartition et migration interne*, les données pour tous les groupes de professionnels de la santé n'étaient accessibles que pour des périodes de migration de 5 ans. Les périodes de migration de 5 ans, d'après les données de recensement, étaient les suivantes : 1986 à 1991, 1991 à 1996 et 1996 à 2001. Ces données ont été comparées à celles de la BDMS pour les mêmes périodes de migration de 5 ans dans le présent rapport. En outre, les tendances relatives à la migration sur des périodes de 1 an ont également été calculées au début et à la fin de 18 paires d'années de la BDMS, soit 1986-1987, 1987-1988, etc., jusqu'à 2003-2004.

En ce qui concerne la mobilité, le recensement de la population canadienne utilise les catégories et sous-catégories génériques suivantes :

Personne n'ayant pas déménagé :

- a) Vivait à la même adresse (il y a un an ou cinq ans).

Personne ayant déménagé :

- a) Non-migrant : vivait à une **adresse différente** dans la **même collectivité** (il y a un an ou cinq ans)
- b) Migrant interne intraprovincial : vivait dans une **collectivité différente** au sein de la **même province** ou du **même territoire** (il y a un an ou cinq ans);
- c) Migrant interne interprovincial : vivait dans une **province différente** ou un **territoire différent** (il y a un an ou cinq ans);
- d) Migrant international : vivait à **l'extérieur du Canada** (il y a un an ou cinq ans).

Dans ce système de classification, une « collectivité » correspond à l'unité géographique normalisée que Statistique Canada appelle « subdivision de recensement » ou « SDR » (voir les notes méthodologiques à l'annexe A). Si on utilise la BDMS pour examiner les tendances relatives à la migration chez les médecins du Canada, les personnes n'ayant pas déménagé englobent les deux premières catégories susmentionnées, soit celles qui vivaient à la même adresse un an ou cinq ans auparavant et celles qui vivaient à une adresse différente dans la même collectivité un an ou cinq ans auparavant. Toutes les autres catégories sont pareilles. Par ailleurs, le rapport fournit des analyses des mouvements migratoires entre régions urbaines et régions rurales, où « régions urbaines » désigne les régions métropolitaines de recensement (RMR) et les agglomérations de recensement (AR), et « régions rurales », les régions hors RMR et AR. Des définitions détaillées de ces régions géographiques sont fournies dans les notes méthodologiques (annexe A).

Déterminants de la migration

Dans cette étude, effectuer une requête dans les enregistrements de la BDMS revenait à poser à chaque médecin les trois questions ci-dessous pour l'année d'origine et l'année de destination de la migration.

- Avez-vous migré à l'intérieur du Canada?
- Avez-vous changé de province ou de territoire?
- Avez-vous changé de collectivité à l'intérieur de la même province ou du même territoire?

Les réponses « Oui » ou « Non » pouvaient être utilisées pour faire entrer un médecin dans la catégorie des non-migrants, des migrants (interprovinciaux ou intraprovinciaux), des migrants interprovinciaux ou migrants intraprovinciaux pour les diverses périodes de migration (c'est-à-dire les paires d'années de l'origine et de la destination).

Ces réponses binaires ont été utilisées comme variables dépendantes dans une série d'analyses de régression logistique multivariées. Les variables indépendantes prises en compte dans ces analyses étaient les descripteurs des médecins, soit l'âge, le sexe, la langue, la catégorie de médecin (médecin en médecine familiale ou spécialiste), le lieu de l'obtention du diplôme (diplômé d'une école de médecine canadienne ou étrangère) et le milieu où la pratique a été établie initialement (urbain ou rural). Tous ces descripteurs provenaient des enregistrements de la BDMS à l'année de l'origine de la migration pour chacun des médecins pris en compte dans les analyses.

L'analyse de régression logistique utilisée dans la présente section du rapport vise à fournir différents modèles descriptifs qui pourraient être utiles dans les analyses sur la migration. Prises individuellement, les variables indépendantes susmentionnées pourraient revêtir une très grande importance, par exemple en ce qui concerne la migration interprovinciale, mais une importance moindre en ce qui a trait aux mouvements intraprovinciaux. Aussi, comme le résultat d'un modèle de régression logistique multivarié est fondé sur l'interdépendance des variables indépendantes prises en compte dans une analyse, un paramètre qu'on croit susceptible d'exercer une influence pourrait bien n'en avoir aucune en raison de la présence ou de l'absence d'une autre caractéristique. Dans le rapport, l'utilisation de la série de modèles de régression logistique multivariés permet de prendre en compte l'interdépendance des variables indépendantes.

Le choix de migrer ou non résulte de nombreuses décisions difficiles, et les caractéristiques des migrants potentiels susceptibles d'influer sur ces décisions sont multiples. Des bases de données administratives telles que la BDMS fournissent un ensemble limité de variables susceptibles d'influer sur le processus décisionnel ou établissent une distinction entre migrants et non-migrants. À cette étape de l'étude, les modèles générés doivent être traités comme des modèles exploratoires.

Origines et destinations des migrants internes

Les mouvements migratoires indiquent les régions de l'origine et de la destination des migrants. La présente section du rapport s'intéresse aux mouvements interprovinciaux. Les principales destinations provinciales ou territoriales sont indiquées pour les médecins migrants interprovinciaux de chaque province ou territoire d'origine. Le nombre d'entrées et de sorties ainsi que les taux de migration nette sont fournis pour chacune des 18 périodes de migration de 1 an et des 3 périodes de migration de 5 ans prises en compte dans cette étude^v.

Le présent chapitre présente une analyse historique des ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants). Ces ratios sont fournis pour l'ensemble du Canada ainsi que pour chaque province et territoire. Les chiffres de population aux échelles nationale et provinciale ou territoriale proviennent des données démographiques publiées par Statistique Canada (voir l'annexe A pour obtenir des renseignements détaillés). Les ratios pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut sont pris en compte séparément ou ensemble, selon le cas.

Dans les études sur la population générale, la croissance démographique d'une province ou d'un territoire dépend des éléments suivants : l'accroissement naturel de la population (les naissances moins les décès), la migration interprovinciale nette (les entrées moins les sorties) et la migration internationale nette (le nombre d'immigrants moins le nombre d'émigrants). Les équivalents de ces composantes de la croissance ont été calculés afin de déterminer leurs effets sur les variations provinciales et territoriales des ratios de médecins par rapport à la population. Ces effets sont examinés pour les périodes de migration de 1 an de 1986-1987 jusqu'à 2003-2004.

Fréquence de la migration

Le dernier chapitre analytique du rapport examine brièvement certains des modes d'utilisation possibles de la BDMS lors de l'analyse de diverses mesures susceptibles de favoriser le recrutement et, surtout, le maintien en poste. La BDMS étant une base de données administratives, elle ne peut renseigner sur la multitude de facteurs de répulsion et d'attraction (d'ordre familial, communautaire et professionnel) qui influent sur la décision d'un médecin de migrer dans un lieu ou un milieu de pratique particulier ou d'y rester. En revanche, elle peut fournir de l'information sur les éléments ci-dessous, dont bon nombre sont interreliés.

- Quelle est la fréquence de migration d'un médecin à l'intérieur du Canada?
- À quel moment un médecin migre-t-il à l'intérieur du Canada une fois sa pratique établie dans un lieu ou un milieu particulier?
- Quelle est la durée de pratique des médecins dans le même lieu géographique?

v. Les résultats de ces analyses sont exclus des tableaux et des figures si le nombre de médecins migrants entrants ou sortants est inférieur à cinq. Cette règle d'exclusion a une incidence sur la plupart des périodes de migration de 1 an pour l'Île-du-Prince-Édouard et sur toutes les périodes de migration de 5 ans pour le Yukon. Voir la section « Respect de la vie privée et confidentialité » ainsi que le traitement des cellules de petite taille dans les notes méthodologiques, à l'annexe A.

Comme ce type d'analyse donne lieu à de nombreuses combinaisons et permutations possibles au moyen de la BDMS, le présent rapport propose un nombre restreint d'exemples. La migration interprovinciale permet d'illustrer des réponses aux deux premières questions, tandis que la troisième fait l'objet de l'analyse de la durée de la pratique.

Migration interne : aperçu

Populations cibles

La Base de données médicales Scott's (BDMS) est utilisée depuis les années 1970 entre autres par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, divers groupes d'intervenants médicaux, des organismes du secteur privé et des chercheurs à titre de source d'information sur le nombre de médecins, leur répartition et leur migration. Dans le cadre de la présente étude, laquelle est axée sur la mobilité interne des médecins canadiens de 1986 à 2004, la base de données doit son utilité à la longévité des séries de données. Divers sous-ensembles des enregistrements de la BDMS ont été employés. Les caractéristiques générales et les variations de ces sous-ensembles au cours de la période d'étude de 19 ans sont décrites ci-dessous.

Vous trouverez à l'annexe A l'information relative aux données contenues dans le recensement de la population de Statistique Canada.

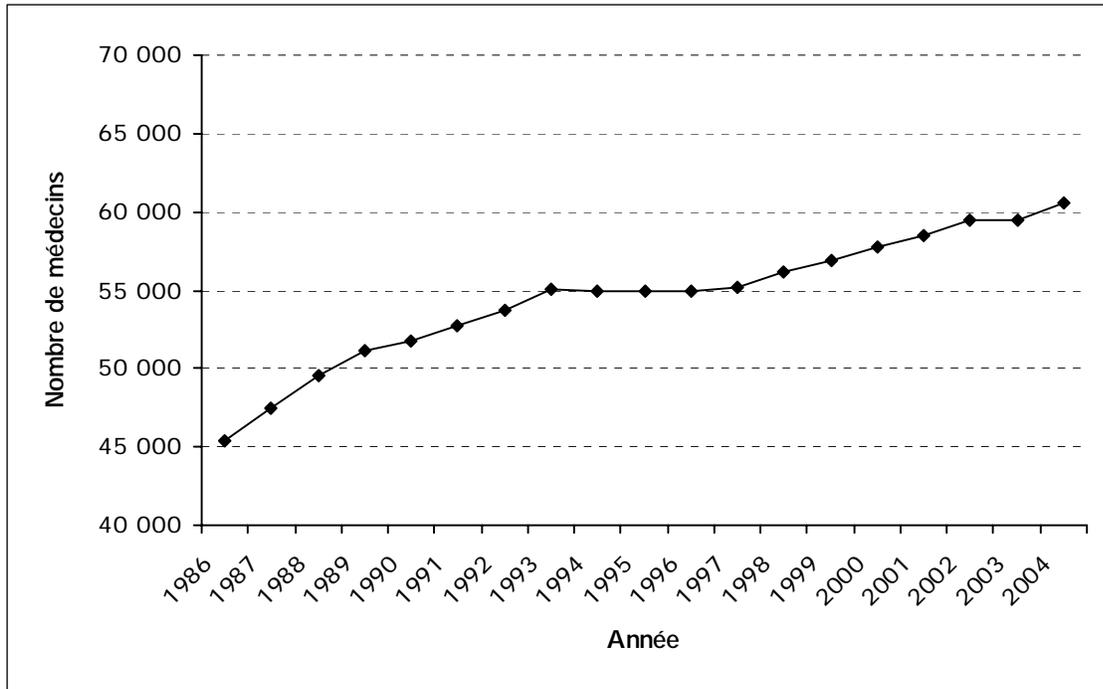
Médecins actifs

La BDMS définit comme « actifs » les médecins qui possèdent un doctorat en médecine (M.D.) et une adresse valide (le courrier qui leur est envoyé n'est pas retourné à l'expéditeur). Les médecins actifs englobent aussi ceux qui sont administrateurs ou professeurs à temps plein ou partiel et qui n'exercent pas nécessairement en milieu clinique. Des enregistrements de médecins ont été exclus des analyses au moyen de la méthodologie de non-publication de l'ICIS (voir les notes méthodologiques à l'annexe A).

La figure 1 illustre le nombre total de médecins actifs au Canada pour chacune des 19 années de la période étudiée. De 1986 à 2004, le nombre de médecins a augmenté, passant de 45 413 à 60 612, ce qui représente une hausse d'environ 33 %. Cependant, comme l'indique le plateau dans la courbe du graphique, l'augmentation n'a pas été constante du début à la fin de la période de référence. En effet, on a plutôt observé une augmentation de 21 % de 1986 à 1993, puis une très faible hausse de moins de 1 % à chacune des 5 années de 1993 à 1997. En fait, en 19 ans, le nombre de médecins a reculé deux fois, soit de 1993 à 1994, où il est passé de 55 029 à 54 937, et de 1995 à 1996 où il est passé de 54 940 à 54 918. Après 1997, le nombre de médecins a remonté, mais à un rythme plus lent, pour connaître une croissance d'un peu moins de 10 % de 1997 à 2004.

L'ensemble de la population canadienne, par comparaison avec les médecins, a crû de 22 % de 1986 à 2004. Au cours des périodes de variations décrites ci-dessus pour les médecins, la croissance de la population canadienne a connu les variations suivantes : 10 % de 1986 à 1993, 4 % de 1993 à 1997 et 7 % de 1997 à 2004. Tout au long du présent rapport, on établit des comparaisons entre le nombre de médecins et la population générale, particulièrement eu égard aux effets de la migration sur les ratios de médecins par rapport à la population.

Figure 1. Nombre total de médecins actifs au Canada de 1986 à 2004



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

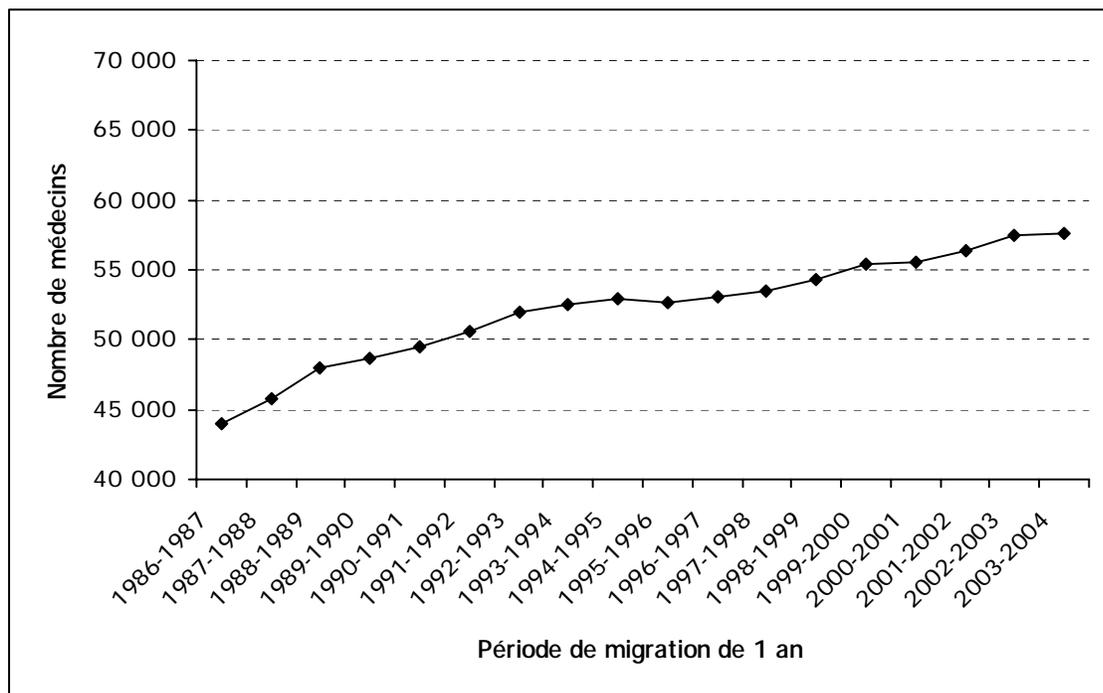
Source : BDMS, ICIS.

Migrants internes potentiels

Pour être considéré comme un migrant interne aux fins de la présente étude, un médecin devait être actif (selon la définition fournie ci-dessus) tant au début qu'à la fin de la période de migration. L'analyse porte sur deux types de période de migration : cinq ans et un an. Ainsi, le nombre de médecins qui étaient des candidats potentiels à la migration interne au cours des périodes de migration de 5 ans s'est chiffré comme suit : 39 582 de 1986 à 1991, 45 383 de 1991 à 1996 et 48 341 de 1996 à 2001.

La figure 2 fait état du nombre de médecins actifs tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an. Le nombre de médecins varie de 43 980 en 1986-1987 à 57 625 en 2003-2004. La baisse du taux de croissance du nombre total de médecins actifs au Canada entre 1993 et 1994, illustrée à la figure 1, se traduit par la diminution ou la stabilisation du nombre de migrants internes potentiels au milieu des années 1990 (figure 2). Pour ce sous-ensemble de la BDMS, le nombre de migrants internes potentiels a légèrement diminué, passant de 52 972 en 1994-1995 à 52 653 en 1995-1996.

Figure 2. Nombre total de médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

Comme le mentionne l'introduction, un certain nombre de caractéristiques relatives à la fréquence de la migration ont été examinées d'après divers sous-ensembles des enregistrements de la BDMS. Ces caractéristiques ont été dégagées d'après les 85 627 médecins actifs au cours d'au moins une des années d'étude entre 1986 et 2004. Par exemple, 25 105 médecins ont été actifs à chacune des 19 années de l'étude, tandis que 1 561 médecins n'ont pas été actifs au cours de la période de 1986 à 1990, mais l'ont été tout au long de la période de 1991 à 2004. Ces divers sous-ensembles ont été utilisés pour analyser des paramètres tels que la durée de pratique en milieu rural ou urbain ainsi que la fréquence et le moment de la migration interprovinciale^{vi} et intraprovinciale^{vi}.

vi. Dans le cadre du présent rapport, les termes « interprovincial » et « intraprovincial » sont utilisés dans un sens générique et englobent les mouvements à l'échelle provinciale et territoriale. Le terme « interprovincial » renvoie aux personnes qui migrent vers une autre province ou un autre territoire. Le terme « intraprovincial », quant à lui, renvoie aux migrants à l'intérieur de la même province ou du même territoire.

Composantes de la croissance de la BDMS

Les ratios de médecins par rapport à la population, utilisés avec prudence, peuvent renseigner sur les variations spatiales et temporelles des liens entre le nombre de médecins et celui de personnes dans la population générale. Dans l'étude, diverses composantes de la croissance démographique permettent d'explorer les effets de la migration sur ces ratios. Deux des composantes de la croissance employées dans cette étude sont les mêmes que celles utilisées dans des analyses démographiques courantes : la migration interprovinciale nette (la différence entre la migration d'entrée et la migration de sortie en raison des mouvements vers une autre province ou un autre territoire) et la migration internationale nette (la différence entre les entrées et les sorties attribuables aux arrivées au Canada et aux départs du Canada).

L'accroissement naturel de la population, soit la différence entre les naissances et les décès, constitue la troisième composante utilisée dans les études sur la croissance démographique. Dans la présente étude, ce paramètre est défini comme la perte nette ou le gain net de médecins attribuables à des facteurs autres que la migration interprovinciale ou internationale. Chaque année, de nombreux médecins non-migrants au Canada commencent ou cessent la pratique active pour plusieurs raisons : nouveaux diplômés commençant à peine à pratiquer, anciens médecins militaires commençant à pratiquer dans le civil ou inversement, début ou fin d'un congé sabbatique, semi-retraite ou autres formes d'absence, départ à la retraite, décès, etc. Les présentes analyses ne font pas état de ces raisons, mais plutôt de l'« accroissement naturel de la population » au sens de gains ou de pertes du « système ».

Les effets des composantes de la croissance de la main-d'œuvre chez les médecins du Canada ont été estimés pour les provinces et les territoires au moyen des périodes de migration de 1 an susmentionnées de 1986 à 2004.

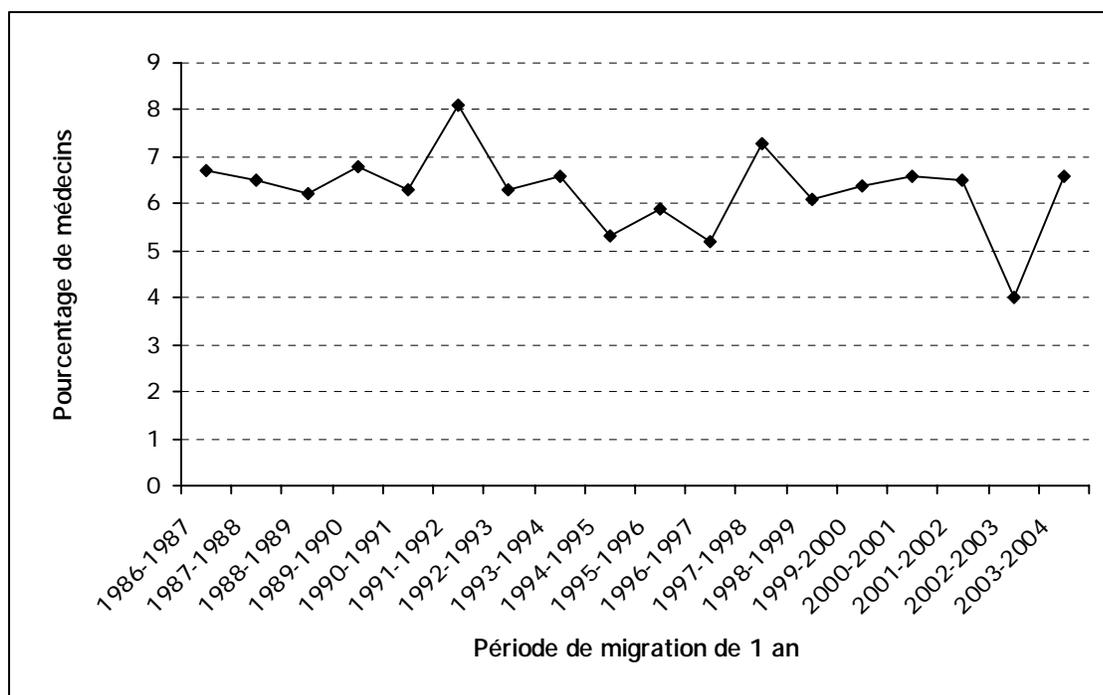
Migration interne globale

Des 39 582 médecins actifs tant en 1986 qu'en 1991, 17 % peuvent être considérés comme des migrants internes. Ces médecins ont migré soit vers une autre collectivité (migrants intraprovinciaux), soit vers une autre province ou un autre territoire (migrants interprovinciaux). La proportion de médecins considérés comme des migrants internes a augmenté, passant à un peu moins de 19 % au cours de la période de migration de 1991 à 1996, puis à environ 20 % de 1996 à 2001.

La figure 3 fait état des variations de la proportion de médecins actifs considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an, de 1986-1987 à 2003-2004. Chaque année, en moyenne, environ 6 % des médecins sont considérés comme des migrants intraprovinciaux ou interprovinciaux. Au cours de cette période, les taux les plus élevés ont atteint 8,1 % en 1991-1992, et 7,3 % en 1997-1998. La proportion de médecins migrants internes la plus faible (4,0 %) a été enregistrée au cours de la période de migration 2002-2003^{vii}.

vii. Il est à noter que les proportions pour les périodes de migration de 5 ans ne peuvent être établies uniquement en additionnant les pourcentages enregistrés lors des cinq périodes de migration de 1 an correspondantes. Pour ce faire, il aurait été nécessaire d'effectuer des calculs appelés « analyse de la survie », ce qui n'a pas été fait dans le cadre de cette étude.

Figure 3. Pourcentage des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants internes de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Migration interprovinciale

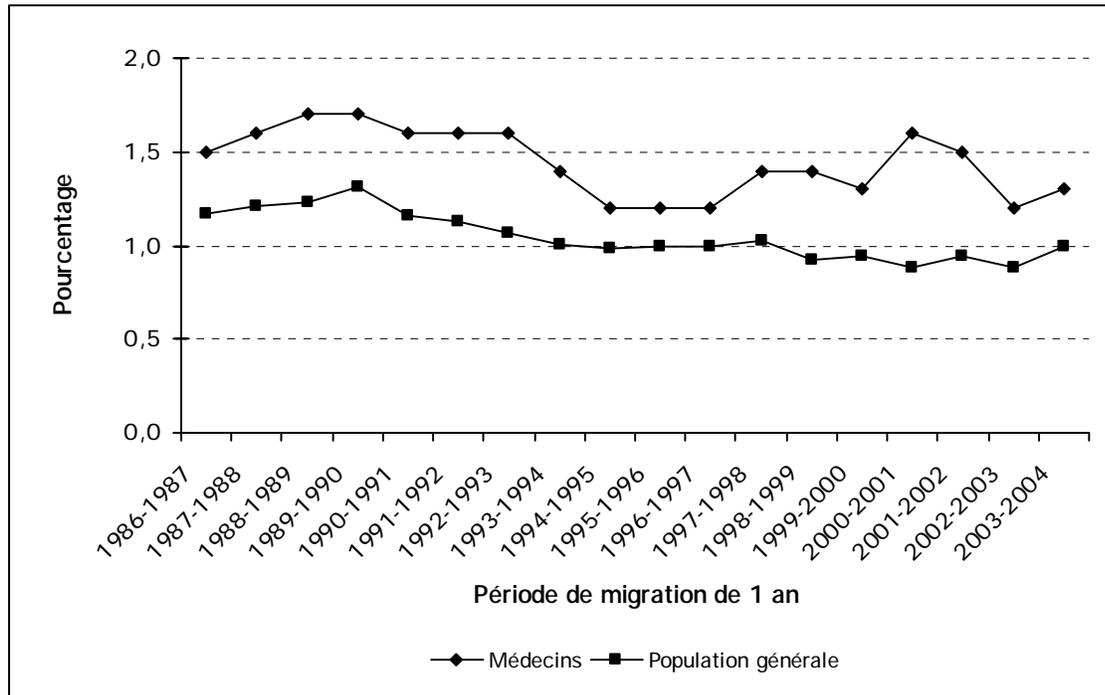
Les proportions de médecins actifs ayant migré vers une autre province ou un autre territoire étaient très similaires au cours de chacune des périodes de migration de 5 ans prises en compte dans l'étude. En effet, elles étaient toutes de l'ordre des 4 % : 4,1 % de 1986 à 1991, 4 % de 1991 à 1996 et 4,4 % de 1996 à 2001. Ces proportions pour les périodes de migration de 5 ans occultent toutefois considérablement les variations annuelles de la migration des médecins au Canada.

Il a été observé que « chaque année, de 1 à 2 % des médecins civils actifs du Canada (à l'exclusion des résidents) changent de province ou de territoire⁴⁵ ». La figure 4 montre les variations annuelles de 1986 à 2004. Au cours de ces 18 périodes de migration de 1 an, le pourcentage moyen se chiffrait à 1,4 %, variant entre 1,7 et 1,2 %. Comme le montre la figure, les taux de migration interprovinciale étaient relativement élevés au cours des années 1980, puis ils ont diminué au cours des années 1990, pour remonter au début des années 2000 et de reculer de nouveau au cours de la période de migration de 2002 à 2003.

De nombreuses raisons expliquent les variations des taux de migration interprovinciale. Le chapitre suivant examine quelques-unes des caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins qui influent sur la migration.

La figure 4 fait également état des pourcentages des migrants interprovinciaux au sein de la population générale au cours de la même période. Le graphique indique les proportions, généralement décroissantes, de migrants interprovinciaux dans la population générale. L'utilisation de sources de données différentes donne lieu à une observation similaire²⁹. En effet, la figure 4 indique que la migration interprovinciale a été plus grande chez les médecins que dans la population générale au cours de cette période. La moyenne des 18 périodes de migration de 1 an s'est établie à 1,1 % dans la population générale, contre 1,4 % chez les médecins du Canada. L'écart entre ces pourcentages s'est atténué autour des périodes 1993-1994 et 1996-1997, mais s'est de nouveau accru vers la fin des années 1990 et le début des années 2000. Il est à noter que les données sur la population générale utilisées dans la figure 4 portent sur un spectre plus large de groupes d'âges et de niveaux de scolarité que dans le cas des médecins. Or ces deux facteurs influent considérablement sur la mobilité.

Figure 4. Pourcentage, par rapport à celui de la population générale, des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants interprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004



Sources : BDMS, ICIS; Statistiques démographiques annuelles, Statistique Canada.

Migration intraprovinciale

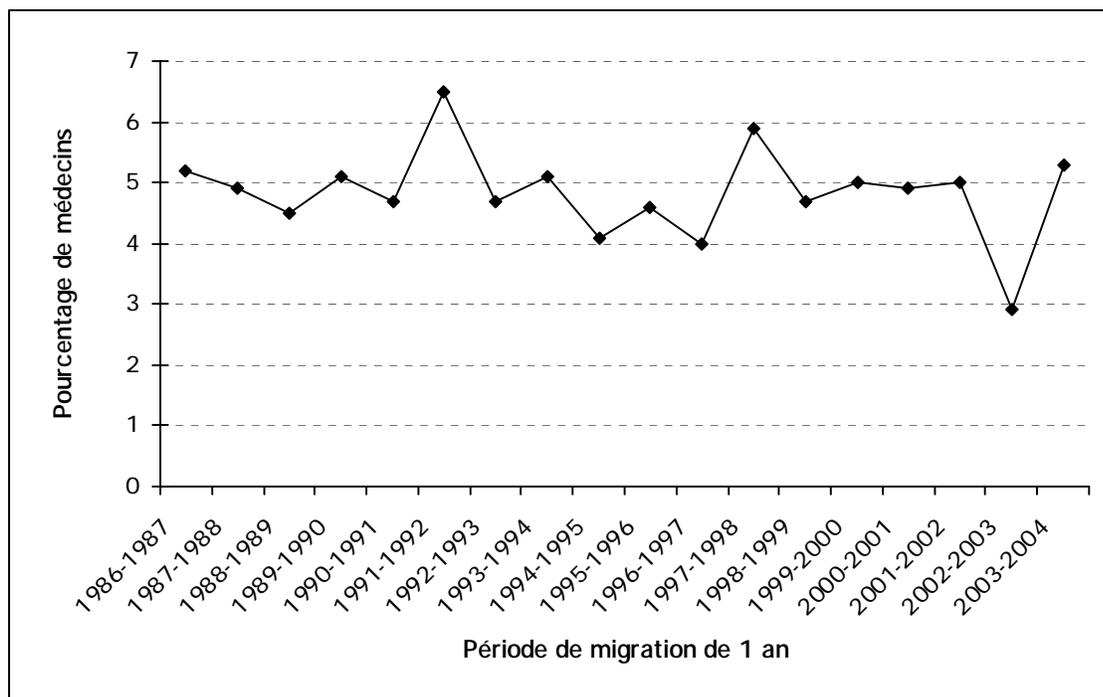
Les gains et les pertes de médecins enregistrés par les provinces et les territoires se reflètent dans les taux de migration interprovinciale. Or les gains et les pertes enregistrés par les collectivités sont tout aussi importants. D'une perspective globale, dans chaque province, les mouvements intraprovinciaux reflètent ces pertes et gains dans les collectivités.

La proportion de médecins actifs ayant changé de collectivité à l'intérieur de la même province ou du même territoire s'est accrue au cours des périodes de migration de cinq années sélectionnées dans le cadre de l'étude. Au cours de la période de 1986 à 1991, tant au début qu'à la fin de la période, 13,1 % des médecins actifs étaient des migrants intraprovinciaux. Cette proportion est passée à 14,5 % au cours de la période de migration de 1991 à 1996, puis à 15,1 % de 1996 à 2001.

Chaque année, de 1996 à 2004, près de 5 % des médecins actifs ont changé de collectivité. La figure 5 fait état des variations de la proportion de médecins migrants intraprovinciaux. Ces proportions ont atteint des sommets au cours des périodes 1991-1992 (6,5 %) et 1997-1998 (5,9 %). La proportion de migrants intraprovinciaux la plus faible a été enregistrée en 2002-2003, où à peine 2,9 % des médecins actifs ont migré vers une autre collectivité.

Au moment où a été menée la présente analyse, on ne disposait pas de chiffres sur la mobilité intraprovinciale pour des périodes de migration de 1 an dans la population générale (équivalents à ceux indiqués dans la figure 4 pour les migrants interprovinciaux), de sorte qu'on n'a pu établir de comparaisons avec les médecins.

Figure 5. Pourcentage des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants intraprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Migration urbaine et rurale^{viii}

On dispose de peu de données sur le détail des mouvements des Canadiens entre les milieux urbain et rural au pays^{46, 47}. Par ailleurs, il existe également peu d'information sur les mouvements à l'échelle nationale ou provinciale ou territoriale des médecins. Les travaux récents des analystes de Statistique Canada^{30, 31} sont venus combler, dans une certaine mesure, le manque de données à ce sujet pour la population canadienne générale (citoyens de 15 ans et plus). En se basant sur la méthodologie de Statistique Canada, l'ICIS a entrepris des analyses similaires sur les médecins canadiens.

Le tableau 1 indique, pour les périodes de migration de 5 ans prises en compte dans le cadre de l'étude, le nombre de médecins ayant migré entre les grands centres urbains et les régions rurales et les petites villes du pays. Les chiffres sur la migration nette vers des régions rurales et les taux de migration vers des régions rurales et en provenance des régions urbaines au cours de ces périodes de migration y sont également indiqués.

Au cours de la période de 1986 à 1991, les régions rurales du Canada ont accusé une perte nette de 366 médecins actifs. La perte nette de médecins dans les régions rurales a diminué au cours de la période de migration de 1991 à 1996, mais a remonté de 1996 à 2001. Les taux de migration nette vers des régions rurales se sont chiffrés à -9,4 %, -4,1 % et -8,3 % au cours des périodes de migration de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001 respectivement. Comme le montre le tableau 1, les taux de migration nette vers des régions urbaines au cours des mêmes périodes de migration de 5 ans étaient positifs (c'est-à-dire que les régions urbaines canadiennes ont enregistré des gains nets du nombre de médecins), mais inférieurs en chiffres absolus en raison du nombre global supérieur de médecins pratiquant en milieu urbain au Canada.

En comparaison, dans les régions rurales, la population générale a subi de faibles pertes proportionnelles au cours de la période de 1986 à 1991 et enregistré un taux de migration nette positif de 1,4 % au cours de la période de 1991 à 1996. Les fluctuations entre les taux négatifs et positifs de migration nette vers des régions rurales semblent être plus courantes dans la population générale que chez les médecins.

viii. Dans cette section du rapport, les expressions « régions rurales » et « régions rurales et petites villes » ainsi que « régions urbaines » et « grands centres urbains » sont utilisées de manière interchangeable.

Tableau 1. Migration des médecins actifs au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans entre les régions urbaines et les régions rurales en 1986-1991, 1991-1996 et 1996-2001

Nombre de migrants et taux de migration	Périodes de migration selon les recensements		
	1986-1991	1991-1996	1996-2001
Personnes n'ayant pas déménagé (nombre)			
Régions rurales	3 092	3 399	3 673
Régions urbaines	35 290	40 513	43 023
Migrants internes (nombre)			
Régions rurales vers régions urbaines	783	821	1 017
Régions urbaines vers régions rurales	417	650	628
Total de la migration nette vers les régions rurales	-366	-171	-389
Taux de migration (%)			
Régions rurales			
Taux de migration d'entrée	10,8	15,4	13,4
Taux de migration de sortie	20,2	19,5	21,7
Taux de migration nette	-9,4	-4,1	-8,3
Régions urbaines			
Taux de migration d'entrée	2,2	2,0	2,3
Taux de migration de sortie	1,2	1,6	1,4
Taux de migration nette	1,0	0,4	0,9

Remarques :

Taux de migration d'entrée dans les régions rurales = (Régions urbaines vers régions rurales) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions rurales) + (Régions rurales vers régions urbaines) * 100

Taux de migration de sortie dans les régions rurales = (Régions rurales vers régions urbaines) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions rurales) + (Régions rurales vers régions urbaines) * 100

Taux de migration d'entrée dans les régions urbaines = (Régions rurales vers régions urbaines) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions urbaines) + (Régions urbaines vers régions rurales) * 100

Taux de migration de sortie dans les régions urbaines = (Régions urbaines vers régions rurales) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions urbaines) + (Régions urbaines vers régions rurales) * 100

Source : BDMS, ICIS.

Tableau 2. Migration entre les régions urbaines et les régions rurales de la population générale (citoyens de 15 ans et plus) au Canada tant à la fin qu'au début des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001

Nombre de migrants et taux de migration	Périodes de migration selon les recensements		
	1986-1991	1991-1996	1996-2001
Personnes n'ayant pas déménagé (nombre)			
Régions rurales	4 663 105	4 907 775	4 839 030
Régions urbaines	16 492 170	17 715 775	19 058 385
Migrants internes (nombre)			
Régions rurales vers régions urbaines	554 515	469 990	545 435
Régions urbaines vers régions rurales	552 465	545 675	498 540
Total de la migration nette vers les régions rurales	-2 050	75 685	-46 895
Taux de migration (%)			
Régions rurales			
Taux de migration d'entrée	10,6	10,1	9,3
Taux de migration de sortie	10,6	8,7	10,1
Taux de migration nette	-0,0	1,4	-0,9
Régions urbaines			
Taux de migration d'entrée	3,3	2,6	2,8
Taux de migration de sortie	3,3	3,0	2,5
Taux de migration nette	0,0	-0,4	0,2

Remarques :

Taux de migration d'entrée dans les régions rurales = (Régions urbaines vers régions rurales) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions rurales) + (Régions rurales vers régions urbaines) * 100

Taux de migration de sortie dans les régions rurales = (Régions rurales vers régions urbaines) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions rurales) + (Régions rurales vers régions urbaines) * 100

Taux de migration d'entrée dans les régions urbaines = (Régions rurales vers régions urbaines) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions urbaines) + (Régions urbaines vers régions rurales) * 100

Taux de migration de sortie dans les régions urbaines = (Régions urbaines vers régions rurales) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions urbaines) + (Régions urbaines vers régions rurales) * 100

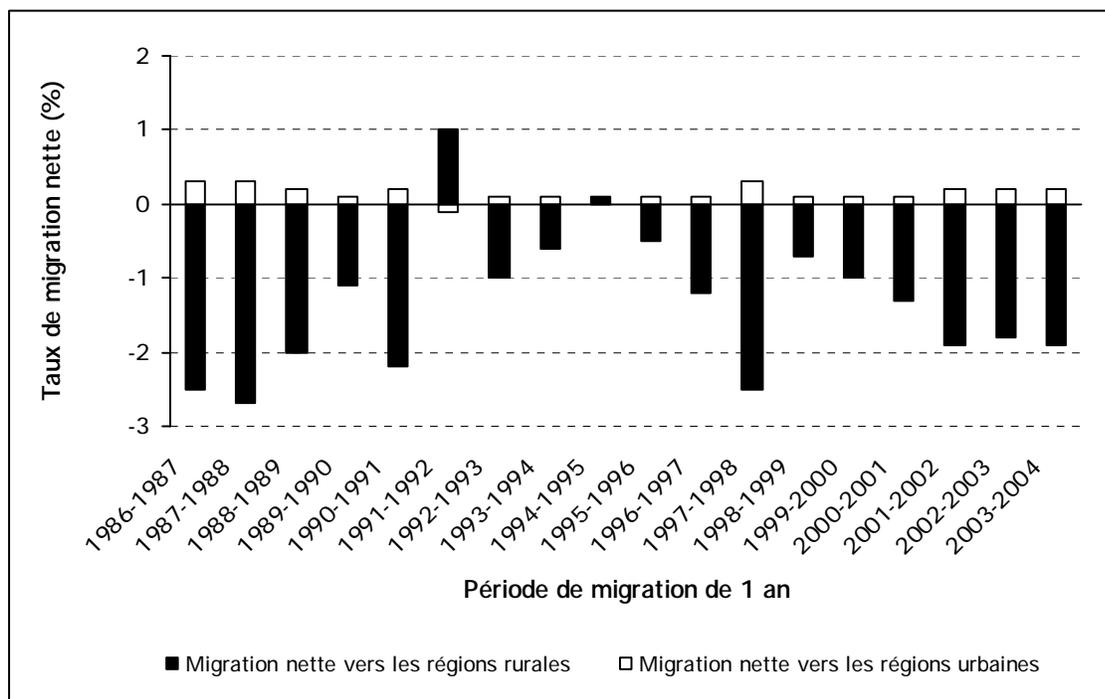
Source : Statistique Canada, recensements de la population de 1991, 1996 et 2001.

La figure 6 montre les variations des taux de migration nette au cours des périodes de 1 an chez les médecins entre les régions urbaines et rurales du Canada. Au cours des 19 années de 1986 à 2004, le taux moyen de migration nette vers les régions rurales s'est chiffré à -1,3 %, contre en moyenne 0,1 % vers les régions urbaines.

Proportionnellement, les plus grandes pertes de médecins en milieu rural au Canada ont été enregistrées au cours de la période de migration 1987-1988, où le taux de migration nette vers les régions rurales s'est établi à -2,7 %. Les régions rurales ont également accusé des taux négatifs similaires en 1986-1987 (-2,5 %) ainsi qu'en 1997-1998 (-2,5 %). De façon générale, les pertes nettes de médecins dans les régions rurales ont été relativement élevées de 1986 à 1991, ont diminué au début des années 1990, mais ont remonté de 1995 à 1998. Les pertes nettes dans les régions rurales ont également augmenté de 1998 à 2004. On observe les tendances inverses dans les régions urbaines.

Au cours de cette période de 19 années, deux fois seulement le nombre de médecins entrants a été supérieur au nombre de médecins sortants. Le taux de migration nette positif vers les régions urbaines le plus élevé (1 %) a été enregistré au cours de la période de migration 1992-1993. Les régions rurales ont également affiché un taux de migration nette positif, bien que relativement bas (0,1 %), de 1994 à 1995.

Figure 6. Taux de migration nette vers les régions urbaines et les régions rurales chez les médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Déterminants de la migration

Le choix de migrer ou non résulte de nombreuses décisions difficiles, et les facteurs pouvant les influencer sont multiples. Des bases de données administratives telles que la BDMS fournissent un groupe limité de variables susceptibles d'influer sur la décision ou de distinguer migrants et non-migrants. Dans la présente section du rapport, une série d'analyses de régression logistique binaires sont entreprises afin de fournir un certain nombre de modèles descriptifs susceptibles d'être utiles dans les analyses de migration des médecins au Canada. De plus, en complément des analyses de régression, on présente des descriptions temporelles et géographiques de cette main-d'œuvre au moyen de chacune des variables appliquées dans les modèles. L'objectif est de déterminer ce que la BDMS, par sa nature même, peut nous apprendre sur les facteurs de migration interne. Aucune autre donnée n'est présentée.

Analyses de régression logistique

Au cours de la réalisation des modèles de régression logistique, trois variables dépendantes distinctes ont été élaborées pour chacune des trois périodes de migration de 5 ans (1986 à 1991, 1991 à 1996 et 1996 à 2001) et des 18 périodes de migration de 1 an (1986-1987 à 2003-2004) prises en compte dans l'étude. Pour les trois variables dépendantes, les réponses « Oui » ou « Non » (1 ou 0) ont été codées en interrogeant les enregistrements de la BDMS au moyen de mots clés qui revenaient à poser les questions suivantes à chaque médecin actif :

- Avez-vous migré à l'intérieur du Canada?
- Avez-vous changé de province ou de territoire?
- Avez-vous changé de collectivité dans la même province ou le même territoire?

Sont énumérés ci-dessous les variables indépendantes (soit les déterminants ou les facteurs susceptibles d'influer sur la tendance à migrer) et, pour ceux que les chiffres intéressent, les systèmes de codification utilisés dans les modèles de régression. Il est à noter que toutes ces variables indépendantes ont été prises en compte à partir de la première année de la période de migration, soit l'année de début. Elles sont toutes présentées sous la forme d'une catégorie et, à l'exception de la variable de l'âge, la première catégorie a servi de référence dans les analyses.

- Âge : 0 = de 20 à 29 ans, 1 = de 30 à 39 ans, 2 = de 40 à 49 ans, 3 = de 50 à 59 ans et 4 = 60 ans et plus; le groupe de 60 ans et plus a servi de catégorie de référence.
- Sexe : 0 = masculin, 1 = féminin.
- Langue : 0 = anglais, 1 = français.
- catégorie de médecins (regroupement général) : 0 = médecin en médecine familiale, 1 = spécialiste) (voir la méthodologie de la BDMS pour obtenir les définitions).
- Lieu d'obtention du diplôme (initial de médecine) : 0 = diplômé d'une école de médecine canadienne, 1 = diplômé d'une école de médecine étrangère (c'est-à-dire un diplômé international en médecine ou DIM).
- Lieu de pratique initial (région urbaine ou rurale) : 0 = région urbaine (grand centre urbain), 1 = région rurale (région rurale ou petite ville).

Les tableaux 3 (migration interne en général), 4 (migration interprovinciale) et 5 (migration intraprovinciale) présentent les résultats issus des analyses de régression logistique pour les périodes de migration de 5 ans. Pour chacune des trois périodes de migration, ces tableaux présentent les rapports de cotes (c'est-à-dire la probabilité de migration relative) de chacune des variables indépendantes ainsi que les intervalles de confiance de 95 % et la signification sur le plan statistique (p) des rapports de cotes. Les résultats pour les périodes de migration de 1 an sont examinés sous la rubrique correspondant à chacune des variables descriptives.

Pour interpréter les résultats, généralement pour chaque descripteur, si un rapport de cote est supérieur à 1 et si les limites de confiance inférieure et supérieure sont également supérieures à 1, les médecins de la catégorie dont il est question sont donc plus susceptibles de migrer que ceux de la catégorie de référence. À l'inverse, si un rapport de cote est inférieur à 1 et si les limites de confiance inférieure et supérieure sont également inférieures à 1, les médecins de la catégorie descriptive en question sont moins enclins à migrer que ceux de la catégorie de référence respective. Si, pour l'un ou l'autre descripteur, la limite de confiance inférieure est de moins de 1 et si la limite supérieure est au-dessus de 1, la différence dans la probabilité de migrer entre les médecins de cette catégorie et ceux de la catégorie de référence n'est pas considérée comme significative sur le plan statistique, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de différence significative.

Migration interne globale

Voici certains des points saillants des analyses de régression logistique (tableau 3) sur la migration interne globale (interprovinciale ou intraprovinciale) :

- Au cours de chacune des trois périodes de migration de 5 ans, les jeunes médecins étaient plus susceptibles de migrer que leurs confrères plus âgés. Toutefois, et nous reviendrons sur ce point plus loin, l'âge moyen des médecins migrants à l'intérieur du Canada augmente.
- Les médecins de sexe féminin étaient plus susceptibles que leurs confrères masculins de migrer au cours de la période de 1986 à 1991, mais non au cours des périodes de 1991 à 1996 et 1996 à 2001.
- Les médecins francophones étaient 1,65 fois plus susceptibles que leurs confrères anglophones de migrer au cours de la période de 1986 à 1991. Cette tendance accrue des médecins francophones à migrer s'est maintenue au cours des deux périodes de 5 ans suivantes, mais les rapports de cotes étaient inférieurs.
- Les spécialistes étaient plus enclins à migrer que les médecins de famille au cours de la période de 1986 à 1991, mais aucune différence significative n'a été observée entre ces deux grandes catégories de médecins au cours des deux périodes de 5 ans suivantes.
- Au cours de toutes les périodes de migration de 5 ans, les rapports de cotes présentés dans le tableau 3 semblent indiquer que les médecins diplômés d'une école de médecine étrangère étaient plus susceptibles de migrer que leurs confrères formés au Canada. Cependant, le graphique représentant les proportions de migration des diplômés internationaux en médecine et des médecins formés au Canada, plus loin dans le présent chapitre (figure 24), indique le contraire. Cette contradiction apparente est mise en évidence à l'analyse des figures 22 et 24.

- Au cours de la période de 1986 à 1991, les médecins pratiquant en milieu rural étaient 1,89 fois plus enclins à migrer que leurs confrères exerçant en milieu urbain; par ailleurs, la probabilité de migration des premiers (par comparaison aux seconds) s'est accrue, passant respectivement à 2,53 et à 2,79 au cours des périodes de 1991 à 1996 et 1996 à 2001.

Tableau 3. Facteurs de mobilité sélectionnés des médecins actifs considérés comme des migrants internes au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans, de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001

Descripteurs au début de la période de migration	Périodes de migration de 5 ans								
	1986-1991			1991-1996			1996-2001		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	p	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	p	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	p
Groupes d'âges									
De 20 à 29 ans	6,32	5,50 - 7,26	0,000	5,92	5,24 - 6,68	0,000	6,46	5,64 - 7,39	0,000
De 30 à 39 ans	2,58	2,30 - 2,88	0,000	2,04	1,85 - 2,25	0,000	2,49	2,27 - 2,73	0,000
De 40 à 49 ans	1,22	1,09 - 1,38	0,001	0,90	0,81 - 0,99	0,000	1,15	1,05 - 1,26	0,003
De 50 à 59 ans	0,92	0,81 - 1,05	0,210	0,75	0,67 - 0,84	0,034	0,89	0,81 - 0,99	0,023
60 ans et plus	1,00			1,00			1,00		
Sexe									
Homme	1,00			1,00			1,00		
Femme	1,16	1,09 - 1,24	0,000	1,04	0,98 - 1,10	0,227	1,02	0,97 - 1,08	0,440
Langue									
Anglais	1,00			1,00			1,00		
Français	1,65	1,55 - 1,76	0,000	1,35	1,28 - 1,43	0,000	1,42	1,35 - 1,50	0,000
Catégorie de médecin									
Omnipraticien/ médecin de famille	1,00			1,00			1,00		
Spécialiste	1,20	1,13 - 1,27	0,000	0,95	0,90 - 1,01	0,082	1,02	0,97 - 1,07	0,426
Lieu d'obtention du diplôme									
Canada	1,00			1,00			1,00		
À l'étranger	1,29	1,20 - 1,38	0,000	1,30	1,22 - 1,39	0,000	1,39	1,31 - 1,48	0,000
Pratique en milieu rural?									
Non	1,00			1,00			1,00		
Oui	1,89	1,74 - 2,05	0,000	2,53	2,35 - 2,73	0,000	2,79	2,60 - 2,99	0,000

Remarques :

Le premier élément (rapport de cote = 1,00) de chaque descripteur des médecins, autre que l'âge, correspond à la catégorie de référence.

Le dernier élément (rapport de cote = 1,00) correspond à la catégorie de référence de la variable de l'âge.

Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : SMDB, CIHI.

Migration interprovinciale

Voici certains des points saillants des résultats des analyses de régression logistique (tableau 4) sur la migration interprovinciale. Ces analyses ne tiennent pas compte des migrants intraprovinciaux :

- Au cours de chacune des trois périodes de migration de 5 ans, les jeunes médecins étaient plus enclins que leurs confrères plus âgés à changer de province ou de territoire. Toutefois, comme on le verra plus loin, l'âge moyen des médecins migrants interprovinciaux au Canada augmente.
- Au cours de ces périodes de migration de 5 ans, aucune différence significative n'a été observée entre les médecins de sexe féminin et masculin en ce qui concerne la probabilité de migration vers une autre province ou un autre territoire.
- Au cours des trois périodes de migration de 5 ans, les médecins francophones étaient moins susceptibles que leurs confrères anglophones de changer de province ou de territoire.
- Surtout au cours de la période de migration de 1996 à 2001, les médecins spécialistes étaient plus enclins que les médecins en médecine familiale à migrer vers une autre province ou un autre territoire.
- Au cours des trois périodes de migration de 5 ans, les DIM étaient plus susceptibles que leurs confrères formés au Canada de migrer vers une autre province ou un autre territoire. Les rapports de cotes des DIM sont passés de 1,54 au cours de la période de 1986 à 1991 à 2,19 au cours de la période 1996 à 2001.
- Au cours de la période de 1986 à 1991, les médecins pratiquant en milieu rural étaient 1,94 fois plus enclins que leurs confrères exerçant en milieu urbain à migrer vers une autre province ou un autre territoire; par ailleurs, la probabilité de migration des premiers (par comparaison aux seconds) s'est accrue, passant respectivement à 2,61 et à 2,51 au cours des périodes de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001 respectivement.

Tableau 4. Facteurs de mobilité sélectionnés des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001

Descripteurs au début de la période de migration	Périodes de migration de 5 ans								
	1986-1991			1991-1996			1996-2001		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	p	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	p	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	p
Groupes d'âges									
De 20 à 29 ans	13,46	9,85 - 18,39	0,000	18,33	13,36 - 25,15	0,000	17,21	13,04 - 22,72	0,000
De 30 à 39 ans	5,35	4,04 - 7,10	0,000	6,98	5,21 - 9,37	0,000	6,75	5,35 - 8,52	0,000
De 40 à 49 ans	1,98	1,47 - 2,65	0,000	2,28	1,69 - 3,09	0,000	2,48	1,96 - 3,13	0,000
De 50 à 59 ans	1,33	0,97 - 1,83	0,073	1,53	1,11 - 2,12	0,010	1,45	1,12 - 1,87	0,004
60 ans et plus	1,00			1,00			1,00		
Sexe									
Homme	1,00			1,00			1,00		
Femme	1,04	0,92 - 1,18	0,512	0,93	0,83 - 1,04	0,196	0,98	0,89 - 1,08	0,675
Langue									
Anglais	1,00			1,00			1,00		
Français	0,28	0,23 - 0,33	0,000	0,22	0,18 - 0,26	0,000	0,30	0,26 - 0,36	0,000
Catégorie de médecin									
Omnipraticien/ médecin de famille	1,00			1,00			1,00		
Spécialiste	1,14	1,26 - 1,58	0,000	1,15	1,03 - 1,28	0,014	1,56	1,41 - 1,72	0,000
Lieu d'obtention du diplôme									
Canada	1,00			1,00			1,00		
À l'étranger	1,54	1,36 - 1,73	0,000	1,84	1,63 - 2,07	0,000	2,19	1,97 - 2,44	0,000
Pratique en milieu rural?									
Non	1,00			1,00			1,00		
Oui	1,94	1,66 - 2,27	0,000	2,61	2,26 - 3,01	0,000	2,51	2,19 - 2,88	0,000

Remarques :

Le premier élément (rapport de cote = 1,00) de chaque caractéristique de médecins, autre que l'âge, correspond à la catégorie de référence.

Le dernier élément (rapport de cote = 1,00) correspond à la catégorie de référence pour la variable de l'âge.

Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

Migration intraprovinciale

Voici certains des points saillants des résultats des analyses de régression logistique (tableau 5) sur la migration intraprovinciale. Les migrants interprovinciaux n'ont pas été pris en compte dans ces analyses :

- Au cours de chacune des trois périodes de migration de 5 ans, les jeunes médecins étaient plus enclins que leurs confrères plus âgés à migrer vers une autre collectivité. Toutefois, comme on le verra plus loin, l'âge moyen des médecins migrants intraprovinciaux au Canada augmente.
- Les médecins de sexe féminin étaient légèrement plus susceptibles que leurs confrères masculins de migrer à l'intérieur de leur province ou de leur territoire au cours de la période de 1986 à 1991, mais l'étaient un peu moins au cours de celle de 1991 à 1996; aucune différence significative n'a été observée de 1996 à 2001.
- Au cours de la période de 1986 à 1991, les médecins francophones étaient 2,28 fois plus susceptibles que leurs confrères anglophones de changer de collectivité (à l'intérieur de la même province ou du même territoire). Cette tendance accrue des médecins francophones à changer de collectivité s'est maintenue au cours des périodes de migration de 5 ans suivantes, mais les rapports de cotes étaient inférieurs.
- Au cours de la période de migration de 1986 à 1991, les spécialistes étaient légèrement plus enclins que les médecins de famille à changer de collectivité. Toutefois, au cours des périodes de migration de 5 ans suivantes, l'inverse s'est produit : les spécialistes étaient moins susceptibles que les médecins de famille de changer de collectivité.
- Au cours de chacune des trois périodes de migration de 5 ans, les rapports de cotes présentés dans le tableau 5 semblent indiquer que les DIM étaient plus enclins que les médecins formés au Canada à migrer à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire.
- Au cours de la période de 1986 à 1991, les médecins pratiquant en milieu rural étaient 1,88 fois plus susceptibles que leurs confrères exerçant en milieu urbain de changer de collectivité; par ailleurs, la probabilité que les premiers migrent à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire (par rapport aux seconds) s'est accrue, passant respectivement à 2,50 et à 2,83 au cours des périodes de 1991 à 1996 et de 1996-2001.

Tableau 5. Facteurs de mobilité sélectionnés des médecins actifs considérés comme des migrants intraprovinciaux au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001

Descripteurs au début de la période de migration	Périodes de migration de 5 ans								
	1986-1991			1991-1996			1996-2001		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	p	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	p	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	p
Groupes d'âges									
De 20 à 29 ans	4,81	4,13 - 5,59	0,000	4,40	3,86 - 5,00	0,000	4,65	4,02 - 5,39	0,000
De 30 à 39 ans	2,09	1,85 - 2,36	0,000	1,59	1,44 - 1,76	0,000	1,91	1,73 - 2,11	0,000
De 40 à 49 ans	1,10	0,97 - 1,26	0,131	0,78	0,70 - 0,87	0,000	0,97	0,88 - 1,07	0,533
De 50 à 59 ans	0,86	0,75 - 0,99	0,033	0,69	0,62 - 0,78	0,000	0,82	0,74 - 0,91	0,000
60 ans et plus	1,00			1,00			1,00		
Sexe									
Homme	1,00			1,00			1,00		
Femme	1,20	1,11 - 1,29	0,000	1,07	1,00 - 1,14	0,038	1,04	0,98 - 1,10	0,172
Langue									
Anglais	1,00			1,00			1,00		
Français	2,28	2,14 - 2,44	0,000	1,76	1,66 - 1,87	0,000	1,83	1,73 - 1,94	0,000
Catégorie de médecin									
Omnipraticien/ médecin de famille	1,00			1,00			1,00		
Spécialiste	1,13	1,06 - 1,21	0,000	0,90	0,85 - 0,95	0,000	0,90	0,85 - 0,95	0,000
Lieu d'obtention du diplôme									
Canada	1,00			1,00			1,00		
À l'étranger	1,23	1,13 - 1,33	0,000	1,20	1,12 - 1,29	0,000	1,22	1,14 - 1,31	0,000
Pratique en milieu rural?									
Non	1,00			1,00			1,00		
Oui	1,88	1,71 - 2,05	0,000	2,50	2,31 - 2,71	0,000	2,83	2,63 - 3,05	0,000

Remarques :

Le premier élément (rapport de cote = 1,00) de chaque descripteur des médecins, autre que l'âge, correspond à la catégorie de référence.

Le dernier élément (rapport de cote = 1,00) correspond à la catégorie de référence pour la variable de l'âge.

Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

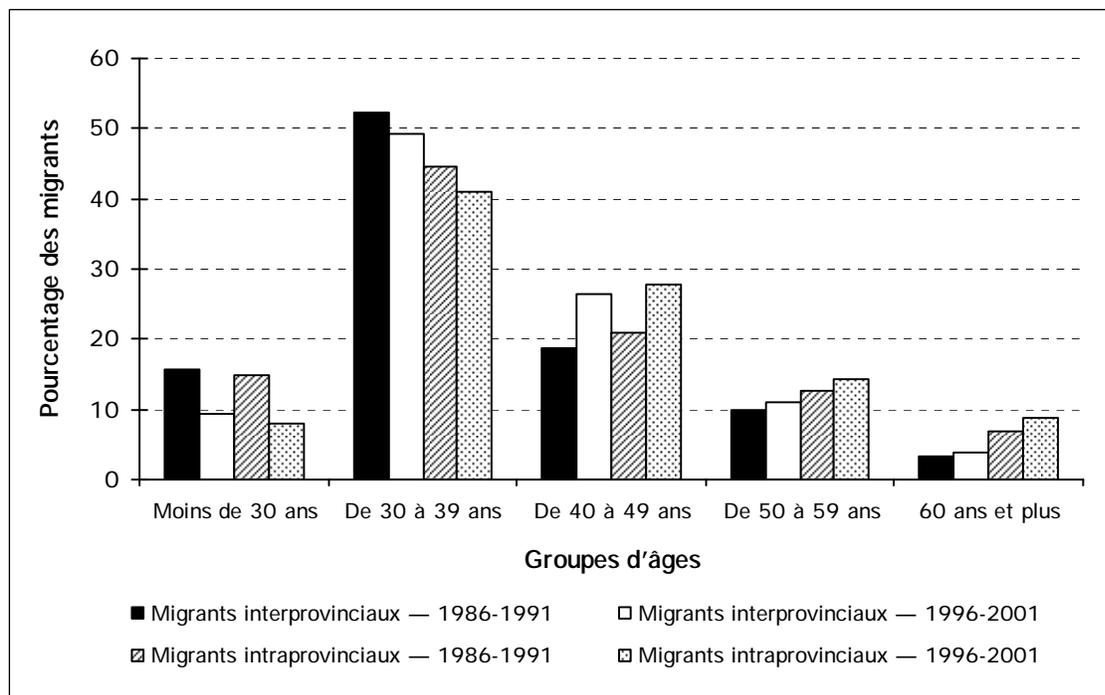
Âge

À l'instar de la population générale et de la plupart des groupes de professionnels, les médecins canadiens vieillissent. En 1986, près de 6 % de tous les médecins avaient moins de 30 ans. Toutefois, en 2004, cette proportion était inférieure à 2 % (tableau C1, annexe C). Or, au cours de cette période de 19 ans, la proportion de médecins dans le groupe d'âges de 30 à 39 ans a également diminué. Parallèlement à ces variations dans les groupes de médecins plus jeunes, chacun des groupes d'âges de 40 à 49 ans, de 50 à 59 et de 60 ans et plus illustrés dans le tableau C1 ont enregistré des augmentations proportionnelles de 1986 à 2004. Ainsi, la moyenne d'âge des médecins canadiens est passée de 45,6 ans en 1986, à 48,6 ans en 2004. La moyenne d'âge des médecins a augmenté de façon similaire dans chaque province et territoire (tableau C2, annexe C).

Bien que les médecins de moins de 30 ans soient plus enclins à migrer à l'intérieur de leur province ou de leur territoire (comme le montrent les tableaux de 3 à 5), les médecins du groupe d'âges des 30 ans et moins sont de moins en moins nombreux. Par conséquent, la répartition selon l'âge et les moyennes d'âge des migrants internes reflètent le vieillissement des médecins.

La figure 7 illustre la répartition par groupes d'âges des médecins migrants interprovinciaux et intraprovinciaux pour les périodes de migration de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001. De façon générale, la proportion de médecins dans les groupes d'âges de 30 ans et moins et de 30 à 39 ans considérés comme des migrants internes diminue, tandis que celle chez les groupes plus âgés s'accroît. La moyenne d'âge des médecins considérés comme des migrants interprovinciaux au cours de la période de 1986 à 1991 était de 38 ans, mais de tout juste plus de 39 ans au cours de la période de 1996 à 2001. De même, les médecins migrants intraprovinciaux étaient, en moyenne, plus âgés au cours de la deuxième période de migration de 5 ans : à peine plus de 40 ans de 1986 à 1991 et 42 ans de 1996 à 2001.

Figure 7 : Répartition selon l'âge des médecins actifs considérés comme des migrants interprovinciaux ou intraprovinciaux au Canada tant au début qu'à la fin des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001



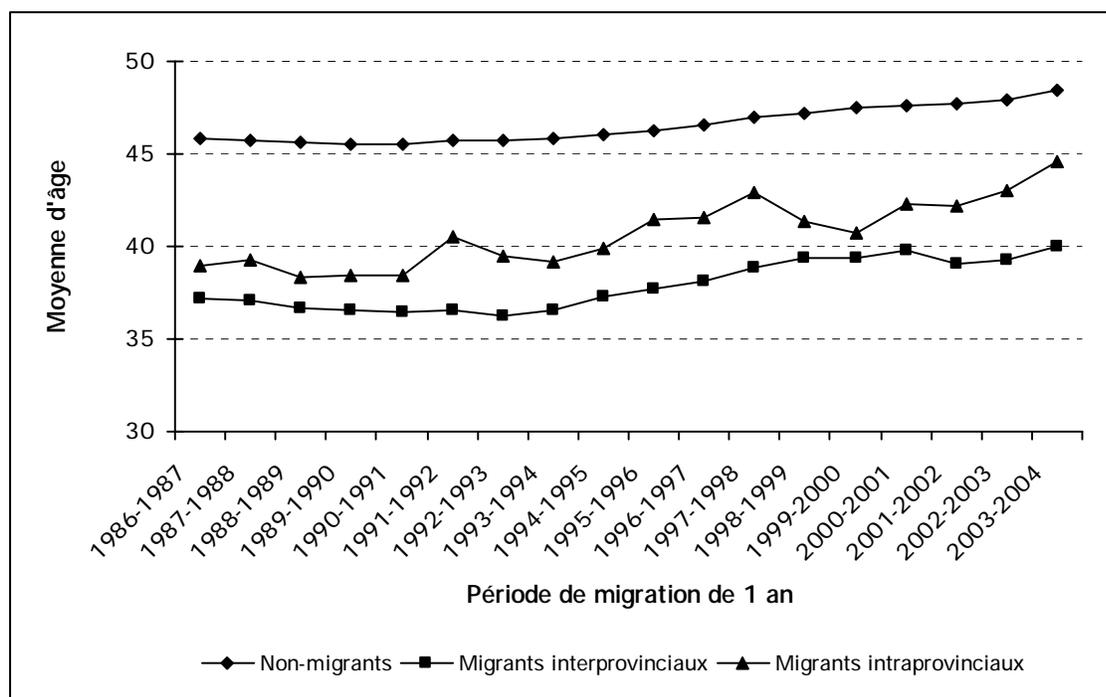
Source : BDMS, ICIS.

La figure 8 illustre le vieillissement des médecins migrants internes ainsi que des non-migrants pour les 18 périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004. Cette représentation graphique montre l'âge moyen des médecins non-migrants ainsi que migrants interprovinciaux et intraprovinciaux au cours de la période de 1986 à 2004. La répartition des médecins actifs selon leur âge ainsi que l'âge moyen pour les périodes de migration de 1 an et de 5 ans sont fournis à l'annexe C : tableau C3 — non-migrants, tableau C4 — tous les migrants internes, tableau C5 — migrants interprovinciaux et tableau C6 — migrants intraprovinciaux.

La figure 8 conforte les observations préliminaires, énoncées dans le présent rapport et dans d'autres travaux, voulant que les migrants interprovinciaux soient, en moyenne, plus jeunes que les migrants intraprovinciaux, lesquels sont plus jeunes que les non-migrants. De façon tout aussi importante, les lignes ascendantes dans le graphique montrent que tous ces groupes de médecins au Canada sont vieillissants. Au cours de la période 1986-1987, la moyenne d'âge respective des migrants interprovinciaux, des migrants intraprovinciaux et des non-migrants était de 37,2, de 39,0 et de 45,8 ans. Au cours de la période 2003-2004, l'âge moyen de ces groupes de médecins atteignait 40,0, 44,6 et 48,5 ans respectivement.

Bien que les jeunes médecins soient plus enclins que les médecins âgés à migrer à l'intérieur du pays, ces derniers sont de plus en plus mobiles. L'âge avancé de l'ensemble des médecins se reflète dans les profils vieillissants des migrants intraprovinciaux et interprovinciaux.

Figure 8. Âge moyen des médecins actifs au Canada au début des périodes de migration de 1 an considérés comme des non-migrants, comme des migrants interprovinciaux ou comme des migrants intraprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004



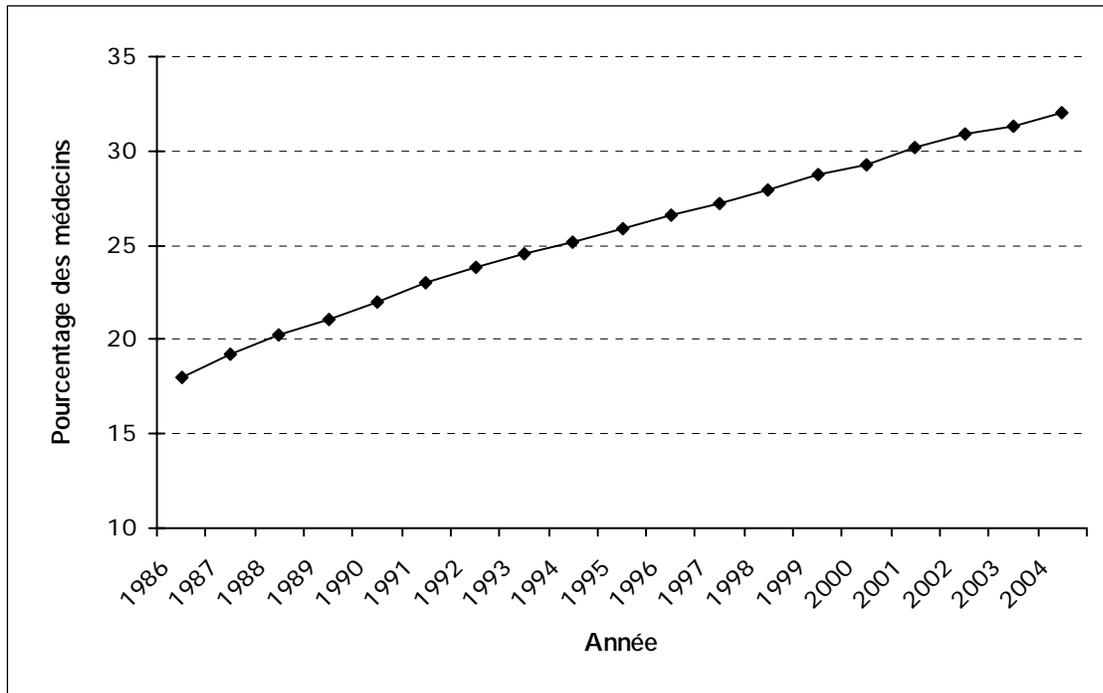
Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

Sexe

En 1986, 18 % de tous les médecins au Canada étaient de sexe féminin. De 1986 à 2004, la proportion de médecins de sexe féminin s'est accrue de façon constante. En 2004, elle était passée à 32 %, ce qui représente une augmentation de 14 points de pourcentage.

Figure 9. Pourcentage des médecins de sexe féminin actifs au Canada de 1986 à 2004



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

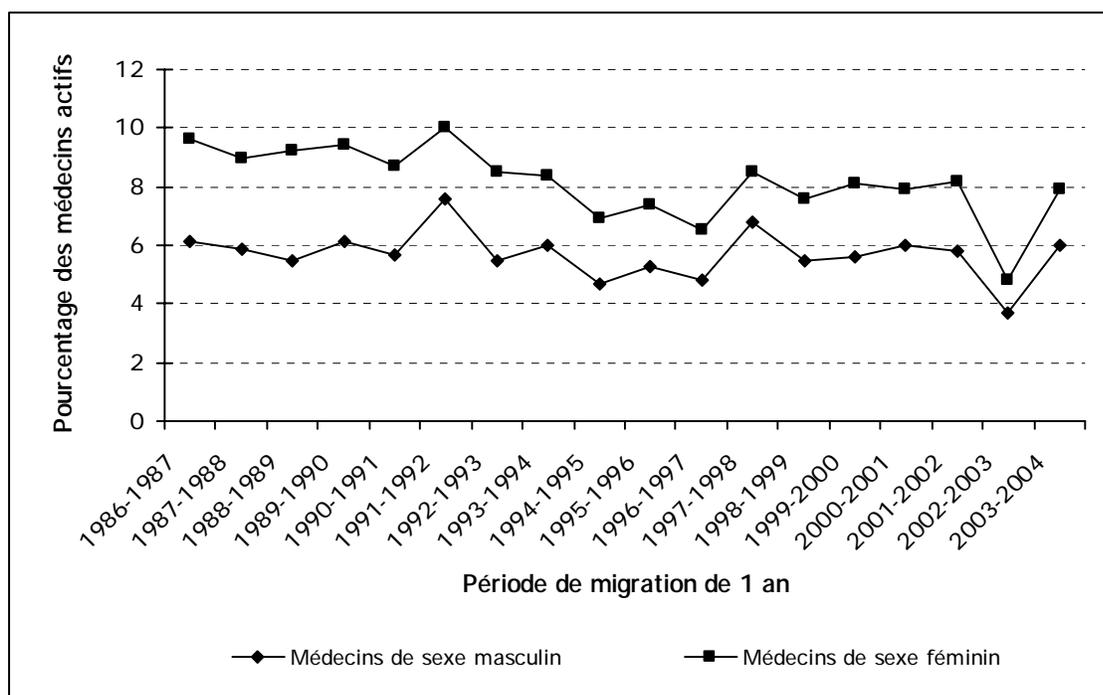
Compte tenu de l'augmentation du nombre global de médecins au Canada au cours de cette période (figure 1) et de la proportion de médecins de sexe féminin (figure 9), on pourrait avancer que la féminisation de cette main-d'œuvre vient modifier les profils de migration interne. Les résultats issus des analyses de régression logistique décrites plus haut au moyen des périodes de migration de 5 ans portent à croire que c'est bel et bien le cas, et que les profils de migration des médecins de sexe féminin et masculin se ressemblent de plus en plus.

Les résultats des analyses des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004 renforcent cette observation. La figure 10 présente une comparaison, selon le sexe, de la proportion de médecins actifs considérés comme des migrants internes à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004. Les figures 11 et 12 fournissent des comparaisons similaires pour la migration interprovinciale et intraprovinciale respectivement. Le tableau C7, à l'annexe C, présente les rapports de cotes et les intervalles de confiance de 95 % générés d'après les analyses de régression logistique pour chacune de ces trois catégories de migration interne.

Voici quelques-uns des points saillants des figures et tableaux :

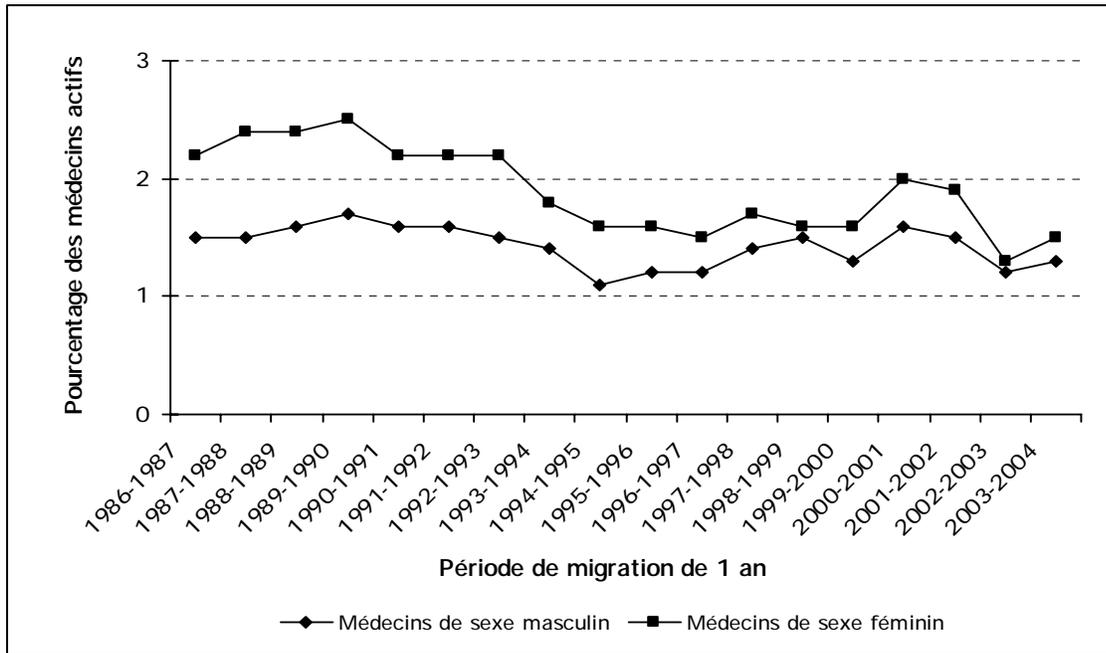
- Les proportions de médecins de sexe féminin considérées comme des migrants internes (figure 10), interprovinciaux (figure 11) ou intraprovinciaux (figure 12) à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004 étaient supérieures aux proportions de médecins de sexe masculin.
- Les proportions de médecins de sexe féminin et masculin considérés comme des migrants internes fluctuent en parallèle (c'est-à-dire que les augmentations et les diminutions de la proportion de migrants surviennent en même temps chez les médecins de sexe féminin et masculin).
- Les différences entre les proportions de médecins de sexe féminin et masculin considérés comme des migrants internes s'amointrissent de façon constante.
- La convergence des proportions de médecins de sexe féminin et masculin migrants est principalement attribuable aux mouvements interprovinciaux (figure 11).
- La plupart des différences significatives sur le plan statistique entre les proportions de médecins de sexe féminin et masculin migrants sont attribuables aux mouvements intraprovinciaux (figure 12 et tableau C7).

Figure 10. Pourcentage, selon le sexe, de médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants internes de 1986-1987 à 2003-2004



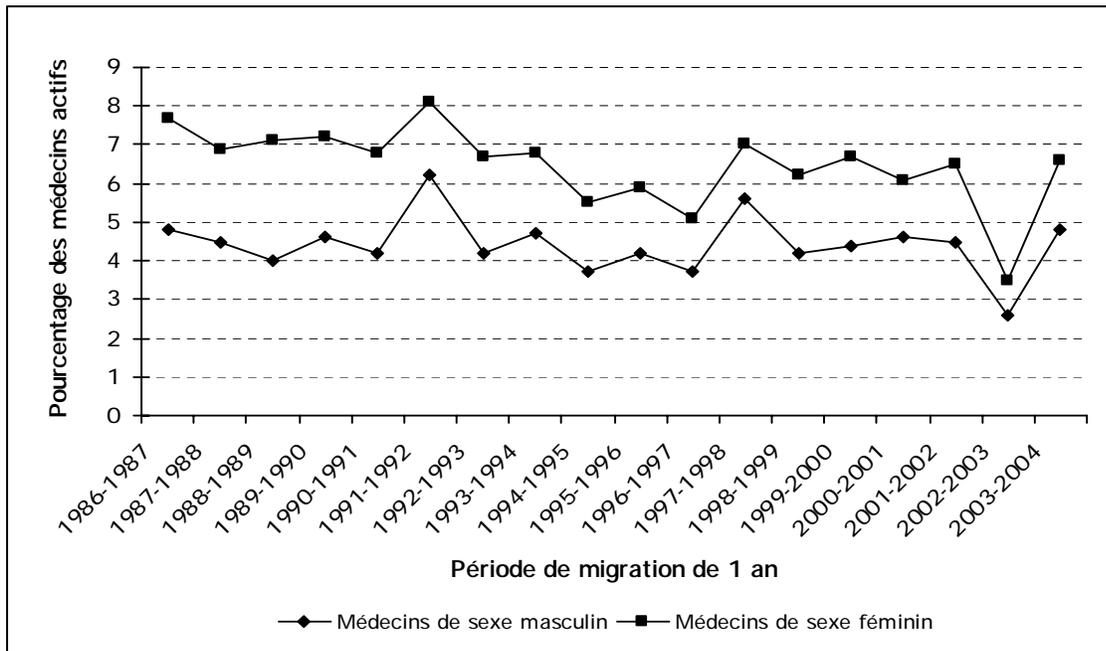
Source : BDMS, ICIS.

Figure 11. Pourcentage, selon le sexe, des médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants interprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Figure 12. Pourcentage, selon le sexe, des médecins actifs au Canada au cours des périodes de migration de 1 an considérés comme des migrants intraprovinciaux de 1986-1987 à 2003-2004

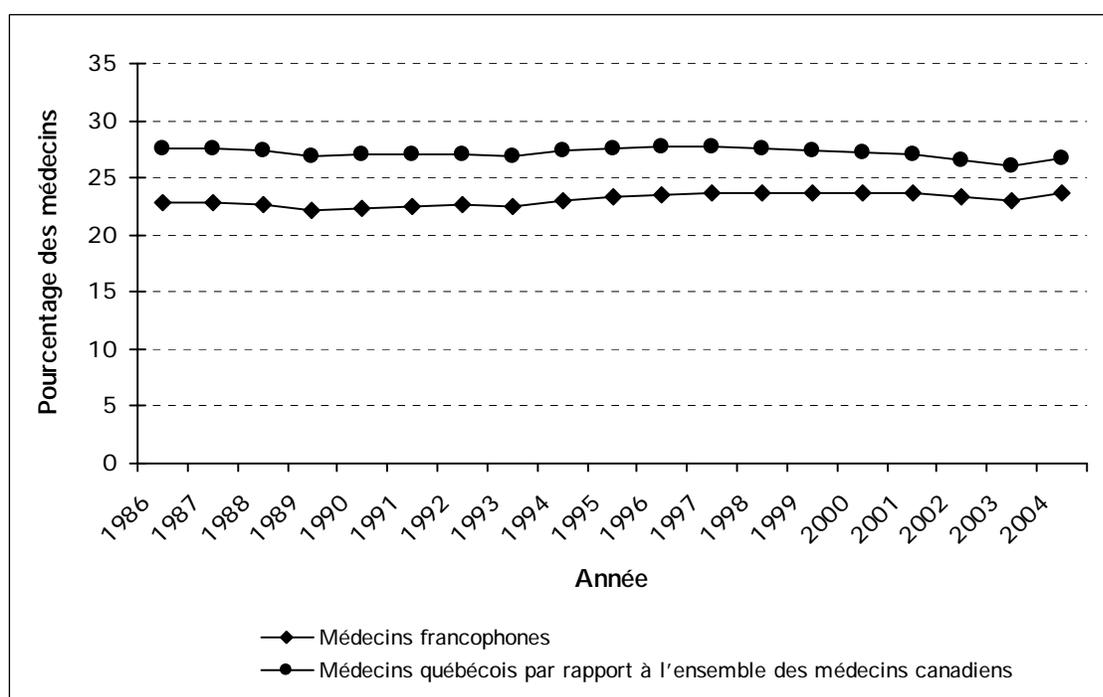


Source : BDMS, ICIS.

Langue

La proportion de médecins ayant demandé aux Répertoires Scott's de communiquer avec eux en français plutôt qu'en anglais (indicateurs des médecins francophones et anglophones dans la présente étude) était à son niveau le plus bas en 1989 avec 22 %, puis elle a atteint un sommet de 24 % de 1997 à 2001 et de nouveau en 2004. Comme le montre la figure 13, les proportions de médecins francophones et les variations dans le nombre de médecins au Québec par rapport à l'ensemble des médecins canadiens sont en corrélation quasi parfaite.

Figure 13. Pourcentage des médecins francophones (voir la note ci-dessous) actifs au Canada et des médecins québécois par rapport à l'ensemble des médecins canadiens de 1986 à 2004



Remarque : La variable « Langue » de la BDMS permet de classer les médecins comme « francophones » ou « anglophones ». Cette variable est établie selon la langue dans laquelle les Répertoires Scott's doivent communiquer avec un médecin, soit en français ou en anglais. Il s'agit donc uniquement d'un indicateur de la langue d'un médecin.

Source : BDMS, ICIS.

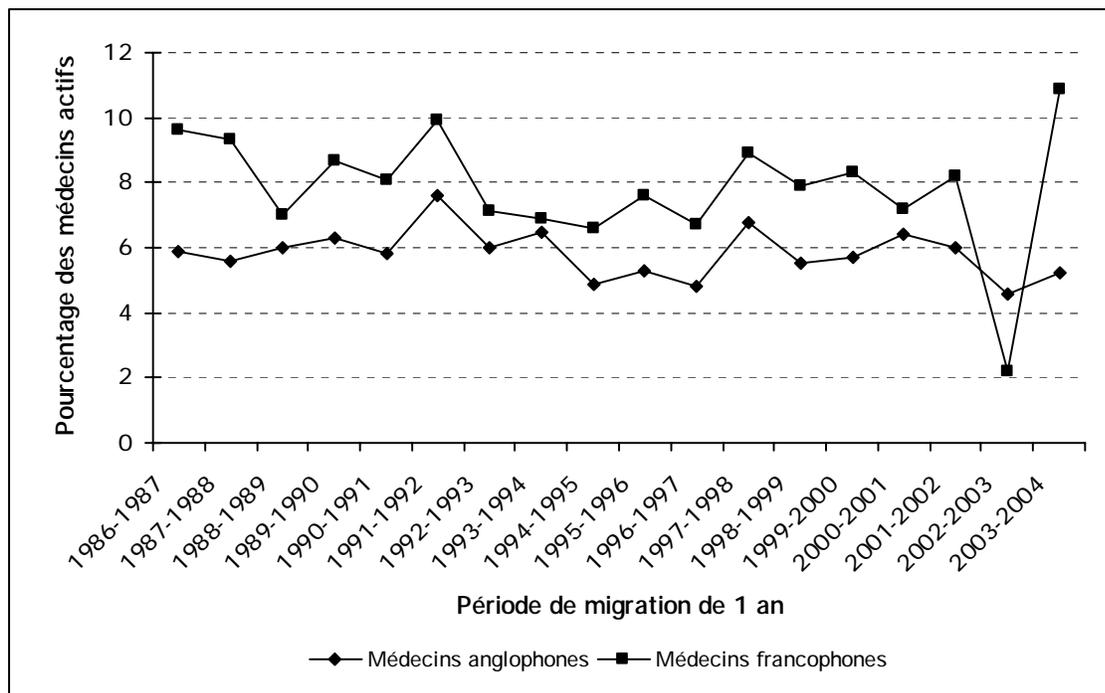
La langue est considérée comme un facteur influant considérablement sur la migration interprovinciale des médecins du Canada^{35, 48}. Les résultats des analyses de régression logistique basées sur les périodes de migration de 5 ans, décrites plus haut, viennent appuyer cette observation. Ainsi, les médecins francophones du Canada sont moins enclins que leurs confrères anglophones à changer de province, ce qui ne signifie pas pour autant que les médecins francophones ne migrent pas du tout. En fait, selon les résultats des analyses de régression logistique basées sur les périodes de 5 ans sélectionnées, les médecins francophones sont de 1,8 (1991-1996 et 1996-2001) à 2,3 (1986-1991) fois plus susceptibles que leurs confrères anglophones de changer de collectivité à l'intérieur de la même province ou du même territoire.

Les résultats des analyses basées sur les périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004 viennent encore renforcer cette observation. La figure 14 établit des comparaisons entre la proportion de médecins actifs francophones et anglophones considérés comme des migrants internes à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004. Les figures 15 et 16, pour leur part, fournissent des comparaisons similaires, mais entre les migrants interprovinciaux et intraprovinciaux respectivement. Le tableau C8, à l'annexe C, indique les rapports de cotes et les intervalles de confiance de 95 % générés d'après les analyses de régression logistique pour chacune des 3 catégories de migration interne.

Voici quelques-uns des points saillants de ces figures et tableaux :

- Au cours de chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004, à l'exception toutefois de 2002-2003, une plus grande proportion de médecins francophones qu'anglophones ont été considérés comme des migrants internes (figure 14).
- Cependant, la proportion plus élevée, de façon générale, de médecins migrants francophones s'explique par des taux plus élevés de migration intraprovinciale (figure 16) qu'interprovinciale (figure 15).
- Les proportions de médecins migrants interprovinciaux francophones et anglophones (figure 15) fluctuent en parallèle (c'est-à-dire que les augmentations et les diminutions de la proportion de migrants surviennent en même temps chez les deux groupes).
- On peut établir une observation similaire en ce qui concerne les tendances suivies par les mouvements intraprovinciaux (figure 16), bien qu'elles aient connu certaines variations au cours de la période de 1986 à 2004. Plus précisément, au cours de la période de migration 2002-2003, la proportion des médecins francophones ayant changé de collectivité était inférieure à celle des médecins anglophones, mais, au cours de la période suivante, en 2003-2004, la proportion de médecins francophones migrants intraprovinciaux a connu une augmentation relativement importante.
- Tous les rapports de cotes de la variable de la langue, calculés pour chacune des 18 périodes de migration de 1 an dans cette étude (tableau C8), ont montré des différences significatives sur le plan statistique entre les médecins francophones et anglophones, et ce, pour les tendances relatives à la mobilité tant interprovinciale qu'intraprovinciale.

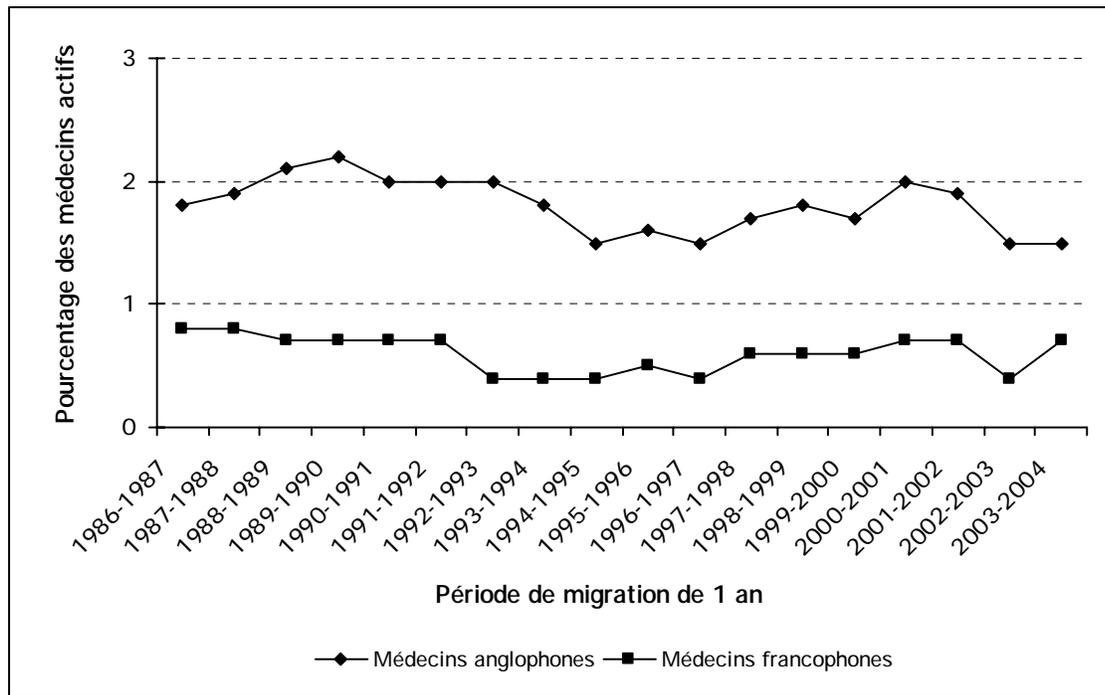
Figure 14. Pourcentage, selon la langue, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Remarque : La variable « Langue » de la BDMS permet de classer les médecins comme « francophones » ou « anglophones ». Cette variable est établie selon la langue dans laquelle les Répertoires Scott's doivent communiquer avec un médecin, soit en français ou en anglais. Il s'agit donc uniquement d'un indicateur de la langue d'un médecin.

Source : BDMS, ICIS.

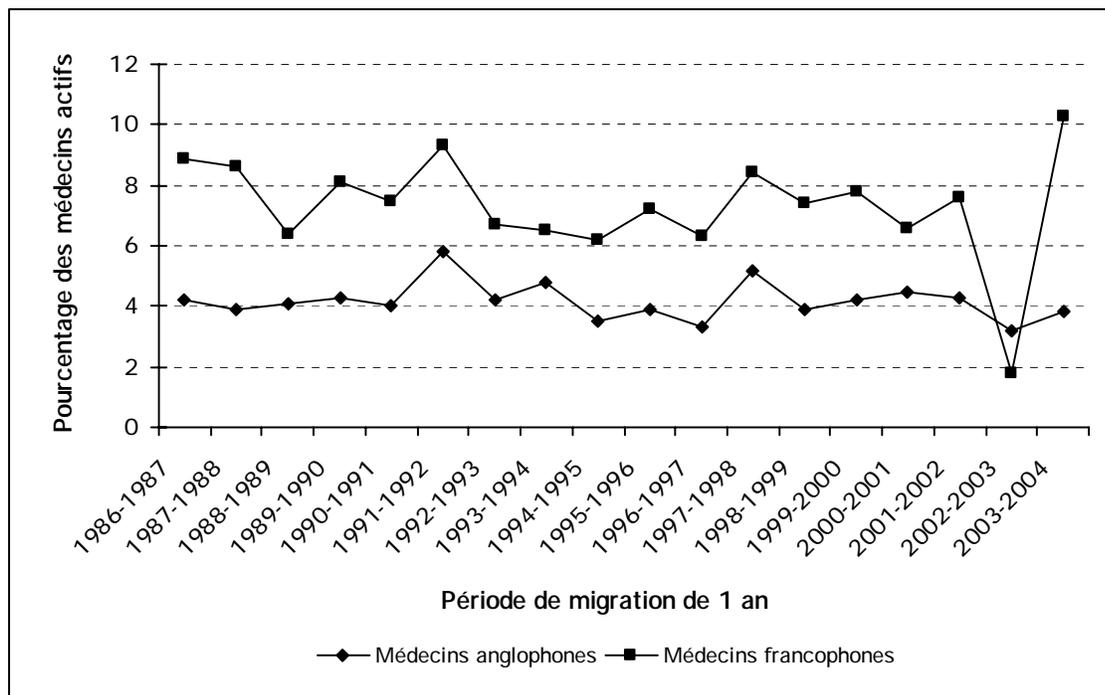
Figure 15. Pourcentage, selon la langue, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Remarque : La variable « Langue » de la BDMS permet de classer les médecins comme « francophones » ou « anglophones ». Cette variable est établie selon la langue dans laquelle les Répertoires Scott's doivent communiquer avec un médecin, soit en français ou en anglais. Il s'agit donc uniquement d'un indicateur de la langue d'un médecin.

Source : BDMS, ICIS.

Figure 16. Pourcentage, selon la langue, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



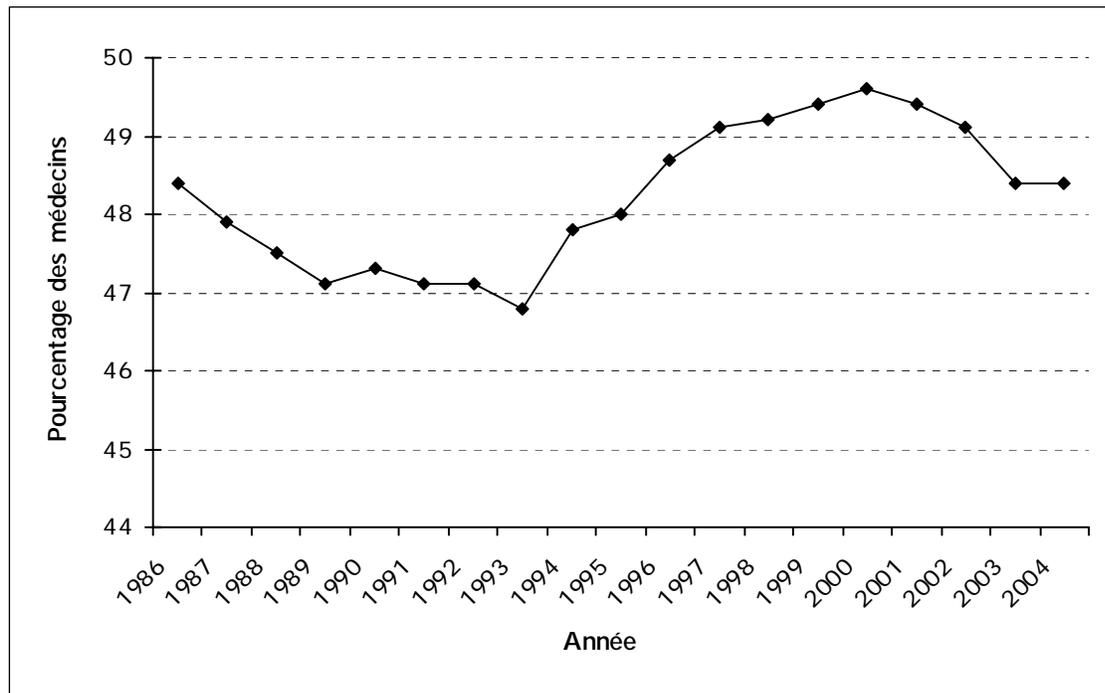
Remarque : La variable « Langue » de la BDMS permet de classer les médecins comme « francophones » ou « anglophones ». Cette variable est établie selon la langue dans laquelle les Répertoires Scott's doivent communiquer avec un médecin, soit en français ou en anglais. Il s'agit donc uniquement d'un indicateur de la langue d'un médecin.

Source : BDMS, ICIS.

Catégories de médecins

De 1986 à 2004, eu égard aux deux grandes catégories de médecins (médecins en médecine familiale et médecins spécialistes), la proportion de spécialistes était à son niveau le plus bas en 1993 avec 46,8 %, pour atteindre un sommet de 49,6 % en 2000 (figure 17). Comme le montre la figure, cette proportion a diminué, passant de 48,4 % en 1986 à 46,8 % en 1993. Après cette année, la proportion de médecins spécialistes est remontée à 49 % jusqu'en 1997, où la proportion de médecins spécialistes s'est maintenue jusqu'à la période 2003-2004, pour ensuite revenir à 48,4 %.

Figure 17. Pourcentage des médecins actifs au Canada qui étaient spécialistes de 1986 à 2004



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

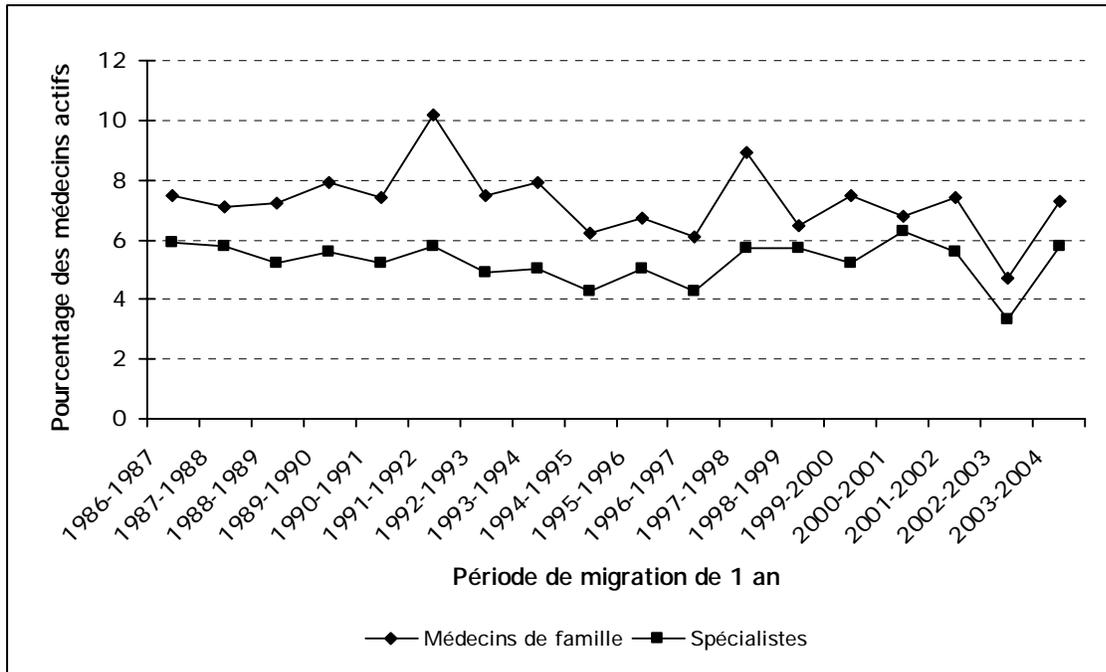
Les résultats des analyses de régression logistique basées sur les périodes de migration de 5 ans, décrites plus haut, indiquent que les tendances relatives à la migration interne chez les médecins de famille et les spécialistes diffèrent à certaines périodes, mais non à d'autres. Par exemple, les spécialistes étaient plus enclins que les médecins de famille à changer de province ou de territoire, et ce, surtout au cours de la période de 1996 à 2001 (tableau 4). Toutefois, tandis que les spécialistes étaient plus susceptibles de changer de collectivité au cours de la période de migration de 1986 à 1991, ce sont les médecins de famille qui étaient les plus enclins à migrer à l'intérieur de leur province ou de leur territoire au cours des 2 périodes de migration de 5 ans suivantes (tableau 5).

Les résultats des analyses de toutes les périodes de migration de 1 an donnent un portrait plus détaillé des similitudes et des différences entre ces deux grandes catégories de médecins. La figure 18 établit des comparaisons, selon la catégorie de médecins, entre les proportions de médecins actifs considérés comme des migrants internes à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004. Les figures 19 et 20 fournissent des comparaisons similaires des médecins actifs considérés comme des migrants interprovinciaux et intraprovinciaux respectivement. Le tableau C9, à l'annexe C, indique les rapports de cotes et les intervalles de confiance de 95 % générés d'après les analyses de régression logistique binaires pour chacune des trois catégories de migration interne.

Voici quelques-uns des points saillants de ces figures et tableaux :

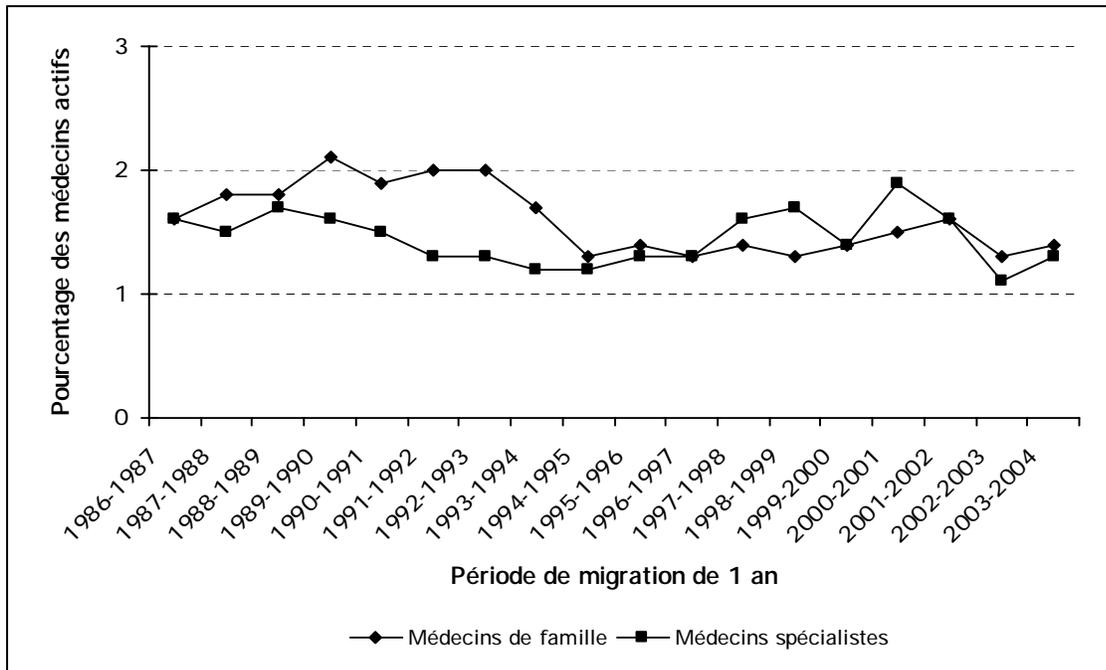
- Au cours de chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004, une plus grande proportion de médecins de famille que de spécialistes ont migré à l'intérieur du pays (figure 18).
- En ce qui concerne la migration interne globale, l'écart entre médecins de famille et spécialistes s'est atténué (figure 18).
- Ce phénomène est particulièrement remarquable au chapitre de la migration interprovinciale (figure 19); en effet, à partir de la période de migration 1994-1995, contrairement à ce qui se passait au cours de la plupart des années antérieures, la proportion de spécialistes migrants interprovinciaux a souvent été égale ou supérieure à celle des médecins de famille.
- La proportion de médecins de famille migrants intraprovinciaux était supérieure à la proportion de spécialistes au cours de toutes les périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004, mais l'écart s'est généralement resserré au cours des dernières années.
- La plupart des rapports de cotes de la variable de la catégorie de médecins calculés pour chacune des périodes de migration de 1 an dans l'étude (tableau C9), mais certes pas tous, indiquaient des différences significatives sur le plan statistique entre les médecins de famille et les spécialistes pour la mobilité tant interprovinciale qu'intraprovinciale.

Figure 18. Pourcentage, selon la catégorie de médecins, des médecins actifs au Canada, considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



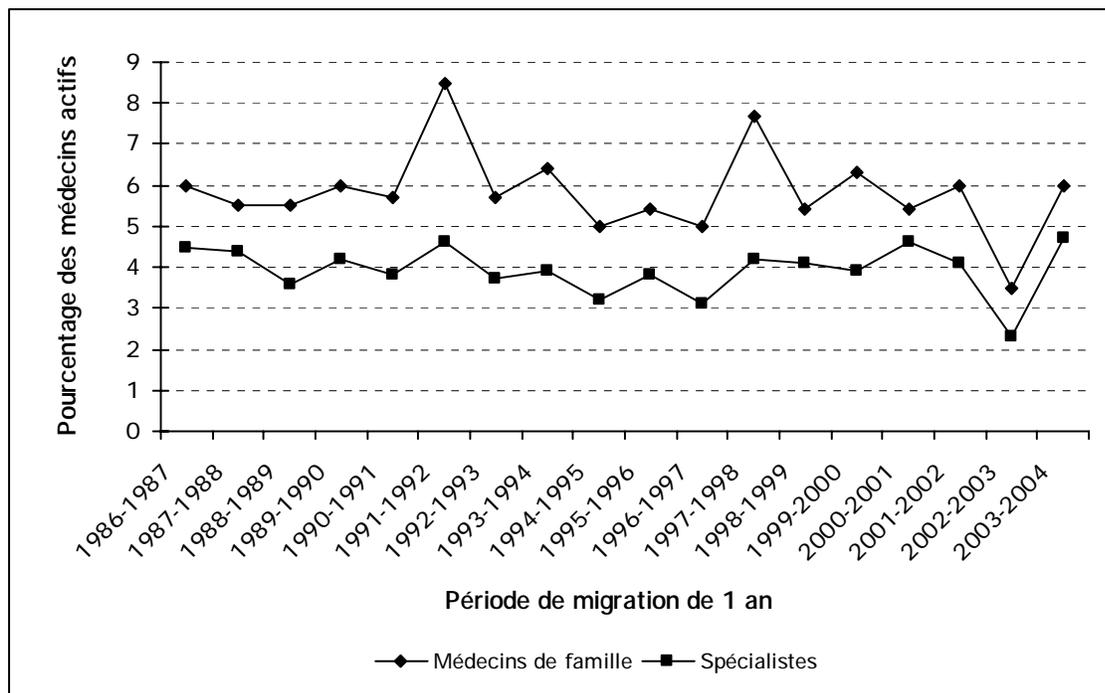
Source : BDMS, ICIS.

Figure 19. Pourcentage, selon la catégorie de médecins, des médecins actifs au Canada, considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Figure 20. Pourcentage, selon la catégorie de médecins, des médecins actifs au Canada, considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004

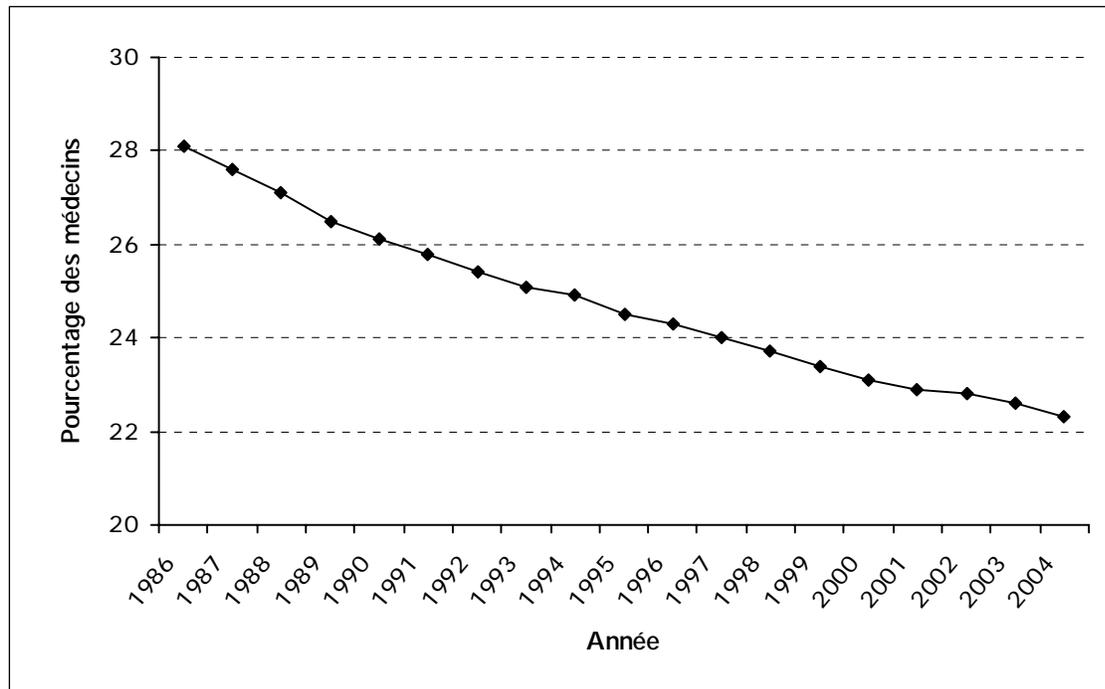


Source : BDMS, ICIS.

Lieu d'obtention du diplôme

La proportion de médecins au Canada diplômés d'une école de médecine étrangère a diminué de façon constante au cours de la période de 1986 à 2004 (figure 21). En 1986, 28 % de tous les médecins au pays étaient des diplômés internationaux de médecine (DIM). En 2004, la proportion de DIM actifs avait reculé à un peu plus de 22 %.

Figure 21. Pourcentage des médecins actifs au Canada de 1986 à 2004 qui étaient des diplômés internationaux en médecine



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

Les résultats des analyses de régression logistique basées sur les périodes de migration de 5 ans, décrites plus haut, indiquent que les DIM sont plus enclins que les médecins formés au Canada à migrer à l'intérieur du pays. Les graphiques représentant les proportions de DIM et de médecins formés au Canada par périodes de migration de 1 an montrent combien il est complexe d'établir des comparaisons entre les deux groupes. Le tableau C10, à l'annexe C, fournit les rapports de cotes et les intervalles de confiance de 95 % générés d'après les analyses de régression logistique pour chacune des 3 catégories de migration interne.

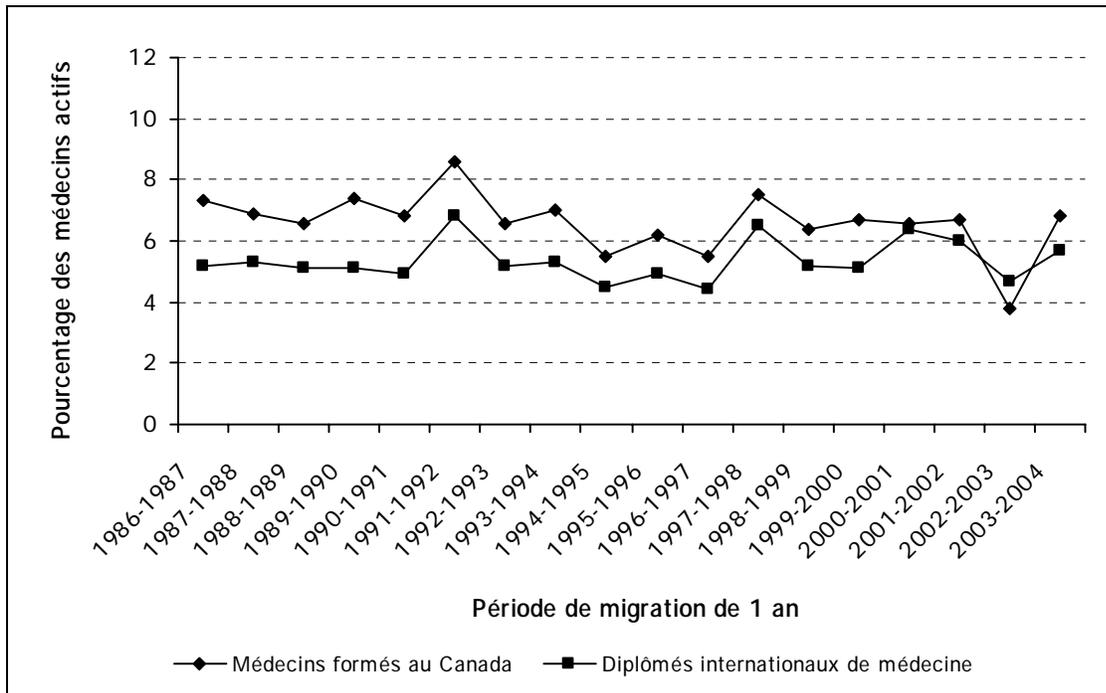
Rappelons que dans l'analyse de la migration interprovinciale, les DIM étaient respectivement 1,54, 1,84 et 2,19 fois plus enclins que les médecins formés au Canada à migrer au cours des périodes de migration de 1986 à 1991, de 1991 à 1996 et de 1996 à 2001 (tableau 4). La figure 23 montre la tendance croissante des DIM à changer de province ou de territoire au fil des ans. De 1986 à 1997, les proportions de DIM et de médecins formés au Canada ayant changé de province ou de territoire étaient très similaires, la proportion de médecins formés au Canada étant parfois supérieure à celle des DIM. Cependant, à partir de 1997, l'écart entre les deux s'est considérablement creusé, les DIM affichant des taux beaucoup plus élevés.

Les résultats des analyses sur la migration intraprovinciale fournissent un exemple intéressant de la façon dont l'ajout de variables indépendantes ou confusionnelles dans un modèle de régression logistique multivariable est susceptible d'influer sur la signification statistique d'un facteur précis ou, comme dans le cas présent, sur l'interprétation de son importance. Tout au long de la période de 1986 à 2004, la proportion de médecins formés au Canada ayant changé de collectivité à l'intérieur de la même province était généralement plus élevée que celle des DIM (figure 23). De même, les rapports de cotes décrits dans le tableau 5 pour les périodes de migration de 5 ans (ainsi que pour les périodes de migration de 1 an indiquées dans le tableau C10) portent eux aussi à croire que les DIM étaient plus enclins que les médecins formés au Canada à changer de collectivité.

L'écart apparent provient de la différence entre les rapports de cotes non ajustés et ajustés, qui ont été calculés en tenant compte des effets des autres variables dans les analyses de régression logistique multivariées. Par exemple, au cours de la période de migration de 1991 à 2001, le rapport de cotes non ajusté, calculé par suite de la comparaison de la migration intraprovinciale et du lieu d'obtention du diplôme uniquement, était 0,79, avec des limites de confiance inférieure et supérieure de 95 % de 0,88 et de 0,98 respectivement. Les DIM étaient donc moins susceptibles que les médecins formés au Canada de migrer à l'échelle intraprovinciale, ce qui se reflète dans la figure 24. Comme le nombre de migrants intraprovinciaux était supérieur au nombre de migrants interprovinciaux, la figure 22 montre donc également une proportion plus élevée de médecins migrants internes formés au Canada.

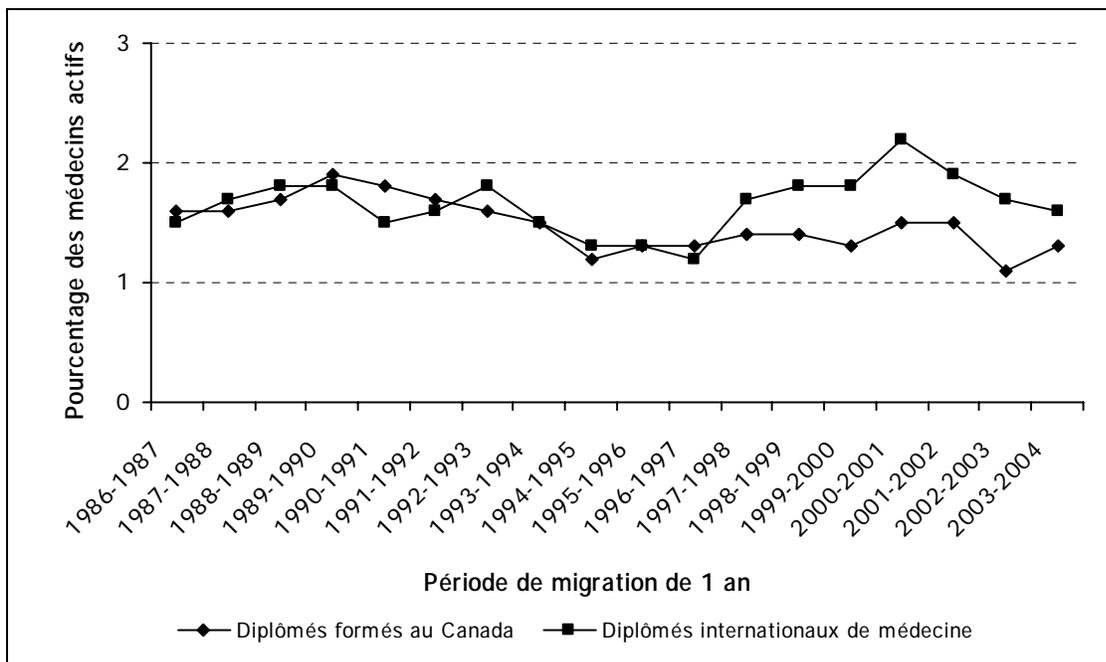
Le lieu d'obtention du diplôme n'est pas sans influencer sur la migration intraprovinciale. Cependant, cette variable est, par sa nature même, en corrélation avec d'autres descripteurs des médecins qui influent davantage sur la probabilité qu'ils changent de collectivité à l'intérieur de la même province ou du même territoire.

Figure 22. Pourcentage, selon le lieu d'obtention du diplôme, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



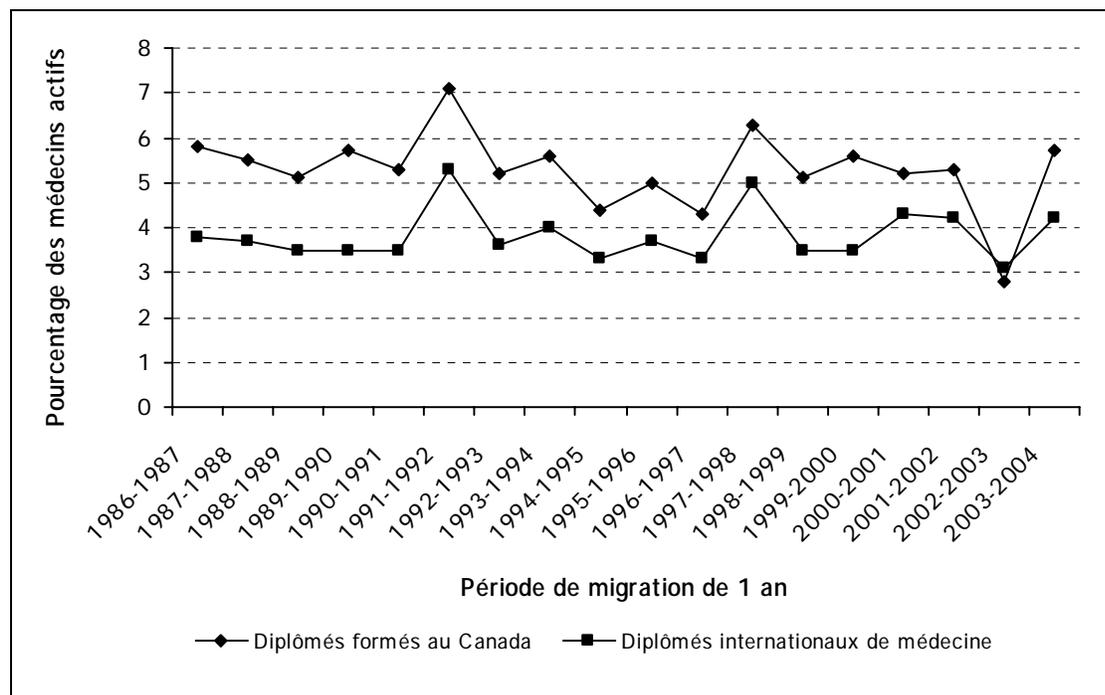
Source : BDMS, ICIS.

Figure 23. Pourcentage, selon le lieu d'obtention du diplôme, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Figure 24. Pourcentage, selon le lieu d'obtention du diplôme, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



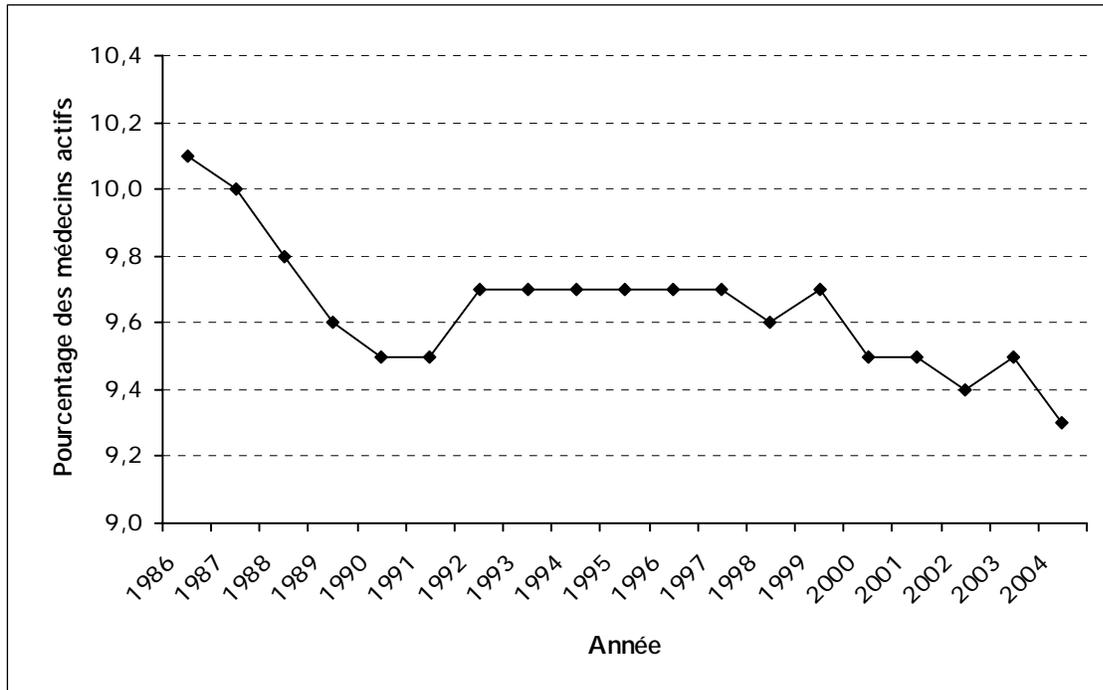
Source : BDMS, ICIS.

Lieu de pratique initial : milieu urbain ou rural

La figure 25 illustre les faibles variations dans la proportion de médecins pratiquant dans des régions rurales et de petites villes du Canada. Ces chiffres se fondent sur les limites constantes de 2001 et pourraient donc ne pas correspondre à ceux publiés ailleurs. De 1986 à 2004, la proportion a connu en gros trois phases. Elle a d'abord diminué de façon constante, passant de 10,1 % en 1986 à 9,5 % en 1990 et en 1991. Puis, après une légère hausse de 1991 à 1992, elle est demeurée à 9,7 % de 1992 à 1999 (diminuant toutefois légèrement en 1998). Enfin, à partir de 1999, elle a de façon générale décliné, passant à 9,3 % en 2004.

Bien que la modification des limites au cours de cette période entraîne certains problèmes d'ordre méthodologique, 9 à 10 % des médecins pratiquent en milieu rural; ils représenteraient donc moins de la moitié de la proportion de la population générale vivant dans les régions rurales et les petites villes du Canada. En effet, selon les limites en vigueur au moment des recensements de 1991, de 1996 et de 2001, les proportions de la population générale vivant en milieu rural étaient de 22,6, 22,2 et 20,6 % respectivement. Cette comparaison avec la population générale est valable même si le calcul des pourcentages ne porte que sur les citoyens de 20 ans et plus vivant en milieu rural. On observerait des résultats similaires si on se limitait au calcul des pourcentages des personnes de 20 ans et plus dans la population active. Par exemple, en 2001, 9,5 et 19,4 % des médecins et de la population active respectivement étaient établis en milieu rural au Canada.

Figure 25. Pourcentage des médecins actifs au Canada de 1986 à 2004 dont la pratique était établie dans des régions rurales et de petites villes



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

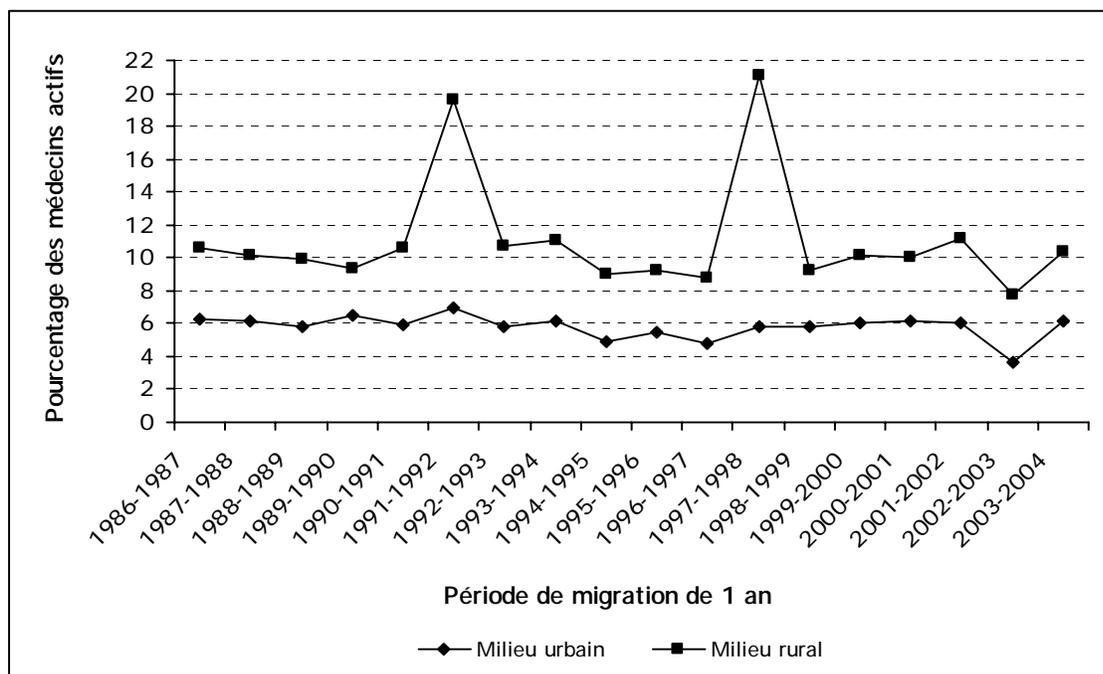
Les résultats des analyses de régression logistique basées sur les périodes de migration de 5 ans, décrites plus haut, indiquent que les médecins pratiquant en milieu rural en 1986, 1991 et 1996 étaient respectivement 1,89, 2,53, et 2,79 fois plus susceptibles que leurs confrères exerçant en milieu urbain de migrer à l'intérieur du pays. La plupart des comparaisons entre milieu urbain et rural dans le cadre de ces analyses de régression logistique ont généré, plus que tout autre facteur, des rapports de cotes plus élevés dans les modèles.

Les résultats des analyses des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004 font état de similitudes et, plus encore, de différences en ce qui a trait aux tendances relatives à la migration interne chez les médecins pratiquant en milieu rural. La figure 26 établit des comparaisons entre les proportions de médecins actifs considérés comme des migrants internes selon leur lieu de pratique (milieu rural ou urbain) à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004. Les figures 27 et 28 fournissent des comparaisons similaires, mais pour les migrants interprovinciaux et intraprovinciaux respectivement. Le tableau C11, à l'annexe C, indique les rapports de cotes et les intervalles de confiance de 95 % générés d'après les analyses de régression logistique pour chacune des catégories de migration interne.

Voici quelques-uns des points saillants de ces figures et tableaux :

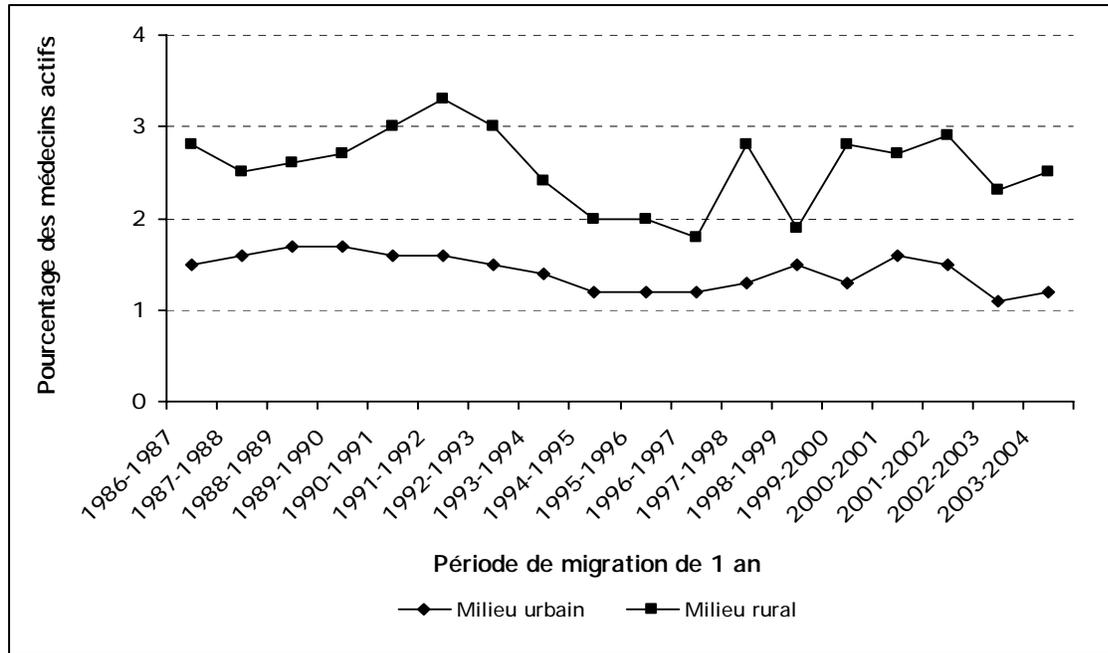
- Des proportions plus élevées de médecins pratiquant en milieu rural qu'en milieu urbain ont migré à l'échelle interne (figure 26), interprovinciale (figure 27) et intraprovinciale (figure 28), à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004.
- Les écarts entre les proportions de médecins considérés comme des migrants internes (figure 26) et intraprovinciaux (figure 28), selon leur lieu de pratique, étaient relativement constants de 1986 à 2004, à l'exception notable de 1991-1992 et de 1997-1998. Ces pics, où la proportion de médecins pratiquant en milieu rural et ayant changé de collectivité a plus que doublé par rapport à la norme, devraient certainement faire l'objet d'une analyse approfondie. La proportion de médecins pratiquant en milieu rural ayant changé de province ou de territoire a en même temps enregistré des pics, bien que légèrement moins marqués (figure 27).
- Entre 1986 et autour de 1992 ou 1993, les écarts se sont creusés entre les proportions de médecins pratiquant en milieu rural ou urbain et ayant migré à l'échelle interprovinciale (figure 27). À l'exception du pic de 1997-1998, les écarts se sont resserrés jusqu'à la période de migration 1998-1999, mais ils se sont accentués au cours des périodes suivantes.
- Tous les rapports de cotes liés à la variable du lieu de pratique initial (rural ou urbain) ayant été calculés pour les périodes de migration de 1 an (tableau C11) ont montré des différences significatives sur le plan statistique en ce qui a trait à la migration interne entre les médecins pratiquant en milieu rural et urbain. Remarquons en particulier les ratios extrêmement élevés de 3,0 et de 4,3 pour les mouvements intraprovinciaux au cours des périodes de migration 1991-1992 et 1997-1998.

Figure 26. Pourcentage, selon la pratique en milieu rural ou urbain, durant la première année de la période de migration, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants internes au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



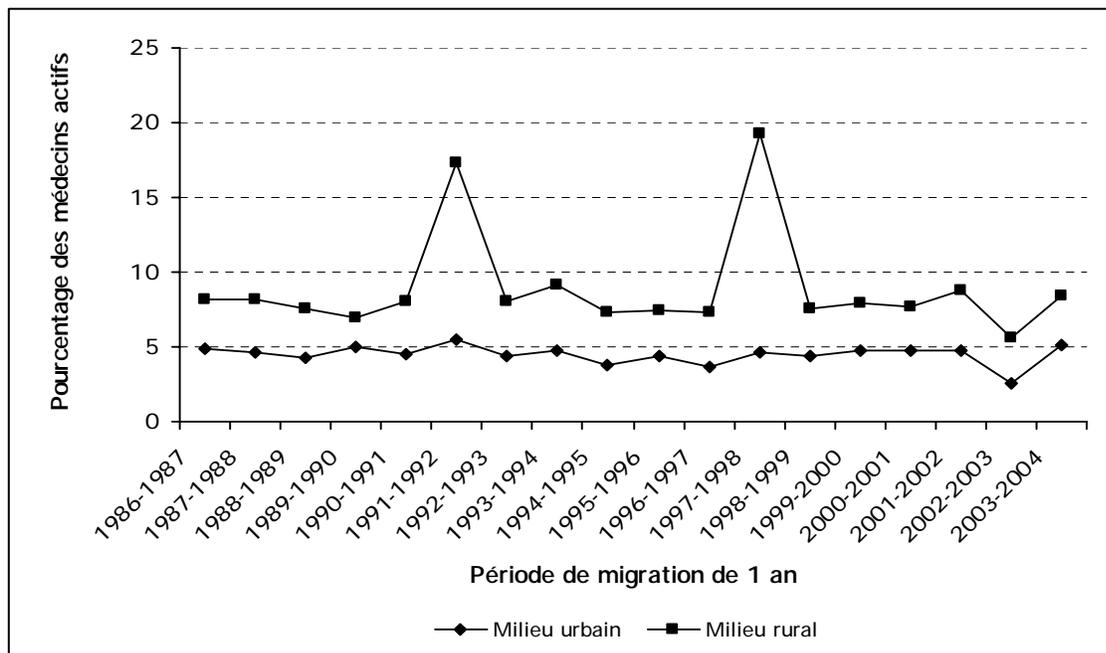
Source : BDMS, ICIS.

Figure 27. Pourcentage, selon la pratique en milieu rural ou urbain au début de la période de migration, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants interprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Figure 28. Pourcentage, selon la pratique en milieu rural ou urbain au début de la période de migration, des médecins actifs au Canada considérés comme des migrants intraprovinciaux au cours des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004



Source : BDMS, ICIS.

Origines et destinations des migrants interprovinciaux et ratios

Sous l'un des intertitres d'une analyse basée sur le recensement de la population de 2001 concernant le statut de mobilité des Canadiens, Statistique Canada affirmait que « le mouvement vers l'ouest se poursuit, mais s'arrête aux Rocheuses³² ». De fait, au cours de la période de 1996 à 2001, l'Alberta a remplacé la Colombie-Britannique comme destination de choix pour de nombreux migrants interprovinciaux. L'analyse de Statistique Canada signale toutefois que d'autres provinces, notamment l'Ontario, ont également enregistré des gains nets d'habitants pendant cette période. Les médecins ont-ils eux aussi opté pour ces destinations?

La présente section est axé sur les mouvements interprovinciaux des médecins canadiens. Des périodes de migration de 1 an et de 5 ans y sont analysées, et des comparaisons entre les principales provinces d'origine et de destination des médecins migrants interprovinciaux ainsi que de la population canadienne générale active sont établies, en particulier pour les périodes de migration de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001. La plus grande partie de cette section est donc basée sur le calcul d'une série de matrices de transition qui font le décompte des médecins ayant changé de provinces ou de territoires. Le nombre de médecins a été calculé pour chacune des périodes de migration de 1 an et de 5 ans. Le tableau C12, à l'annexe C, présente l'une de ces matrices de transition fondées sur les données de la BDMS concernant les médecins actifs tant en 1996 qu'en 2001.

Cette section présente également des analyses des ratios de médecins par rapport à la population (le nombre de médecins par 100 000 habitants) et des ratios historiques à l'échelle du Canada ainsi que de chaque province et territoire, et ce, pour chacune des années de 1986 à 2004. Il est toutefois principalement axé sur l'examen des effets des composantes de la croissance, notamment la migration interprovinciale, sur ces ratios.

Principales destinations selon l'origine

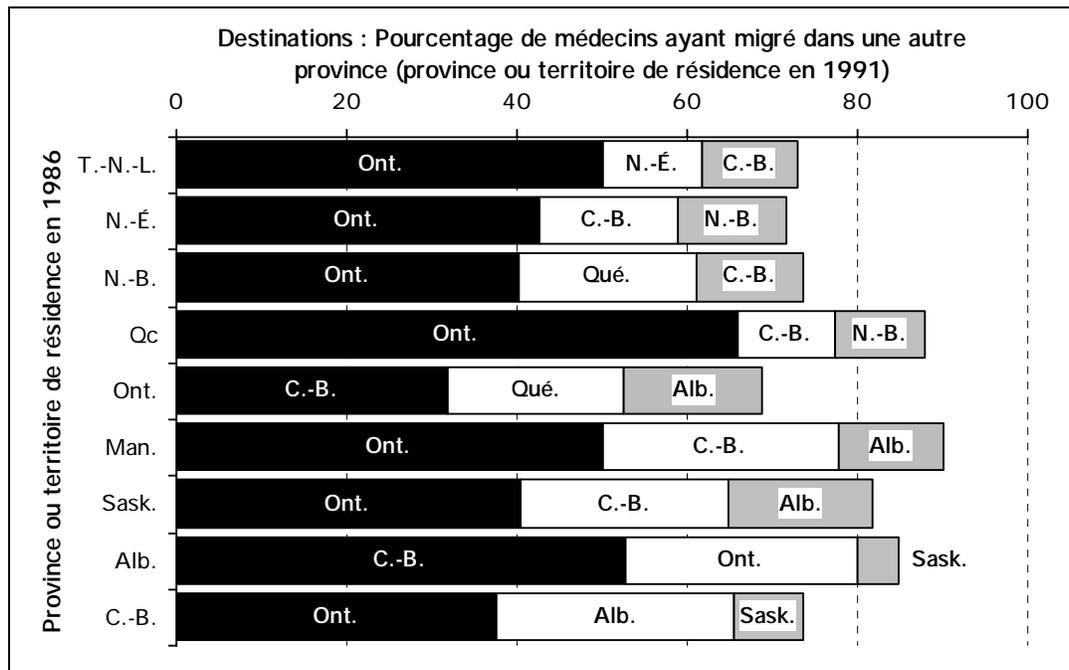
Le tableau C12 (annexe C) montre qu'au chapitre de la migration interprovinciale, presque toutes les provinces enregistrent des entrées et des sorties de médecins attribuables à la migration. C'est moins le cas pour l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires qui comptent un nombre généralement moins élevé de médecins. Toutefois, le tableau indique également que certaines provinces attirent plus de médecins que d'autres. Il illustre les trois destinations principales des médecins et de la population générale, ainsi que des exemples tirés de deux périodes de migration de 5 ans, soit de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001. Le tableau C13 (annexe C) fournit des renseignements supplémentaires sur les principales destinations au cours des 3 périodes de migration de 5 ans et des 18 périodes de migration de 1 an.

La figure 29, par exemple, montre que 190 médecins exerçant au Manitoba en 1986 avaient établi leur pratique dans une autre province ou un autre territoire en 1991. De ce nombre, 50 % avaient migré vers l'Ontario, tandis que 28 et 12 % s'étaient déplacés vers la Colombie-Britannique et l'Alberta respectivement. Bien que le Manitoba ait accueilli des migrants interprovinciaux au cours de cette période, il ne s'agissait pas de la destination de choix des médecins migrant d'une autre province ou d'un autre territoire.

Parmi les médecins actifs au Canada tant en 1986 qu'en 1991, l'Ontario était la destination principale ou la destination de choix de ceux ayant migré de toute autre province que l'Alberta (figure 29). Cela comprend l'Île-du-Prince-Édouard (voir le tableau C13 à l'annexe C), bien que celle-ci ne figure pas dans le graphique en raison de la petite taille des cellules. La Colombie-Britannique était la principale destination des médecins migrants interprovinciaux provenant de l'Alberta et de l'Ontario. En ce qui concerne les territoires, également exclus de la figure 29 en raison de la petite taille des cellules, l'Ontario était la destination de choix des médecins provenant des Territoires du Nord-Ouest (y compris le Nunavut), et l'Alberta, celle des médecins migrant du Yukon.

L'Ontario et la Colombie-Britannique sont souvent considérées comme des provinces attirantes pour les migrants interprovinciaux. En effet, ces grandes provinces attirent généralement plus de migrants que les autres. Ce fut le cas des médecins au cours de la période de migration 1986 à 1991. À défaut de migrer vers l'une ou l'autre de ces provinces, les médecins se sont établis le plus souvent à proximité, généralement dans une province limitrophe. La figure 29 montre les deuxième et troisième destinations des médecins. Par exemple : le Québec, province voisine de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, était l'une des principales destinations des médecins migrant de l'une ou l'autre de ces deux provinces; de même, le Nouveau-Brunswick, province voisine de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard, était l'une des principales destinations des médecins migrant de l'une ou l'autre de ces deux provinces; enfin, la Saskatchewan, province voisine ou à proximité de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, était l'une des principales destinations des médecins migrant de l'une ou l'autre de ces deux provinces.

Figure 29. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des médecins ayant migré dans une autre province du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991

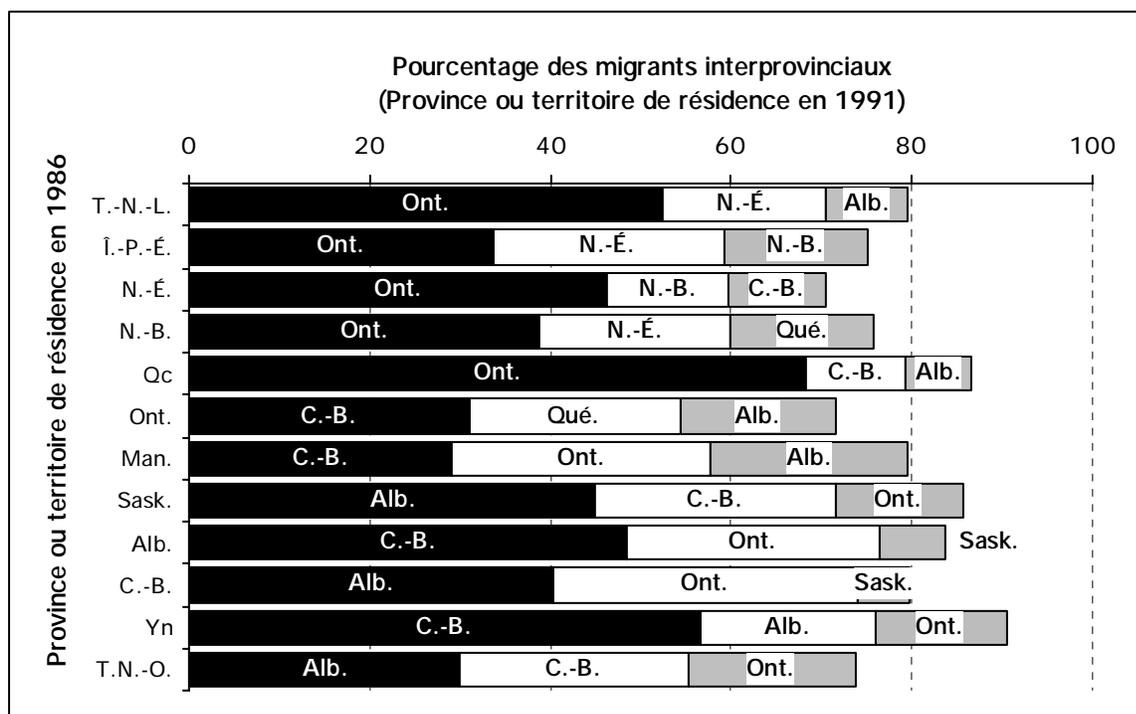


Remarque : Les données sur l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : BDMS, ICIS.

Les provinces attractives et les provinces limitrophes étaient également les principales destinations des migrants interprovinciaux de la population générale canadienne au cours de la période de migration de 1986 à 1991 (figure 30). Toutefois, en dépit des nombreuses similitudes, on observe certaines différences entre la population générale et les médecins en ce qui concerne les principales destinations. Ce fut particulièrement le cas de l'ouest du Canada, où les provinces limitrophes étaient généralement les destinations de choix de la population générale, tandis que l'Ontario était la destination de choix des médecins.

Figure 30. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991



Source : Recensement de la population, Statistique Canada.

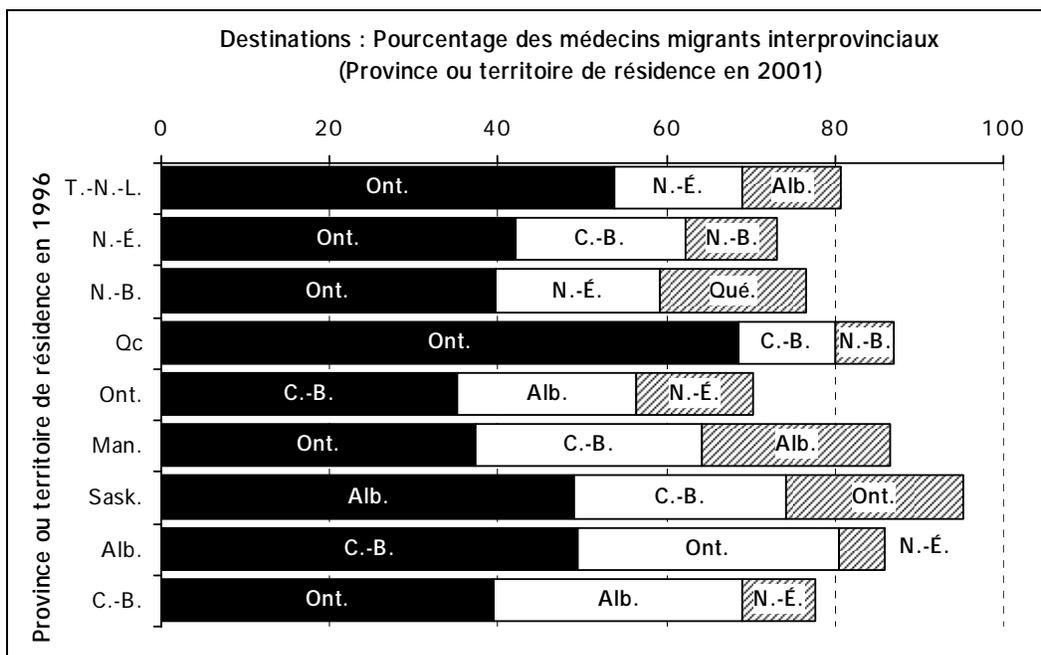
Bon nombre des tendances relatives aux destinations interprovinciales des médecins et de la population générale observées au cours de la période de migration de 1986 à 1991 réapparaissent au cours de la période de 1996 à 2001. Par exemple, de 1986 à 1991, les médecins provenant de la Nouvelle-Écosse ont choisi de s'établir, par ordre de préférence, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick (figure 29). On observe également cet ordre chez les médecins migrant de la Nouvelle-Écosse au cours de la période de 1996 à 2001 (figure 31). Les tendances relatives aux destinations sont les mêmes chez les médecins provenant du Québec et du Manitoba au cours des périodes de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001. On peut établir une comparaison similaire des tendances relatives aux destinations dans la population générale, l'ordre de préférence étant identique chez les migrants interprovinciaux provenant du Québec, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique au cours de ces deux périodes de migration (figure 32).

La plus grande différence entre les périodes de migration de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001 réside peut-être dans le fait que l'Alberta apparaît de plus en plus comme la destination principale des migrants interprovinciaux de la population canadienne et, dans une moindre mesure, des médecins canadiens. Ainsi, l'Alberta supplante d'autres destinations de choix dans plusieurs provinces d'origine, passe du troisième au second rang ou bien passe du second au troisième rang au chapitre des principales destinations.

En comparant les figures 30 et 32, on peut observer, pour la population générale, des exemples de tels mouvements dans les tendances relatives aux destinations. Au cours de la période de 1996 à 2001, l'Alberta était devenue la troisième destination des migrants interprovinciaux provenant de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick respectivement, devant le Nouveau-Brunswick et le Québec. Non seulement l'Alberta a déclassé la Colombie-Britannique, mais elle est également devenue la deuxième destination des migrants provenant de la Nouvelle-Écosse. Par ailleurs, l'Alberta est passée du troisième au deuxième rang et du deuxième au premier rang des destinations principales des migrants de la population générale provenant de l'Ontario et du Manitoba respectivement.

En ce qui concerne les médecins, au cours de la période de 1996 à 2001 (figure 31), l'Alberta était devenue la troisième destination des médecins migrant de Terre-Neuve-et-Labrador, passant devant la Colombie-Britannique (figure 29). Par ailleurs, l'Alberta était passée du troisième au deuxième rang et du troisième au premier rang des destinations principales des médecins migrant de l'Ontario et de la Saskatchewan respectivement. L'importance relative croissante de l'Alberta comme principale destination se reflète également dans l'importance décroissante de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Même si les chiffres étaient si peu élevés qu'ils auraient peu influé sur les tendances globales, l'Ontario est passée du premier au troisième rang des destinations principales des médecins migrant de l'Île-du-Prince-Édouard au cours de la période de migration de 1996 à 2001 (tableau C13, annexe C). Par ailleurs, la Colombie-Britannique ne figurait plus parmi les trois destinations principales des médecins migrant du Nouveau-Brunswick au cours de la période de migration de 1996 à 2001.

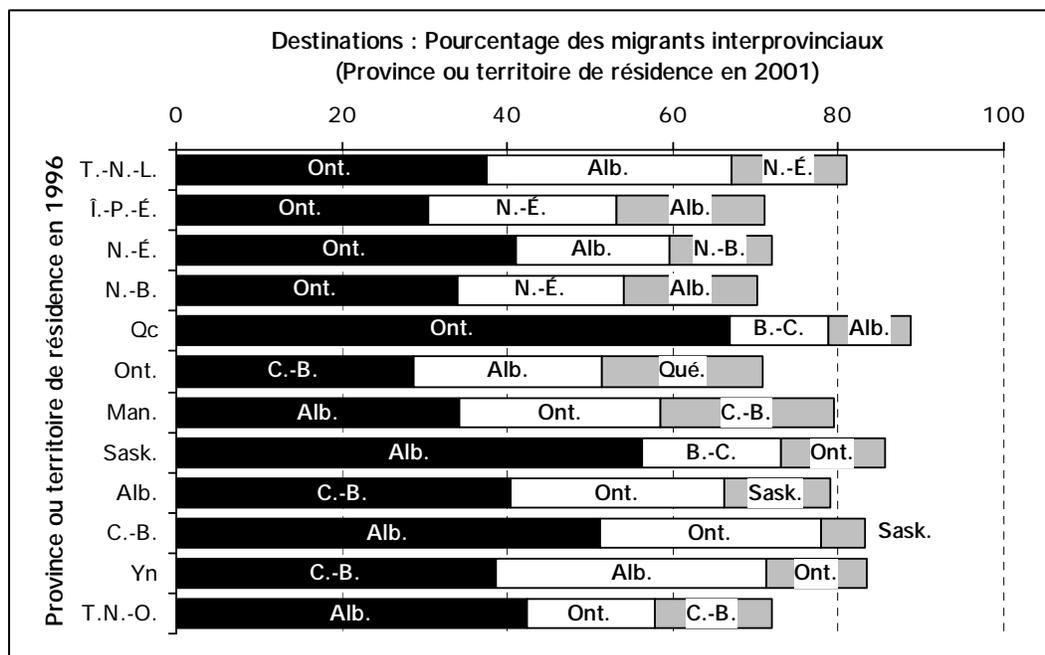
Figure 31. Principales destinations de migration, en pourcentage, des médecins migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001



Remarque : Les données sur l'Île-du-Prince-Édouard et des territoires ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : BDMS, ICIS.

Figure 32. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001



Source : Recensement de la population, Statistique Canada.

Migration interprovinciale nette

L'analyse précédente des principales destinations des médecins migrants interprovinciaux était axée sur leur origine et leur destination au Canada. Toutefois, il est tout aussi important, sinon plus, de déterminer comment s'équilibrent les entrées et les sorties.

Le tableau C14 (annexe C) calcule, pour chaque province et territoire et pour chacune des périodes de migration de 1 an et de 5 ans prises en compte dans l'étude, le nombre d'entrées et de sorties ainsi que le taux de migration nette. Voici quelques points saillants des périodes de migration de 1 an dont fait état ce tableau :

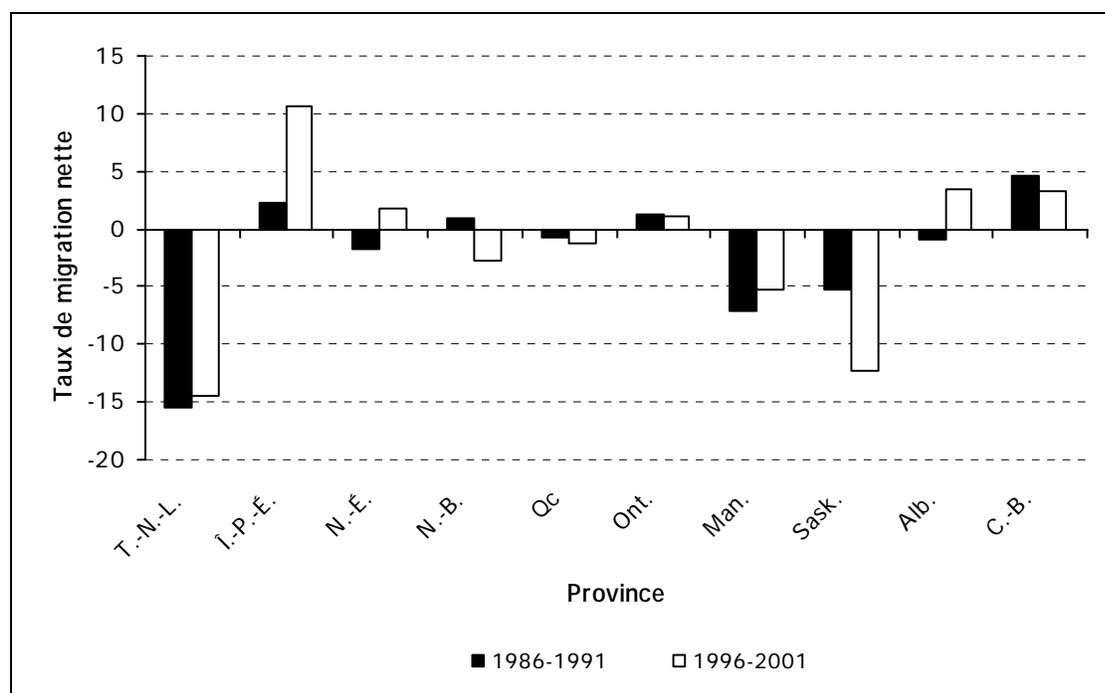
- La Colombie-Britannique est la seule province à avoir enregistré une migration nette positive (c'est-à-dire que le nombre d'entrées de médecins était supérieur au nombre de sorties) à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004.
- Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba et la Saskatchewan ont accusé une migration nette négative (c'est-à-dire que le nombre de sorties de médecins était supérieur au nombre d'entrées) à chacune des périodes de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004.
- Au cours des 18 périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario et l'Alberta se classent parmi les provinces à avoir enregistré le plus faible taux de migration nette annuelle négative (2, 3 et 5 ans respectivement), affichant des soldes migratoires positifs toutes les autres années.
- Au cours des 18 périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004, le Québec et la Nouvelle-Écosse se classent parmi les provinces à avoir enregistré le plus faible taux de migration nette annuelle positive (2 et 5 ans respectivement), mais des pertes nettes toutes les autres années. Le Québec a enregistré un nombre équivalent d'entrées et de sorties au cours de l'une des périodes de migration de 1 an.
- Le Nouveau-Brunswick a accusé une migration nette négative au cours du tiers des 18 périodes de migration de 1 an, mais positive les autres années. On n'observe aucune tendance temporelle.
- Conformément à l'analyse précédente des différences entre les principales destinations des médecins migrants interprovinciaux, les 5 années au cours desquelles l'Alberta a accusé des pertes nettes se situaient dans les 10 premières des 18 périodes de migration examinées. Au cours de chacune des années subséquentes, le nombre de médecins entrants en Alberta était supérieur au nombre de médecins sortants.

La figure 33 prend la forme d'un graphique comparatif des taux de migration nette enregistrés par chaque province au cours des périodes de migration de 5 ans de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001. Voici quelques-uns des points saillants des tendances relatives à la migration nette illustrées dans cette figure :

- Terre-Neuve-et-Labrador, le Québec, le Manitoba et la Saskatchewan ont accusé des taux de migration nette négative à chacune des périodes de migration. Terre-Neuve-et-Labrador et le Manitoba ont affiché des pertes nettes moins élevées au cours de la période de 1996 à 2001, tandis que les pertes nettes se sont accrues au Québec et en Saskatchewan en raison de la migration interprovinciale.

- L'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont enregistré des taux de migration nette positifs au cours des deux périodes de migration. Au cours de la période de 1996 à 2001, la valeur des taux positifs de l'Ontario et de la Colombie-Britannique a diminué, tandis qu'elle a augmenté à l'Île-du-Prince-Édouard. Il est à noter que les taux de l'Île-du-Prince-Édouard doivent être examinés avec prudence, puisqu'ils sont basés sur un nombre relativement petit de médecins entrant et sortant dans cette province.
- La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta ont affiché un taux de migration nette positif et négatif au cours de l'une ou l'autre des deux périodes de migration, mais non des deux. Le Nouveau-Brunswick a connu un gain net de médecins migrant d'une autre province ou d'un autre territoire au cours de la période de 1986 à 1991, mais une perte nette au cours de la période de 1996 à 2001. Le phénomène inverse s'est toutefois produit en Nouvelle-Écosse et en Alberta. De toutes les provinces, à l'exclusion de l'Île-du-Prince-Édouard, c'est l'Alberta qui a enregistré le taux de migration nette positif le plus élevé au cours de la dernière période de migration.

Figure 33. Taux de migration nette interprovinciale chez les médecins actifs, selon la province, au cours des périodes de migration de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001



Source : BDMS, ICIS.

Ratios de médecins par rapport à la population

Tendances de 1986 à 2004

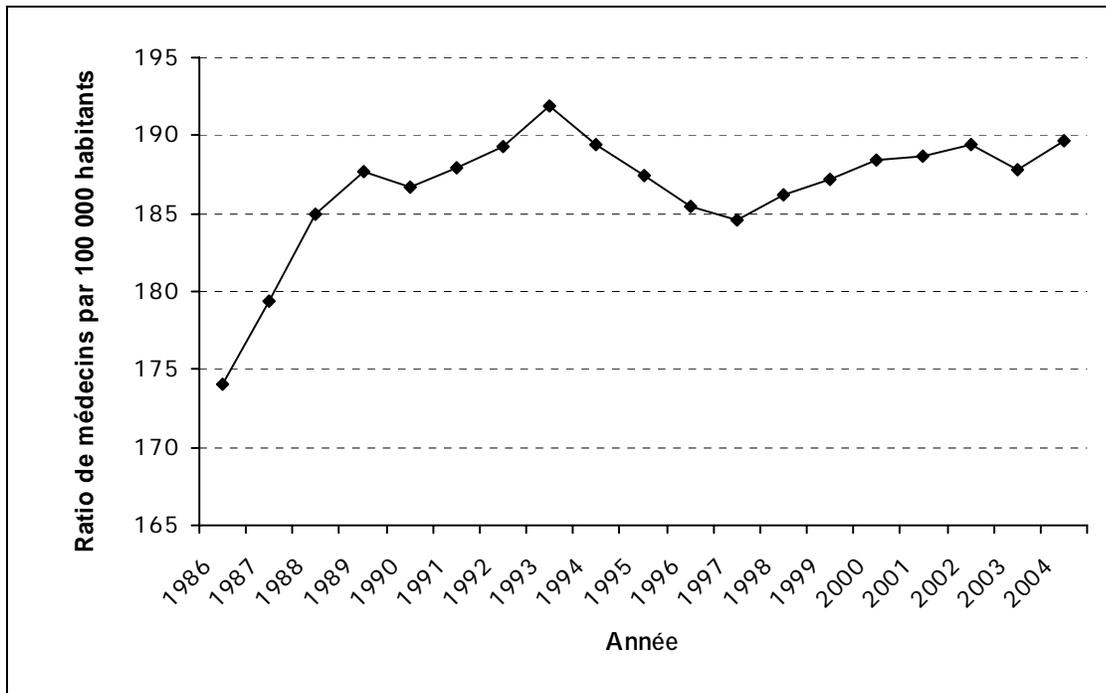
La plus récente série de rapports de l'ICIS, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens* (tableau D2 de ce rapport), qui sont élaborés d'après les données sur les médecins de la BDMS¹⁰, présente le nombre de médecins par rapport à la population à long terme (de 1961 à 2005). Les chiffres fournis dans le présent rapport diffèrent de ceux du rapport antérieur de l'ICIS basé sur les données de la BDMS pour plusieurs raisons, entre autres parce que la période à l'étude est plus courte (de 1986 à 2004) et que les ratios sont exprimés sous forme de nombre de médecins par 100 000 habitants. Cependant, la plus grande différence est attribuable au fait que le rapport antérieur de l'ICIS prenait en compte les internes et les résidents. Dans la présente étude, les ratios de médecins par rapport à la population sont basés uniquement sur le nombre de médecins actifs.

De manière générale, le nombre de médecins actifs par 100 000 habitants au Canada a augmenté au cours de la période de 1986 à 1993, mais, comme le montre la figure 34, il a légèrement diminué de 1989 à 1990. Par ailleurs, cette période a connu le ratio le plus faible (174 médecins par 100 000 habitants en 1986) et le ratio le plus élevé (192 médecins par 100 000 habitants en 1993) de toute la période à l'étude (de 1986 à 2004).

Les ratios de médecins par rapport à la population ont traversé une seconde phase de 1993 à 1997, alors que le nombre de médecins par 100 000 habitants reculait, passant de 192 à 185. Depuis ce temps, toutefois, les ratios augmentent. En 2004, le ratio de médecins par rapport à la population canadienne avait presque atteint le sommet de 1993.

Ces ratios nationaux occultent les variations géographiques considérables des ratios de médecins par rapport à la population à l'échelle des divisions de recensement examinées dans un autre rapport⁴. Par ailleurs, ils diffèrent aussi sensiblement des ratios provinciaux ou territoriaux illustrés dans le tableau C15, à l'annexe C. Ainsi, des provinces telles que Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan n'ont jamais, de 1984 à 2004, enregistré des ratios de médecins par rapport à la population supérieurs à 174, soit le ratio le plus faible à l'échelle nationale. À l'inverse, durant la même période, des provinces telles que le Québec et la Colombie-Britannique n'ont jamais, sauf en 1986, enregistré des ratios inférieurs à 192, soit le ratio le plus élevé à l'échelle nationale.

Figure 34. Nombre de médecins actifs par 100 000 habitants au Canada de 1986 à 2004



Remarque : L'axe ne part pas de la valeur « 0 ».

Source : BDMS, ICIS.

Effets de la migration

De nombreuses raisons expliquent les augmentations et les diminutions périodiques des ratios de médecins par rapport à la population enregistrées par les provinces et les territoires. Les variations s'expliquent par des changements nets dans la croissance ou le déclin du nombre de médecins non attribuables à la migration, à la migration interprovinciale nette ou à la migration internationale nette. Dans la présente étude, les augmentations ou les diminutions du nombre de non-migrants net s'expliquent par les variations du nombre de médecins qui commencent à pratiquer ou qui cessent de pratiquer pour une raison ou une autre : nouveau diplômé commençant à peine à pratiquer, ancien médecin militaire commençant à pratiquer dans le civil ou inversement, début ou fin d'un congé sabbatique, semi-retraite ou autre forme d'absence, départ à la retraite, décès, etc. Les présentes analyses ne font pas état de ces raisons; par « non-migrants nets », on entend donc simplement les gains ou les pertes du « système ».

Le tableau C16 (annexe C) dresse un portrait détaillé des répercussions du nombre de médecins non-migrants et de migrants interprovinciaux et internationaux sur les ratios de médecins par rapport à la population pour chacune des périodes de migration de 1 an de 1986 à 2004. Ce tableau montre des variations annuelles considérables sur les ratios de médecins par rapport à la population attribuables à ces composantes de la croissance. Toutefois, de façon générale, la migration fait généralement diminuer les ratios de Terre-Neuve-et-Labrador, du Québec, du Manitoba et de la Saskatchewan au cours de la plupart des années de la période à l'étude. À l'inverse, la migration fait le plus souvent augmenter les ratios de la Colombie-Britannique. Les effets de la migration sur les autres provinces diffèrent d'une année à l'autre. L'Alberta, par exemple, a accusé des pertes nettes attribuables à la migration tant interprovinciale qu'internationale uniquement avant la période 1996-1997.

En général, au cours de la période étudiée, c'est la croissance des non-migrants qui a le plus influé sur les variations annuelles des ratios de médecins par rapport à la population à l'échelle provinciale ou territoriale. À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, les provinces ont rarement accusé un nombre de médecins entrant dans le système inférieur à celui de médecins en sortant pour des raisons autres que la migration. En fait, la plupart du temps, la migration interprovinciale nette a exercé une plus grande influence que la migration internationale nette sur les ratios. Dans le cas de l'« exode des cerveaux », on ne s'entend pas sur l'effet ou le poids relatif de la migration internationale sur le nombre de médecins au Canada^{49, 50}. Bien que les pertes nettes attribuables à la migration internationale soient préoccupantes en ce qui concerne le nombre de médecins par rapport à la population, les observations présentées dans cette étude rejoignent la déclaration citée en introduction voulant que « le mouvement interprovincial des médecins [soit] beaucoup plus important que l'exode vers [les États-Unis]⁶ ».

Fréquence de la migration

La dernière section analytique du présent rapport survole quelques-unes des façons dont on peut utiliser la BDMS pour examiner diverses mesures susceptibles de favoriser le recrutement et, surtout, le maintien en poste. La BDMS étant une base de données administrative, elle ne peut renseigner sur la multitude de facteurs de répulsion et d'attraction (d'ordre familial, communautaire et professionnel) qui influent sur la décision d'un médecin de migrer dans un lieu ou un milieu de pratique particulier ou d'y rester. En revanche, la BDMS peut fournir de l'information pertinente sur ce qui suit.

- Quelle est la fréquence de migration des médecins au Canada?
- À quel moment un médecin migre-t-il à l'intérieur du Canada une fois sa pratique établie dans un lieu particulier?
- Pendant combien de temps les médecins pratiquent-ils dans le même lieu géographique?

Comme de nombreuses combinaisons et permutations possibles de ce type d'analyse pourraient être entreprises au moyen de la BDMS, un nombre limité d'exemples est fourni.

Fréquence et moment de la migration interprovinciale

La fréquence et le moment de la migration interprovinciale ont été examinés à partir de deux cohortes de médecins. La première cohorte (n = 2 195) regroupait des médecins ayant initialement établi leur pratique en 1987, ce qui signifie qu'ils n'étaient pas actifs en 1986, mais qu'ils l'étaient ensuite chaque année de 1987 à 2004. La seconde cohorte de médecins (n = 1 181), quant à elle, regroupait des médecins non actifs de 1986 à 1993, mais actifs chaque année de 1994 à 2004. Il est donc possible que des médecins des cohortes de 1987 et de 1994 aient migré au cours des périodes de 18 et de 11 ans respectivement.

Dans les cohortes de 1987 et de 1994, 80 et 79 % des médecins respectivement n'ont pas migré à l'échelle interprovinciale. La figure 35 indique, pour les médecins ayant migré, le nombre moyen de mouvements interprovinciaux, et la figure 36, le nombre moyen d'années avant la migration une fois la pratique établie. Dans ces deux figures, les données sont fournies pour les deux cohortes et selon les différents descripteurs des médecins.

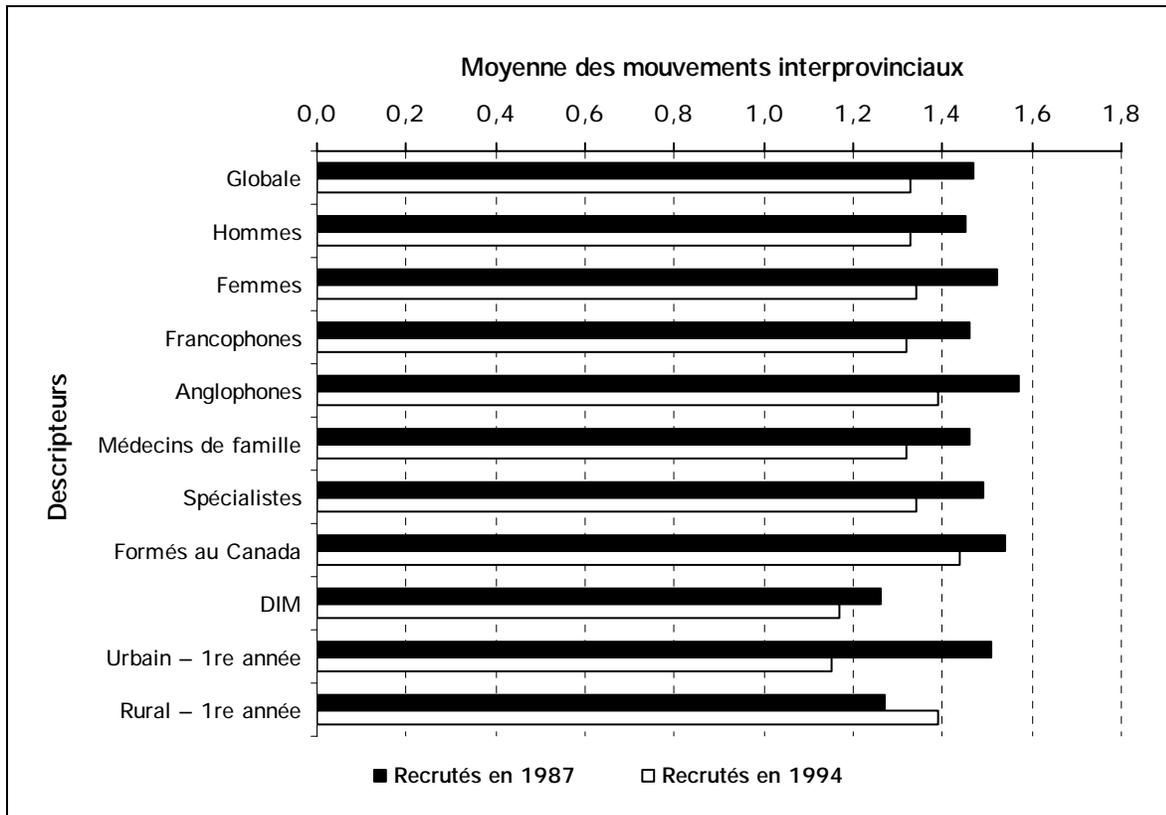
Voici quelques-uns des points saillants de ces analyses :

- Seuls 20 % des médecins de ces deux cohortes ont changé de province ou de territoire.
- De ce pourcentage, le nombre moyen de migrations interprovinciales était de 1,5 dans la cohorte de 1987 et de 1,3 dans celle de 1994, et le nombre d'années avant la migration une fois la pratique établie atteignait 4,4 ans et 3,4 ans respectivement.
- En dépit du décalage entre les périodes au cours desquelles des médecins ont pu migrer dans ces deux cohortes, la fréquence et le moment de la migration interprovinciale étaient très similaires.

La présente analyse porte à croire que les cinq premières années après l'établissement de la pratique sont déterminantes dans la migration et la répartition des médecins. Les

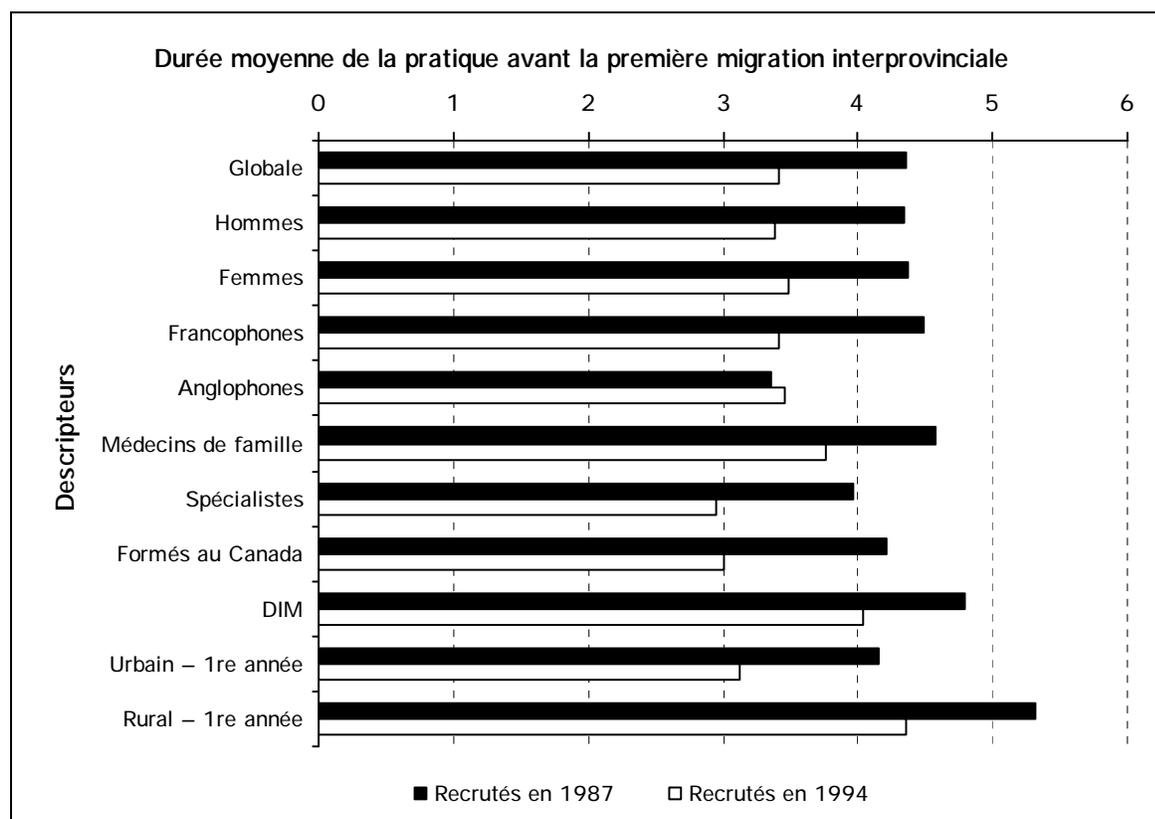
médecins sont moins enclins à changer de province ou de territoire passé ce laps de temps. Bien que la présente étude n'en fasse pas état, on a observé des résultats similaires en examinant les tendances relatives à la fréquence et au moment de la migration intraprovinciale.

Figure 35. Nombre moyen de mouvements interprovinciaux dans la cohorte de médecins de 1987 au cours de la période de 1987 à 2004 et dans la cohorte de médecins de 1994 au cours de la période de 1994 à 2004



Source : BDMS, ICIS.

Figure 36. Durée moyenne de la pratique avant la première migration interprovinciale dans les cohortes de médecins de 1987 et de 1994



Source : BDMS, ICIS.

Durée de la pratique en milieu rural et urbain au Canada

Afin d'examiner la durée de la pratique des médecins migrants, selon qu'ils pratiquent en milieu rural ou urbain, une première cohorte (cohorte A, n = 2 195) a été formée en regroupant, à partir de la BDMS, les médecins répondant aux trois critères suivants : non actifs en 1986 mais actifs au cours de chacune des 5 années de 1987 à 1991, et actifs au cours de chacune des 13 années de 1992 à 2004. Les médecins de cette cohorte ne comptant aucune année de pratique en milieu urbain ou rural ont été classés dans la catégorie « rural » ou « urbain », respectivement.

La figure 37 fait état de la durée moyenne de la pratique des médecins en milieu rural ou urbain au pays. Elle présente la durée moyenne de la pratique pour tous les médecins ainsi que selon certains descripteurs. Au cours de la période de 13 ans, la durée moyenne de la pratique des médecins exerçant en milieu rural était de 9,5 ans, et celle des médecins exerçant principalement en milieu urbain, de 12,6 ans. Dans l'ensemble, ces différences s'appliquent à la plupart des descripteurs utilisés.

Deux autres cohortes ont ensuite été créées. Comme dans le cas de la cohorte A, elles comprenaient des médecins actifs au cours de chacune des 13 années de 1992 à 2004. Elles ne différaient que par le nombre d'années d'activité avant 1991 : les médecins de la cohorte B étaient inactifs en 1986 ou en 1987, et ceux de la cohorte C étaient inactifs en 1986, en 1987 ou en 1988.

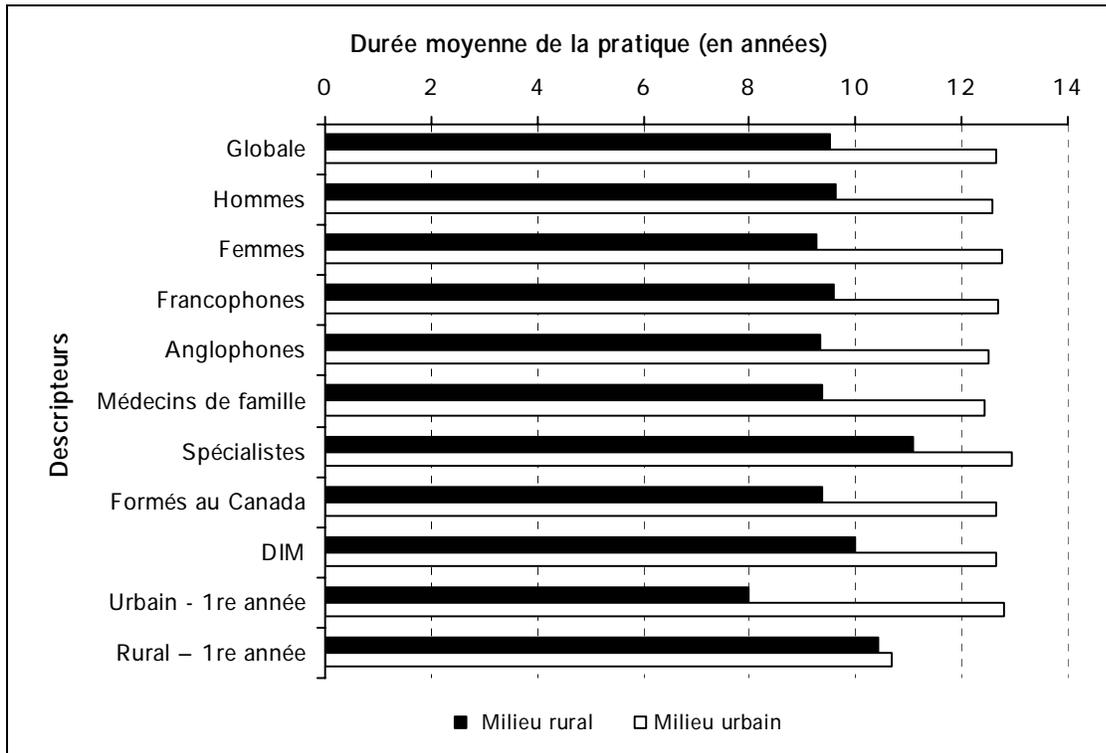
À l'aide des trois cohortes, on a corrélé la durée de la pratique en milieu rural avant 1992 avec la durée de la pratique en milieu rural de 1992 à 2004. Pour ces groupes de médecins, les coefficients de corrélation, positifs, se sont révélés modérément élevés : $r = 0,68$, $p < 0,001$ pour la cohorte C (3 ans avant 1992), $r = 0,72$, $p < 0,001$ pour la cohorte B (4 ans avant 1992), et $r = 0,78$, $p < 0,001$ pour la cohorte A (5 ans avant 1992). En résumé, plus le nombre d'années passées en milieu rural au cours des premières années de pratique est élevé, plus la durée de la pratique en milieu rural est longue.

En combinant les résultats de ces deux analyses et les points discutés précédemment, on peut conclure que les médecins pratiquant en milieu rural :

- sont généralement plus mobiles que leurs confrères exerçant en milieu urbain;
- ont tendance à quitter le milieu rural, ce qui fait diminuer la durée moyenne de la pratique dans ce milieu ;
- pratiquent plus longtemps en milieu rural si leur première année de pratique s'effectue dans ce milieu;
- ont davantage tendance à demeurer en milieu rural lorsqu'on les retient dans ce milieu le plus longtemps possible au cours de ces cinq années de pratique.

Ces comparaisons sont établies d'après des moyennes très simples et des analyses bivariées. Bien que les facteurs influant sur le maintien en poste soient beaucoup plus complexes, de telles analyses pourraient jeter les bases d'une série de modèles multivariés plus complexes de maintien en poste des médecins.

Figure 37. Durée moyenne de la pratique, globale et selon certains descripteurs, des médecins pratiquant en milieu rural et urbain au Canada de 1992 à 2004



Source : BDMS, ICIS.

En résumé

Le présent rapport doit son caractère unique, dans la série sur la migration des travailleurs du secteur de la santé, à l'utilisation de la base de données sur les médecins de l'ICIS (Base de données médicales Scott's, BDMS). Le recours à cette base de données a permis une analyse plus fine de la répartition et de la migration des médecins au Canada.

Dans l'ensemble, les tendances relatives à la migration des médecins étaient similaires à celles observées dans la population générale. Les analyses de certains descripteurs des médecins portent à tirer les conclusions suivantes :

- Les jeunes médecins étaient plus enclins à migrer que les médecins âgés.
- Les migrants interprovinciaux sont, en moyenne, plus jeunes que les migrants intraprovinciaux, lesquels sont plus jeunes que les non-migrants.
- L'écart entre les médecins migrants de sexe masculin et de sexe féminin s'atténue, surtout au chapitre de la migration interprovinciale, pour laquelle les proportions de médecins hommes et femmes sont maintenant très similaires.
- Une plus grande proportion de médecins de sexe féminin que de médecins de sexe masculin migrent vers une autre collectivité (migration intraprovinciale).
- Une plus grande proportion de médecins anglophones migrent vers une autre province.
- À l'opposé, les médecins francophones sont deux fois plus susceptibles que leurs confrères anglophones de migrer vers une autre collectivité à l'intérieur de la même province.
- Les tendances relatives à la migration interne chez les médecins, selon qu'ils sont médecins de famille ou spécialistes, sont complexes; en effet, les spécialistes étaient en proportion plus nombreux à migrer que les médecins de famille certaines années, mais ne l'étaient pas au cours d'autres années.
- Tout au long de la période à l'étude, les médecins pratiquant en milieu rural ont affiché une plus grande mobilité interne, tant interprovinciale qu'intraprovinciale, que les médecins exerçant en milieu urbain au Canada.
- Bien que les caractéristiques des médecins (telles que le sexe, la langue, le degré de spécialisation, etc.) entraînent certaines variations, la fréquence et le moment de la migration sont en gros similaires chez les médecins. Selon un échantillon limité, les médecins changeant de province ou de territoire le font généralement de une à deux fois en moyenne au cours de la période étudiée; par ailleurs, si un médecin compte changer de province ou de territoire, il le fera généralement au cours des cinq premières années de sa pratique.

Annexe A — Notes méthodologiques

L'analyse de la répartition et de la migration interne des médecins est basée principalement sur les données de la Base de données médicales Scott's (BDMS) de chacune des années de la BDMS de 1986 à 2004 inclusivement. Quelques-uns des résultats des analyses fondées sur la BDMS sont comparés à ceux de la population générale d'après les composantes de la croissance (*Statistiques démographiques annuelles, 2004*⁵¹ publiées par Statistique Canada.

Dans la série *Répartition et migration interne*, les données sur tous les autres professionnels de la santé provenaient du recensement de la population. Des totalisations spéciales ont été produites par Statistique Canada d'après les données de recensement de 1991, 1996 et 2001. Bien que le présent rapport soit axé sur des analyses des données de la BDMS, il prend également en compte des résultats des totalisations de ces recensements. Par conséquent, cette annexe présente les étapes méthodologiques pour les deux types de résultats. Ainsi, il est possible d'examiner les similitudes, les différences et les limites des deux méthodologies.

Unités géographiques d'analyse et désignations rurale et urbaine

a) Recensement

La répartition géographique de chacune des professions de la santé prises en compte dans le rapport est illustrée au moyen de chiffres et de ratios pour les provinces ou les territoires ainsi que pour les catégories urbaine ou rurale définies plus loin. Les ratios de dispensateurs de soins de santé par rapport à la population sont calculés et déclarés sous forme de nombre de dispensateurs de soins par 10 000 habitants, pour les professions de la santé dont les totaux globaux sont relativement haut, ou par 100 000 habitants. Des comparaisons temporelles des chiffres et des ratios sont examinées à l'aide de 3 années de recensement (1991, 1996, et 2001).

Les données fournies par Statistique Canada dans le cadre de cette étude ont été totalisées pour chacune des unités suivantes de la Classification géographique type (CGT)⁵² : province ou territoire, division de recensement (DR) et subdivision de recensement (SDR).

Notons que :

La subdivision de recensement (SDR) est « le terme générique qui désigne les municipalités (telles que définies par les lois provinciales ou territoriales) ou leur équivalent (par exemple les réserves indiennes, les établissements indiens et les territoires non organisés)⁵³ ». Dans le présent rapport, les SDR n'étant utilisées qu'indirectement, elles peuvent désigner des collectivités urbaines et rurales.

La division de recensement (DR) est « le terme générique qui désigne les régions géographiques établies en vertu de lois provinciales et qui sont des régions géographiques intermédiaires entre la municipalité et la province ou le territoire. Il peut s'agir de comtés, de districts régionaux, de municipalités régionales et d'autres genres de régions créées en

vertu des lois provinciales. Les lois provinciales ou territoriales de Terre-Neuve-et-Labrador, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ne prévoient pas la création de telles régions géographiques administratives. C'est pourquoi les divisions de recensement ont été établies par Statistique Canada, en collaboration avec ces provinces et territoires, pour la diffusion des données statistiques⁵³ ».

Étant donné le très grand nombre de données sur la répartition et la migration des SDR (5 600 en 2001, par exemple), elles ont été regroupées selon la catégorie urbaine ou rurale du système de CGT. Les SDR regroupées et les SDR fortement peuplées et de forte densité forment les zones urbaines ou, selon le système de CGT, les « régions métropolitaines de recensement » (RMR) et les « agglomérations de recensement » (AR). La combinaison des RMR et des AR forme les grands centres urbains (GCU), et toutes les autres SDR, les « régions rurales et les petites villes du Canada » (RRPV).

Les grands centres urbains (GCU) englobent :

- les régions métropolitaines de recensement (RMR) : très grands centres urbains d'au moins 100 000 habitants;
- les agglomérations de recensement (AR) : grands centres urbains comptant entre 10 000 et un peu moins de 100 000 habitants.

Les régions rurales et les petites villes (RRPV) englobent :

- toutes les collectivités situées hors des frontières des RMR et des AR.

b) Base de données médicales Scott's (BDMS)

La terminologie du système de CGT employée pour les analyses des données sur les médecins de la BDMS est identique à celle du recensement. Toutefois, en utilisant les codes postaux inscrits dans chaque enregistrement de la BDMS, le lieu géographique des médecins au cours de chacune des années de 1986 à 2004 a été affecté selon les unités de la CGT du recensement de 2001. Ces frontières permanentes permettent de comparer les données de la BDMS avec les estimations démographiques annuelles fournies par Statistique Canada.

Professions de la santé

a) Recensement

Dans chacun des questionnaires détaillés (rempli par 1 ménage sur 5) des recensements pris en compte dans l'étude, des questions portaient sur la profession des membres de 15 ans et plus de chaque ménage. À titre d'exemple, voici les questions tirées du recensement de 2001.

<p>42 Quel était le travail ou l'occupation de cette personne?</p> <p>Veuillez être précis. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • secrétaire juridique • plombier • guide d'expéditions de pêche • assembleur de meubles en bois • gérant de restaurant • enseignant au secondaire <p>(Si elle était dans les Forces armées, indiquez son grade.)</p>	<p>Occupation</p> <p>05 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p>Occupation</p> <p>05 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>43 Dans ce travail, quelles étaient les activités principales de cette personne?</p> <p>Veuillez être précis. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • préparer des documents juridiques • installer de la plomberie dans les résidences privées • guider des expéditions de pêche • fabriquer des meubles en bois • gérer un restaurant • enseigner les mathématiques 	<p>Activités principales</p> <p>06 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>07 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p>Activités principales</p> <p>06 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>07 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>

Selon les renseignements fournis pour ces deux questions, les codeurs du recensement classent chaque répondant dans l'une des catégories de la *Classification nationale des professions pour statistiques de 2001*^{54, 55}. Les questions des recensements de 1991 et de 1996 étaient similaires, mais les répondants de ces années ont été classés selon la *Classification type des professions de 1991*. Les professions de la santé visées par la présente série de rapports ont été classées selon des codes et des définitions de codes communs aux systèmes de classification de 1991 et de 2001⁵⁴.

La population cible de l'étude a été sélectionnée à partir de la grande catégorie professionnelle désignée sous le nom de Secteur de la santé. L'étude exclut toutefois les professions de cette grande catégorie vaguement définies par Statistique Canada (par exemple « Autres professionnels en... ») et celles relatives à la santé des animaux (par exemple les vétérinaires). Le tableau ci-dessous dresse la liste des professions de la santé étudiées dans la série de rapports. Les professions y sont présentées dans l'ordre dans lequel elles sont étudiées, et toutes sont associées au code de quatre caractères utilisé dans la *Classification nationale des professions pour statistiques de 2001* ou la *Classification type des professions de 1991*. La croix, dans la colonne de gauche du tableau, indique qu'il s'agit d'une profession de la santé examinée dans la série *Répartition et migration interne*. Les tableaux et graphiques des autres professions peuvent être consultés sur le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

	Code	Profession
Infirmiers/infirmières et services de soins infirmiers		
X	D111	Infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses*
X	D112	Infirmiers autorisés/infirmières autorisées*
X	D233	Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires
	D312	Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires
Groupe technique		
X	D211	Technologistes médicaux et assistants en anatomopathologie
X	D212	Techniciens/techniciennes de laboratoire médical
X	D214	Inhalothérapeutes, perfusionnistes cliniques et technologues cardio-pulmonaires
X	D215	Technologues en radiation médicale
X	D216	Technologues en échographie
	D217	Technologues en cardiologie
	D218	Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic
Professions en réadaptation		
X	D041	Audiologistes et orthophonistes
X	D042	Physiothérapeutes
X	D043	Ergothérapeutes
Groupe en soins dentaires		
X	D013	Dentistes
	D221	Denturologistes
X	D222	Hygiénistes et thérapeutes dentaires
	D223	Technologues dentaires, techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires
X	D311	Assistants/assistantes dentaires
Autres professions		
X	D031	Pharmaciens/pharmaciennes
	D021	Optométristes
	D231	Opticiens/opticiennes d'ordonnances
	D022	Chiropraticiens/chiropraticiennes
	D032	Diététistes et nutritionnistes
	D234	Ambulanciers/ambulancières et autre personnel paramédical
Médecins		
X	D011	Médecins spécialistes [†]
X	D012	Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale [†]

* Pour les besoins de l'étude, les chiffres pour ces deux groupes d'infirmières (infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses ainsi qu'infirmiers diplômés/infirmières diplômées) ont été combinés et étudiés sous le groupement « Infirmiers autorisés/infirmières autorisées ». Ce groupe comprend également les infirmières psychiatriques autorisées.

† Aux fins de l'étude, les deux groupes de médecins (celui des médecins spécialistes et celui des omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale) ont été étudiés séparément ainsi que de façon combinée, afin qu'il soit possible d'examiner la répartition et la migration interne de l'ensemble des médecins.

Les ensembles de données utilisés dans la présente partie de l'étude sont résumés ci-dessous à l'aide de la terminologie de Statistique Canada :

- Population de 15 ans et plus par sexe (3), groupe d'âges (7) et secteur de la santé (30), pour le Canada, les provinces et territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 1991.
- Population de 15 ans et plus par sexe (3), groupe d'âges (7) et secteur de la santé (30), pour le Canada, les provinces et territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 1996
- Population de 15 ans et plus par sexe (3), groupe d'âges (7) et secteur de la santé (30), pour le Canada, les provinces et territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 2001.

Les chiffres entre parenthèses pour les ensembles de données indiqués ci-dessus désignent le nombre de catégories comprises dans les données fournies. Ces catégories sont décrites plus loin dans la présente annexe.

b) Base de données médicales Scott's (BDMS)

Les Répertoires Scott's (www.MDSelect.com) se servent de la BDMS (auparavant la Base de données médicales Southam) pour créer le *Canadian Medical Directory* et des listes de diffusion à des fins commerciales. L'ICIS se procure un exemplaire de cette base de données tous les ans afin de mettre à jour la BDMS, dont elle se sert pour préparer des publications, traiter les demandes de rapports personnalisés et répondre aux demandes de projets spéciaux des clients¹⁰.

Pour les besoins du présent rapport, en ce qui concerne les professions (selon l'élément « catégorie de médecins » de la BDMS), les médecins sont classés dans trois catégories : médecins en médecine familiale, spécialistes ou inconnue.

Les « médecins en médecine familiale » comprennent les médecins qui ont obtenu la certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège des médecins du Québec (médecine de famille), les omnipraticiens non agréés par un organisme canadien, les spécialistes diplômés à l'étranger et les autres spécialistes non agréés.

Les « spécialistes » comprennent ceux qui ont été agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et par le Collège des médecins du Québec.

Il est à noter que les ensembles de données, dans le cadre de l'étude, ont été élaborés avant la modification de la méthodologie adoptée par l'ICIS, qui consiste à classer, chaque fois que possible, les spécialistes non agréés pratiquant à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan comme des spécialistes. Par ailleurs, les termes « Interne » et « Résident » ne sont pas employés dans le présent rapport.

Les Répertoires Scott's définissent les médecins comme « actifs » s'ils possèdent un doctorat en médecine et une adresse valide (le courrier acheminé au médecin n'est pas retourné à l'expéditeur). De plus, les médecins qui sont notamment administrateurs ou professeurs, mais qui n'exercent pas en cabinet privé, sont également considérés comme actifs. La plus grande partie du rapport est basé sur les médecins actifs. Toutefois, le « code d'activité médicale » de la BDMS comprend également les catégories suivantes : « À l'étranger » et « É.-U. ». Ces catégories permettent de repérer les migrants à l'étranger dans la composition de la migration. Ce dernier terme est défini plus loin.

Mobilité

a) Recensement

Les questionnaires détaillés des années de recensement à l'étude comportent une question sur le lieu de résidence 5 ans auparavant de tous les membres de 15 ans et plus d'un ménage (voir ci-dessous).

<p>25 Où cette personne habitait-elle il y a 5 ans, c'est-à-dire le 15 mai 1996?</p> <p>Cochez «(X)» un seul cercle.</p> <p>Nota :</p> <p>Pour ceux qui cochent le cercle 11 : Veuillez donner le nom de la ville plutôt que celui de la région métropolitaine à laquelle elle appartient.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saanich plutôt que Victoria (région métropolitaine); • St. Albert plutôt qu'Edmonton (région métropolitaine); • Laval plutôt que Montréal (région métropolitaine). 	<p>09 <input type="radio"/> Habitaît à l'adresse actuelle</p> <p>10 <input type="radio"/> Habitaît à une autre adresse dans le ou la même ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>11 <input type="radio"/> Habitaît un ou une autre ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne du Canada Précisez le nom de : Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>12 → <input type="text"/> Province/territoire</p> <p>13 → <input type="text"/></p> <p>14 <input type="radio"/> Habitaît en dehors du Canada Précisez le nom du pays</p> <p>15 → <input type="text"/></p>	<p>09 <input type="radio"/> Habitaît à l'adresse actuelle</p> <p>10 <input type="radio"/> Habitaît à une autre adresse dans le ou la même ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>11 <input type="radio"/> Habitaît un ou une autre ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne du Canada Précisez le nom de : Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>12 → <input type="text"/> Province/territoire</p> <p>13 → <input type="text"/></p> <p>14 <input type="radio"/> Habitaît en dehors du Canada Précisez le nom du pays</p> <p>15 → <input type="text"/></p>
--	--	--

Les réponses à cette question permettent de déterminer le statut de mobilité sur cinq ans des Canadiens comme suit :

Personne n'ayant pas déménagé :

a) Vivait à la même adresse cinq ans auparavant.

Personne ayant déménagé :

- Non-migrant : vivait à une **adresse différente** dans la **même collectivité** cinq ans auparavant;
- Migrant interne intraprovincial : vivait dans une **collectivité différente** au sein de la **même province** ou du **même territoire** cinq ans auparavant;
- Migrant interne interprovincial : vivait dans une **province différente** ou un **territoire différent** cinq ans auparavant;
- Migrant international : vivait à l'**extérieur du Canada** cinq ans auparavant.

Remarque : À Statistique Canada, la catégorie « migrant international » est appelée « migrant externe ». Celle-ci se compose principalement de personnes qui sont nées et ont grandi dans un autre pays avant de déménager au Canada. Toutefois, elle comprend aussi les Canadiens qui ont vécu à l'extérieur du pays pendant un certain temps et qui y sont revenus par la suite.

Les chiffres concernant les différentes catégories de statut de mobilité ont été fournis par Statistique Canada, pour chacune des unités géographiques dont il est question ci-après ainsi que chacune des professions de la santé. De plus, les chiffres agrégés ont été fournis pour le total de l'ensemble des autres professions, ici appelées « professions non liées à la santé » ou « main-d'œuvre canadienne ». Aux fins de l'étude, ces chiffres ont servi à définir la composition de la **migration** de chaque province et territoire, de chaque division de recensement et de l'ensemble du Canada. Pour chacune de ces unités géographiques, les migrants correspondent à une proportion de la population totale du corps professionnel visé. Ensuite, on calcule les pourcentages de migrants intraprovinciaux, interprovinciaux et internationaux, à la fois comme proportion de l'ensemble des migrants et comme proportion de la population totale visée.

Voici un résumé des ensembles de données employés pour cette partie de l'étude (terminologie de Statistique Canada) :

- Population de 15 ans et plus par groupe d'âges (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence 5 ans auparavant (10), pour le Canada, les provinces et territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 1991.
- Population de 15 ans et plus par groupe d'âges (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence 5 ans auparavant (10), pour le Canada, les provinces et territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 1996.
- Population de 15 ans et plus par groupe d'âges (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence 5 ans auparavant (10), pour le Canada, les provinces et territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 2001.

Les ensembles de données sur la composition de la migration exploités par l'étude n'indiquent pas le lien entre l'origine et la destination des migrants.

Des ensembles distincts de données fournis pour les analyses sur le **mouvement migratoire** ont permis la réalisation d'analyses sommaires sur la direction interprovinciale et intraprovinciale ainsi que le calcul de taux des mouvements migratoires. Ces ensembles de données figurent ci-dessous (note : ce groupe de données a été fourni séparément pour les hommes, les femmes et le total combiné d'hommes et de femmes) :

- Population de 15 ans et plus par groupe d'âges (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence 5 ans auparavant (252), pour le Canada, les provinces et territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 1991.
- Population de 15 ans et plus par groupe d'âges (7), secteur de la santé (30) et le lieu de résidence 5 ans auparavant (252), pour le Canada, les provinces et territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 1996.

- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âges (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence 5 ans auparavant (252), pour le Canada, les provinces et territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement; données-échantillon (20 %); Recensement 2001.

En raison des limites de ces ensembles de données, les analyses sur le mouvement migratoire se restreignent aux simples catégories rurales et urbaines par province ou territoire. Par conséquent, deux types de questions peuvent être posées, dont voici quelques exemples :

- Combien de dispensateurs de soins de santé (pour chaque profession de la santé) ont quitté l'Île-du-Prince-Édouard pour aller s'établir en Ontario?
- Combien de dispensateurs de soins de santé (pour chaque profession de la santé) ont quitté les régions rurales de la Nouvelle-Écosse pour aller s'établir dans les régions urbaines de l'Alberta?

Les analyses présentent les totalisations croisées du nombre de migrants des régions d'origine et des régions de destination, pour le nombre total de migrants de chaque profession de la santé. Pour chacune de ces totalisations, souvent appelées « matrices de transition », les totaux provinciaux et/ou ruraux-urbains sont calculés afin d'établir le nombre et la proportion de migrants d'entrée, de sortie et nets de chaque région. Les analyses présentent également les similitudes et les différences relatives au sexe et aux groupes d'âges.

Le sommaire de la migration d'entrée, de sortie et nette comprend les chiffres et les taux. En ce qui concerne les migrants et la population totale d'un groupe de dispensateurs de soins en particulier, on calcule les taux d'une région géographique comme suit⁴¹ :

- Le taux de migration de sortie, exprimé en pourcentage, représente le nombre de migrants qui ont quitté la région, divisé par la population totale dans cette région.
- Le taux de migration d'entrée, exprimé en pourcentage, représente le nombre de migrants qui ont quitté la région, divisé par la population totale dans cette région.
- Le taux de migration nette représente la différence entre le taux de migration d'entrée et le taux de migration de sortie; il peut donc être positif, négatif ou nul.

b) BDMS

Le statut de mobilité des médecins canadiens a été établi sur une base annuelle (par exemple en comparant les lieux de résidence de 1986 à ceux de 1987, ceux de 1987 à ceux de 1988, etc.) et d'une année de recensement à une autre (1986 à 1991, 1991 à 1996 et 1996 à 2001) selon une approche similaire à celle du recensement. L'adresse figurant dans la BDMS pour un médecin est celle où il préfère recevoir son courrier. Les codes postaux de ces adresses postales ont permis de déterminer la province et la SDR. En ce qui concerne la migration interprovinciale, la province où le médecin préfère que son courrier soit acheminé au cours de l'« année 1 » a été comparée à celle de l'« année 2 ». En ce qui concerne la migration intraprovinciale, la SDR où le médecin préfère que son courrier soit acheminé au cours de l'« année 1 » a été comparée à celle de l'« année 2 ».

Par ailleurs, on pourrait également déterminer les migrants entre milieu urbain et rural puisque les SDR peuvent être affectées aux GCU et aux RRPV du Canada.

On peut assigner aux médecins migrants internationaux deux catégories du code d'activité médicale de la BDMS : « À l'étranger » et « É.-U. ». La catégorie « À l'étranger », indiquant qu'un médecin a une adresse à l'extérieur du pays, est utilisée au cours de toutes les années de la BDMS prises en compte dans l'étude. Les Répertoires Scott's ont ajouté la catégorie « É.-U. » en 1992 pour indiquer qu'un médecin a migré vers les États-Unis. Dans la présente étude, ces deux catégories sont prises ensemble pour désigner les médecins à l'extérieur du Canada. Les comparaisons entre l'« année 1 » et l'« année 2 » ne peuvent donc être utilisées pour distinguer les « immigrants » et les « émigrants ».

Caractéristiques démographiques

a) Recensement

Les caractéristiques démographiques ci-dessous permettent de comparer la répartition et la migration interne chez les professionnels de la santé et de faire ressortir les différences.

- Sexe : totaux et nombre de médecins de sexe masculin et de sexe féminin.
- Nombres par groupes d'âges : moins de 20 ans, de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, 60 ans et plus.

Le groupe d'âges des 20 ans et moins ne s'appliquait pas à la plupart des professions de la santé à l'étude. Par conséquent, la plupart des tableaux et de l'analyse du rapport commencent au groupe des 20 à 29 ans.

b) BDMS

Les groupements selon l'âge et le sexe d'après la BDMS étaient similaires à ceux illustrés ci-dessus pour les données de recensement. Deux autres éléments de la BDMS, décrits nulle part ailleurs dans la présente annexe, ont été utilisés dans l'étude.

Dans la BDMS, la langue de communication de choix d'un médecin est l'anglais ou le français. Il faut reconnaître qu'un tel descripteur n'indique pas nécessairement qu'un médecin pratique exclusivement dans l'une de ces deux langues, ni si ses patients s'expriment surtout dans l'une de ces deux langues. Compte tenu de ces limites, cette variable sert d'indicateur de la langue de choix d'un médecin entre l'anglais et le français.

L'indicateur du pays d'obtention du doctorat est un élément de la BDMS qui, aux fins de la présente étude, indique si un médecin a obtenu son diplôme d'une école de médecine canadienne ou étrangère. Si le médecin a été formé à l'étranger, il est donc considéré comme un diplômé international en médecine (DIM).

Limites

Données

Le lecteur doit être conscient des avantages et des inconvénients de l'utilisation de la Base de données médicales Scott's pour la présente étude et d'autres analyses portant sur la répartition et la migration des médecins canadiens ainsi que sur leur nombre. Les limites des données sont décrites dans le tout dernier rapport de l'ICIS sur la BDMS¹⁰. Le passage qui suit, tiré textuellement de la page 26 de ce rapport, est digne d'intérêt pour les présentes analyses :

« La BDMS gérée par les Répertoires Scott's a été conçue pour produire des listes de distribution et à des fins de commercialisation. Par conséquent, il existe des limites dont on devrait tenir compte lors de l'utilisation des données.

Il faut noter qu'au moment d'utiliser ces données pour la planification en ressources de médecins, il existe des avantages et des inconvénients en ce qui a trait au recours à la BDMS. Les données présentent l'information sur le nombre et la migration des médecins au Canada, mais elles devraient également être utilisées avec d'autres bases de données sur les médecins qui indiquent et définissent la charge de travail des médecins. Les effectifs obtenus à partir de la BDMS varieront par rapport aux autres systèmes provinciaux, territoriaux et nationaux existants. Cependant, l'écart est inférieur à 5 % à l'échelle nationale, et dans certains regroupements de spécialités, les chiffres provinciaux et territoriaux sont presque similaires. Les points forts de la BDMS reposent sur sa nature historique, ce qui permet une analyse des tendances temporelles, et il s'agit du seul système national qui surveille la migration internationale et entre les secteurs de compétence. »

Migration

La plupart des études sur la migration, incluant celle-ci, comportent des limites communes. La présente étude compare le lieu de résidence d'un médecin entre deux périodes distinctes : le lieu de résidence actuel et le lieu de résidence un an ou cinq ans auparavant. Il se peut qu'un médecin ait migré plusieurs fois au cours de ces périodes de migration, en particulier au cours des périodes de cinq ans, ou qu'il ait quitté un lieu pour revenir s'y établir. Par conséquent, la BDMS ne reflète pas tous les mouvements effectués. Le fait que l'adresse corresponde au lieu de résidence, et non au lieu de travail, est une autre limite propre aux dispensateurs de soins de santé. Ainsi, le fait que des médecins vivent en milieu rural mais pratiquent en milieu urbain ou inversement pourrait entraîner des erreurs dans la présente étude.

Déterminants de la migration

De nombreux éléments contribuent à forger ce qu'on appelle la « personnalité du migrant⁵⁶ », ou pourraient être définis comme des facteurs d'attraction et de répulsion^{8, 57, 58, 59} influant sur la décision de migrer ou non. La présente étude est limitée aux variables qui seraient considérées comme des déterminants de la migration par rapport à celles qu'on peut trouver dans la BDMS elle-même. Toutefois, les bases de données administratives telles la BDMS ne tiennent pas compte d'importants facteurs d'attraction et de répulsion de la migration comme ceux liés aux caractéristiques du mode de vie et de la famille.

Le fait que les revenus ne soient pas pris en compte pourrait également être considéré comme une limite de l'étude. Toutefois, les références qui suivent mettent en lumière quelques-uns des messages contradictoires relevés dans des recherches menées au Canada sur l'influence du revenu comme facteur déterminant de la migration chez les médecins et le personnel infirmier.

- « Dans les années 1990, les salaires plus compétitifs n'étaient pas cités comme principal motif de la migration³⁷ ». Par contre, dans le même rapport, les auteurs ajoutent sans source à l'appui : « Cela dit, le salaire demeure un important incitatif à la migration. »
- Grâce aux données agrégées qui ont permis d'étudier la migration interprovinciale des médecins canadiens, « les résultats laissent entendre que les différences dans le revenu réel ont un effet positif et important sur la décision d'un médecin de migrer vers une autre province [...], mais les différences de revenu ne sont pas le seul facteur qui influence la décision de déménager³⁵ ».
- Les données individuelles qui ont permis d'étudier la migration interprovinciale des médecins du Canada ont révélé que « pour les médecins de l'Ontario et de la Saskatchewan, le revenu attendu dans une province est un déterminant important du choix de la province de résidence (...) toutefois, il n'a pas un effet d'une très grande ampleur (...) Le revenu n'est pas un facteur déterminant dans les autres modèles ou pour les médecins des provinces autres que l'Ontario et de la Saskatchewan⁶⁰ ».

Protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements personnels

Conformément aux protocoles de protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements personnels de l'ICIS⁶¹, deux procédures ont été adoptées dans le présent rapport afin de préserver l'anonymat de chaque médecin.

Tout d'abord, les données publiées pour l'étude respectaient la politique de non-publication de l'ICIS : « Si un médecin est inscrit auprès d'un ordre provincial ou territorial des médecins, mais qu'il n'est pas autorisé à pratiquer (l'indicateur d'inscription médicale = Non), et qu'il a avisé les Répertoires Scott's de ne pas publier l'information à son sujet dans le Canadian Medical Directory (l'indicateur sur le statut de publication = Ne pas publier), alors l'ICIS exclura de toutes les analyses et publications les enregistrements avec la mention de non-publication qu'il aura repérés dans la BDMS⁶² ».

Ensuite, selon une approche quelque peu similaire à celle adoptée dans la publication des données de la Base de données des infirmières et infirmiers autorisés⁶³, les cellules comprenant des valeurs de 1 à 4 ont été supprimées des tableaux de données si leur présentation était susceptible de révéler l'identité d'un médecin en particulier. S'il y a lieu, et si la valeur 0 ne s'appliquait pas, les données ont été supprimées lorsque la cellule comprenait des valeurs inférieures à 5.

Annexe B — Aperçu de la migration interne au Canada

La migration interne, soit le mouvement d'une région à une autre au sein d'un même pays, est un sujet de préoccupation pour les gouvernements, les dirigeants d'entreprise, les chercheurs et, en fin de compte, la population en général. « La migration est le principal mécanisme par lequel les populations régionales et locales s'ajustent aux changements économiques et sociaux⁶⁴ ». Par conséquent, ce sujet (ainsi que celui de l'immigration) a été abondamment étudié au Canada^{65, 66, 67, 68}.

Un document datant de 2004, *Mobilité des infirmières et infirmiers au Canada*³⁷, donnait des renseignements sur la migration interne des infirmières en résumant certaines des plus récentes études sur la mobilité de la population générale du Canada. Bien qu'il s'agisse d'un excellent résumé, l'accent n'était mis que sur la migration interprovinciale^{29, 69, 70, 71}. Ces études n'ont pas été conçues pour examiner la mobilité et le mouvement intraprovincial des Canadiens, deux éléments d'égale importance. Elles ne s'intéressaient pas non plus au mouvement entre les régions urbaines et rurales, au sujet duquel on a observé que « la migration interne est un sujet de préoccupation dans les régions rurales et les petites villes (RRPV) du Canada, car le développement rural est un phénomène avant tout démographique³¹. »

De plus, nombre de ces analyses se concentrent sur les caractéristiques de la migration de la population générale. Elles ne portent pas toujours sur une population en particulier.

En guise de toile de fond aux analyses des caractéristiques de migration interne des dispensateurs de soins du Canada, la présente annexe résume quelques caractéristiques des professions non liées à la santé agrégées. Comme nous le verrons, les Canadiens forment une nation « en mouvement³² ».

Composition de la migration

Le tableau B1 montre l'ampleur de la mobilité des Canadiens n'occupant pas une profession liée à la santé. Plus de trois millions d'entre eux vivaient en un autre lieu (à l'exclusion des déménagements au sein de la même collectivité) cinq ans précédant l'année de recensement indiquée. Ces chiffres comprennent les migrants intraprovinciaux, interprovinciaux et externes (personnes ayant vécu à l'extérieur du Canada). Les chiffres bruts illustrés dans le tableau mettent en évidence le fait que globalement, on comptait moins de migrants lors du recensement de 1996, comparativement à celui de 1991; en revanche, le nombre brut de migrants a augmenté en 2001.

Tableau B1. Nombre total de migrants au sein de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001

Province	1991	1996	2001
T.-N.-L.	42 895	33 915	34 015
Î.-P.-É.	14 515	12 420	12 620
N.-É.	93 195	75 635	72 845
N.-B.	66 545	59 070	64 875
Qc	867 610	733 945	819 625
Ont.	1 513 640	1 195 450	1 297 805
Man.	93 450	84 035	88 750
Sask.	96 750	94 640	95 390
Alb.	359 840	340 045	427 985
C.-B.	590 170	607 550	511 655
Yn	6 465	6 060	4 300
T.N.-O.	10 595	10 035	9 025
Canada	3 755 665	3 252 805	3 438 885

Remarques :

Les totaux des provinces et territoires peuvent différer de ceux du Canada en raison de la méthode d'arrondissement aléatoire employée par Statistique Canada.

Les migrants englobent tous les migrants intraprovinciaux, interprovinciaux et internationaux.

Pour 2001, les chiffres du Nunavut ont été combinés à ceux des Territoires du Nord-Ouest.

Sources : Recensements de la population de 1991, de 1996 et de 2001.

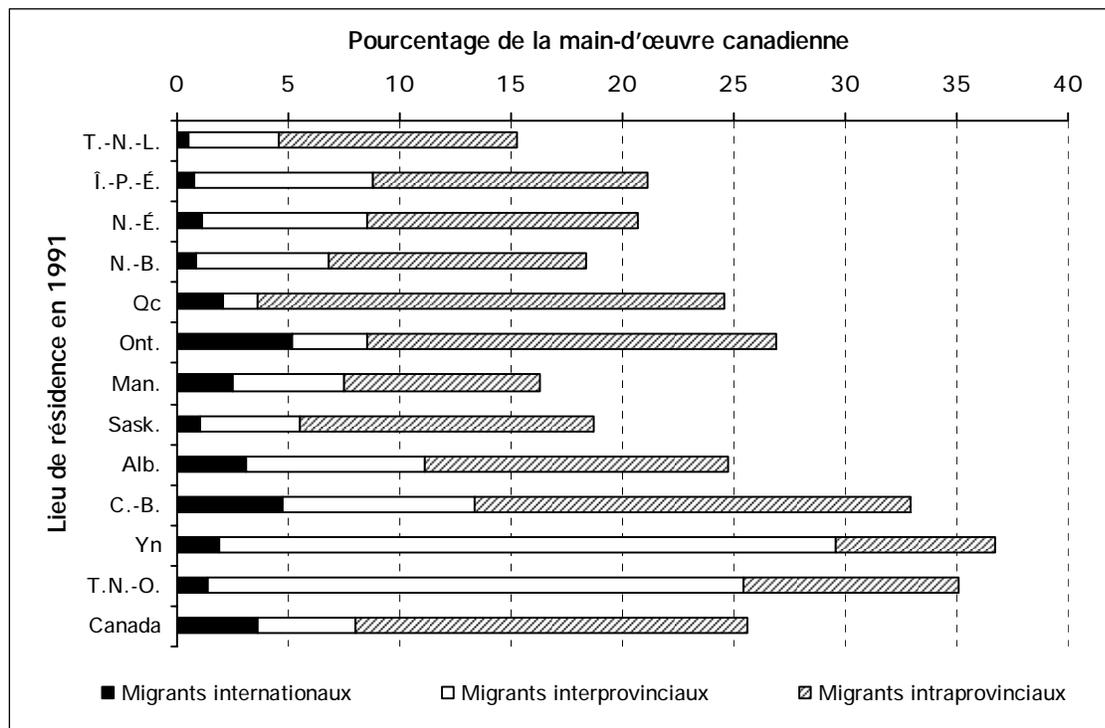
Malgré une hausse du nombre total de migrants en 2001, on a constaté que la proportion globale des migrants avait diminué²⁹, comme le montrent les figures B1 à B3. Ces dernières illustrent la composition de la migration relative des personnes n'occupant pas un emploi lié à la santé, par province et territoire et au Canada, pour les années de recensement 1991 (figure B1), 1996 (figure B2) et 2001 (figure B3). Pour chaque unité géographique illustrée, le pourcentage de la population globale n'occupant pas un emploi lié à la santé a été calculé et indiqué dans chacune des catégories suivantes : migrants internationaux, migrants interprovinciaux et migrants intraprovinciaux.

En 1991 au Canada, globalement, 25 % des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé (soit 3 755 665 personnes) avaient vécu dans une collectivité canadienne différente ou à l'extérieur du pays en 1986, comparativement à leur lieu de résidence en 1991. En ce qui concerne le recensement de 1991, 4 % des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé avaient vécu à l'extérieur du Canada (migrants internationaux) en 1986. Les migrants interprovinciaux représentaient 4 % de la population des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé, et 18 % d'entre eux ont déménagé dans une autre collectivité et sont considérés comme des migrants intraprovinciaux.

En 1996 et en 2001 au Canada, la proportion globale de migrants a diminué, passant à 22 % et à 21 % respectivement. Au cours de ces périodes, la proportion de migrants interprovinciaux est demeurée inchangée et celle des migrants intraprovinciaux a diminué, passant de 18 % en 1991 à 14 % en 2001. On a également observé une diminution de la proportion de migrants internationaux entre 1991 et 1996 (4 % et 3 %, respectivement), mais aucun changement n'est survenu entre 1996 et 2001.

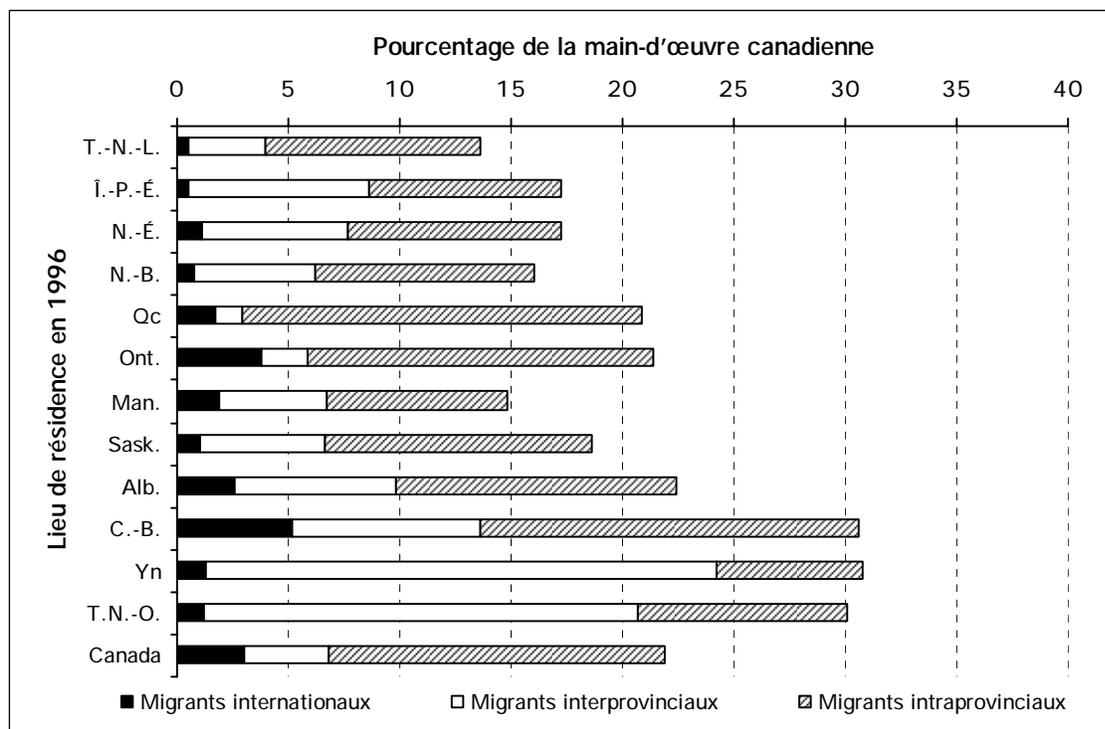
Les figures B1 à B3 illustrent les variations provinciales et territoriales des éléments de la composition de la migration.

Figure B1. Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991



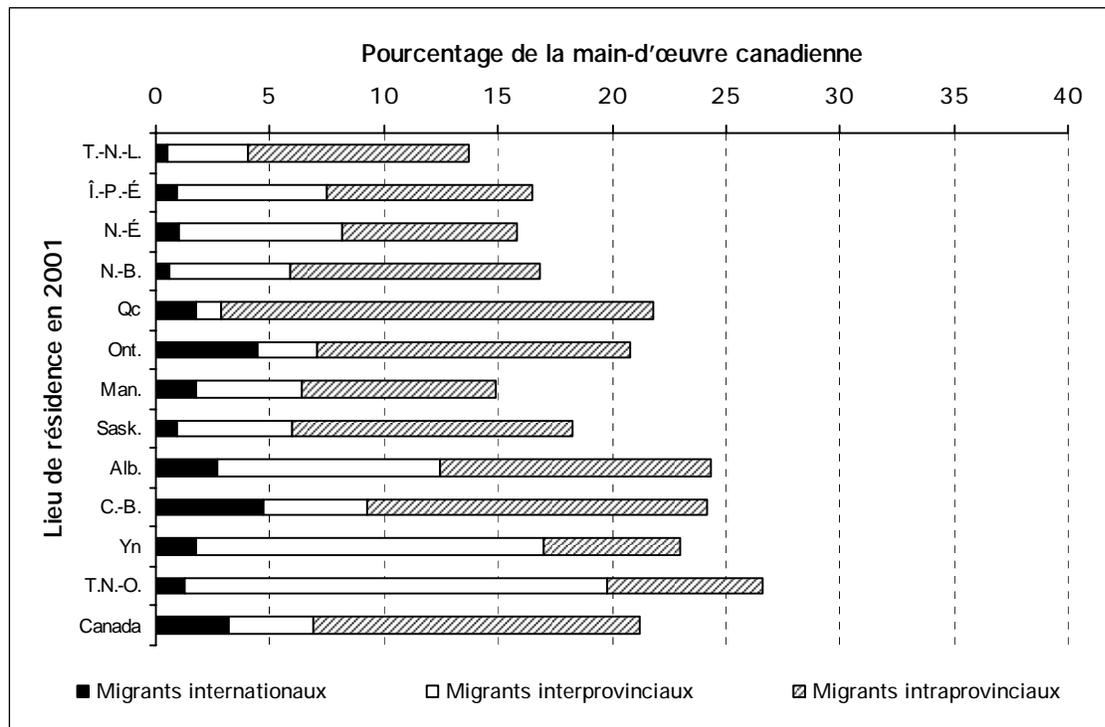
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure B2. Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure B3. Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 2001



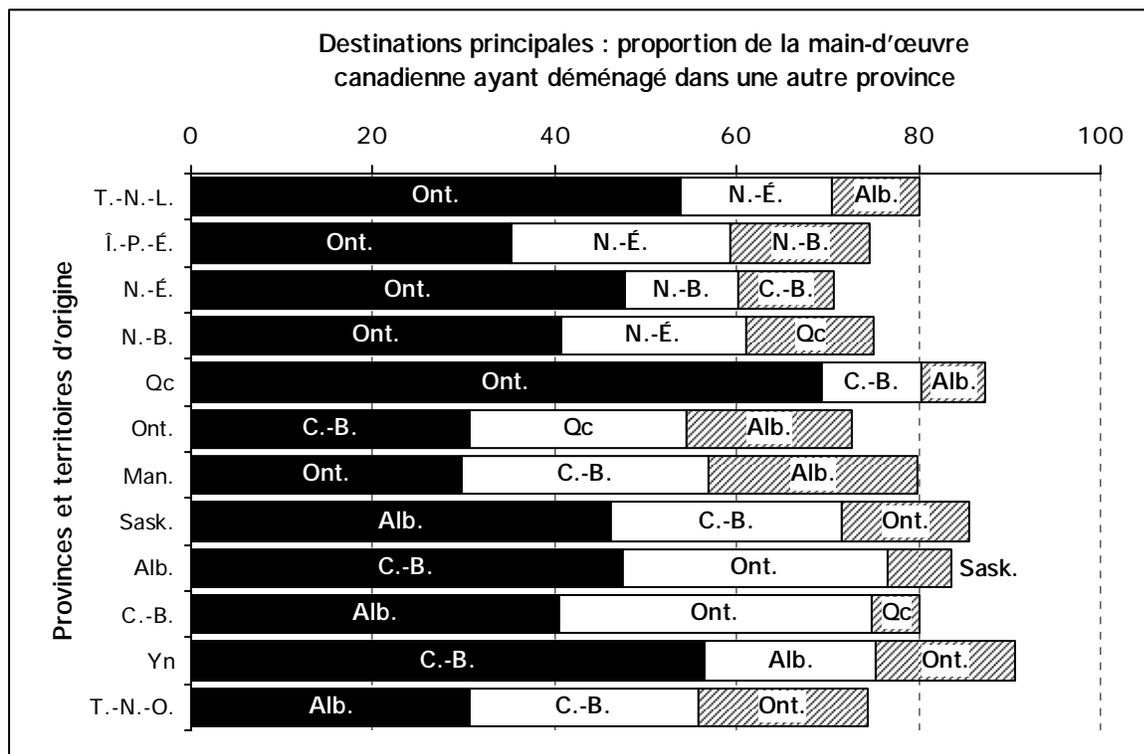
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration interprovinciale

Les figures B4 et B5 montrent la région d'origine et de la principale destination des migrants interprovinciaux n'occupant pas un emploi lié à la santé. Les trois destinations provinciales les plus communes pour chaque province et territoire sont présentées pour le recensement de 1991 (figure B4) et de 2001 (figure B5). Le tableau B2 présente le décompte brut de ces migrations interprovinciales, y compris l'ensemble des provinces et territoires d'origine et de destination. Ce tableau présente également l'origine et la destination des migrants interprovinciaux dénombrés en 1996.

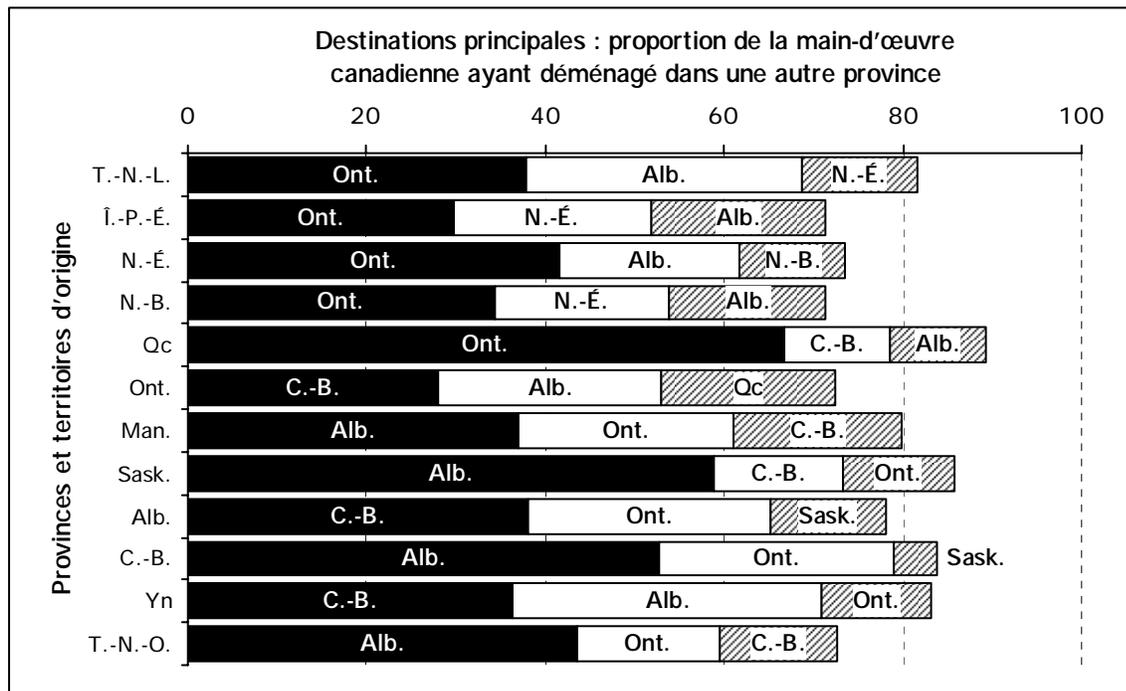
Ces figures et tableaux appuient l'observation générale selon laquelle au Canada, le mouvement interprovincial tend à « viser les provinces limitrophes, populeuses ou situées davantage vers l'Ouest⁷² ». Par exemple, les personnes n'occupant pas un emploi lié à la santé qui vivaient dans l'Est du Canada en 1986 mais qui avaient déménagé dans une autre province ou un autre territoire en 1991 s'étaient le plus souvent installées en Ontario. L'autre destination principale était une province avoisinant la province d'origine. Par exemple, un migrant de la Nouvelle-Écosse qui n'aurait pas choisi de déménager en Ontario aura probablement migré au Nouveau-Brunswick. La Colombie-Britannique était la principale destination des migrants de l'Ontario, tant en 1991 qu'en 2001. Les Canadiens de l'Ouest ont principalement déménagé dans une province adjacente, même si l'Ontario était également un deuxième choix de destination important.

Figure B4. Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 1991



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure B5. Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Bien que les figures B4 et B5 donnent une indication des principales destinations, le tableau B2 met en lumière l'interaction complexe entre l'ensemble des provinces et territoires. Il faut le consulter en conjonction avec le tableau B3, qui illustre les chiffres relatifs à la migration d'entrée, de sortie et nette des provinces et territoires.

Les tableaux B2 et B3 montrent clairement que lorsqu'on compare la migration interne observée de 1996 à 2001 avec le mouvement interprovincial antérieur, « le mouvement vers l'ouest se poursuit, mais s'arrête aux Rocheuses³² ». Comme le montre le tableau B3, la plupart des provinces en 1991 affichaient une migration nette négative, ce qui veut dire que de 1986 à 1991, le nombre de personnes ayant quitté la province ou le territoire était supérieur au nombre de personnes venues s'y installer. Au cours de cette période, c'est la Colombie-Britannique qui a enregistré la migration nette positive la plus élevée. Elle a également enregistré une migration nette positive élevée en 1996, mais en 2001, elle affichait une migration nette négative. Par contraste, l'Alberta, qui avait enregistré une migration nette négative en 1991, affichait en 1996 et en 2001 une migration nette positive. En 2001, l'Alberta a enregistré la migration nette positive la plus élevée.

Tableau B2. Mouvements migratoires interprovinciaux de la main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux sur cinq ans, selon la province ou le territoire de résidence, 1991, 1996 et 2001

Mouvements migratoires — 1986-1991		Lieu de résidence en 1986											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 1991	T.-N.-L.	0	135	1 925	700	660	5 445	335	135	1 435	720	10	140
	Î.-P.-É.	365	0	1 280	815	320	1 580	165	135	615	195	10	25
	N.-É.	4 145	1 595	0	5 815	1 995	12 090	1 125	440	3 435	2 460	20	280
	N.-B.	1 140	1 035	4 920	0	3 595	6 655	630	400	1 905	1 090	25	110
	Qc	535	435	2 520	3 980	0	34 720	2 555	1 130	4 295	3 920	80	205
	Ont.	13 525	2 355	18 920	11 590	49 090	0	15 265	9 265	37 455	25 825	590	1 320
	Man.	600	85	905	805	1 290	8 575	0	6 030	6 065	3 745	70	365
	Sask.	155	115	420	375	590	3 875	4 575	0	8 910	3 740	75	365
	Alb.	2 420	485	4 070	2 300	5 085	26 590	11 850	30 535	0	30 275	735	2 170
	C.-B.	1 730	360	4 200	1 845	7 640	44 680	13 815	16 760	60 760	0	2 190	1 775
	Yn	140	25	125	55	105	580	295	310	1 030	1 920	0	305
	T.N.-O.	335	55	385	170	395	1 065	620	890	2 265	970	80	0
Mouvements migratoires — 1991-1996		Lieu de résidence en 1991											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 1996	T.-N.-L.	0	125	1 705	535	385	4 330	150	160	690	475	10	190
	Î.-P.-É.	600	0	1 360	940	300	1 690	100	50	505	300	0	35
	N.-É.	4 050	1 185	0	4 600	2 100	10 935	800	440	2 355	2 315	10	240
	N.-B.	1 580	755	4 705	0	2 900	6 540	565	215	1 425	1 070	25	120
	Qc	630	220	2 015	3 275	0	28 795	1 390	645	2 880	3 350	65	270
	Ont.	10 485	1 230	12 865	6 990	38 565	0	8 910	4 215	17 960	16 845	235	830
	Man.	565	145	820	680	1 310	9 355	0	4 515	5 760	3 625	95	215
	Sask.	160	75	490	300	720	4 815	4 285	0	12 045	5 060	190	405
	Alb.	4 865	575	4 585	2 950	4 880	26 915	10 780	22 020	0	29 110	765	1 865
	C.-B.	4 005	605	6 820	2 795	12 490	61 005	11 955	10 825	52 755	0	2 030	1 360
	Yn	250	15	140	65	135	610	255	280	1 035	1 515	0	210
	T.N.-O.	675	30	415	175	315	1 290	410	505	1 925	655	105	0
Mouvements migratoires — 1996-2001		Lieu de résidence en 1996											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 2001	T.-N.-L.	0	185	1 530	540	505	3 195	190	110	1 245	990	55	225
	Î.-P.-É.	680	0	1 150	760	220	1 410	55	70	390	295	10	40
	N.-É.	4 505	1 210	0	5 605	2 035	10 520	1 010	610	3 325	3 910	105	280
	N.-B.	1 630	800	4 535	0	3 100	5 945	580	275	1 855	1 560	115	170
	Qc	615	130	1 985	4 095	0	23 905	1 265	640	2 855	5 355	90	225
	Ont.	13 220	1 630	15 735	9 820	50 920	0	9 600	5 620	21 595	31 540	565	1 145
	Man.	545	70	950	675	1 185	8 280	0	4 330	5 755	5 030	100	395
	Sask.	510	60	505	350	590	3 250	4 420	0	10 345	5 770	170	485
	Alb.	10 800	1 075	7 560	5 010	8 195	30 650	14 790	26 950	0	62 860	1 590	3 120
	C.-B.	1 650	280	3 350	1 590	8 970	34 565	7 540	6 680	30 160	0	1 665	935
	Yn	90	0	85	25	145	445	75	190	430	1 220	0	145
	T.N.-O.	715	40	440	165	380	1 055	395	325	1 335	805	125	0

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau B3. Main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux, de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001

	Sommaire de la migration								
	1991			1996			2001		
	De sortie	D'entrée	Nette	De sortie	D'entrée	Nette	De sortie	D'entrée	Nette
T.-N.-L.	25 090	11 640	-13 450	27 865	8 755	-19 110	34 960	8 770	-26 190
Î.-P.-É.	6 680	5 505	-1 175	4 960	5 880	920	5 480	5 080	-400
N.-É.	39 670	33 400	-6 270	35 920	29 030	-6 890	37 825	33 115	-4 710
N.-B.	28 450	21 505	-6 945	23 305	19 900	-3 405	28 635	20 565	-8 070
Qc	70 765	54 375	-16 390	64 100	43 535	-20 565	76 245	41 160	-35 085
Ont.	145 855	185 200	39 345	156 280	119 130	-37 150	123 220	161 390	38 170
Man.	51 230	28 535	-22 695	39 600	27 085	-12 515	39 920	27 315	-12 605
Sask.	66 030	23 195	-42 835	43 870	28 545	-15 325	45 800	26 455	-19 345
Alb.	128 170	116 515	-11 655	99 335	109 310	9 975	79 290	172 600	93 310
C.-B.	74 860	155 755	80 895	64 320	166 645	102 325	119 335	97 385	-21 950
Yn	3 885	4 890	1 005	3 530	4 510	980	4 590	2 850	-1 740
T.N.-O.	7 060	7 230	170	5 740	6 500	760	7 165	5 780	-1 385

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration intraprovinciale, urbaine et rurale

Les taux de migration nette des régions rurales et des petites villes visant toutes les personnes de 15 ans et plus s'élevaient à 0 %, de 1986 à 1991, puis à 1 %, de 1991 à 1996³¹. On rapporte également que les taux de migration nette relatifs aux grands centres urbains (GCU), au cours des mêmes périodes, sont demeurés inchangés. Surtout, on n'a observé pratiquement aucun mouvement net de 1986 à 1991, mais les régions rurales du pays ont enregistré une migration nette positive. Toutefois, ces taux reposaient sur des mouvements migratoires englobant les personnes qui ne faisaient pas partie de la main-d'œuvre générale.

À l'aide de la méthodologie utilisée lors de l'étude mentionnée plus haut, les chiffres et les taux relatifs à la migration urbaine et rurale ont été calculés pour l'agrégé de tous les Canadiens n'occupant pas un emploi lié à la santé (tableau B4).

La migration des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé diffère de celui de la population générale. En effet, de 1986 à 1991, dans l'ensemble, le taux de migration nette des régions rurales était négatif (-1 %) et celui des régions urbaines, positif. Or, de 1991 à 1996 les taux de migration nette étaient quelque peu similaires : celui des régions rurales était positif et celui des GCU, négatif. Malgré des différences numériques d'une certaine importance entre les taux de migration nette des hommes et des femmes, leurs caractéristiques étaient similaires tant sur le plan rural qu'urbain. Le tableau B4 montre un retour, de 1996 à 2001, à un taux de migration nette négatif pour les régions rurales et à un taux positif pour les régions urbaines. En ce qui concerne les régions rurales du pays, tant pour la période s'échelonnant de 1986 à 1991 que celle allant de 1996 à 2001, les

taux négatifs de migration nette étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Dans le même ordre d'idées, les taux de migration nette positifs enregistrés dans les régions rurales de 1991 à 1996 étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

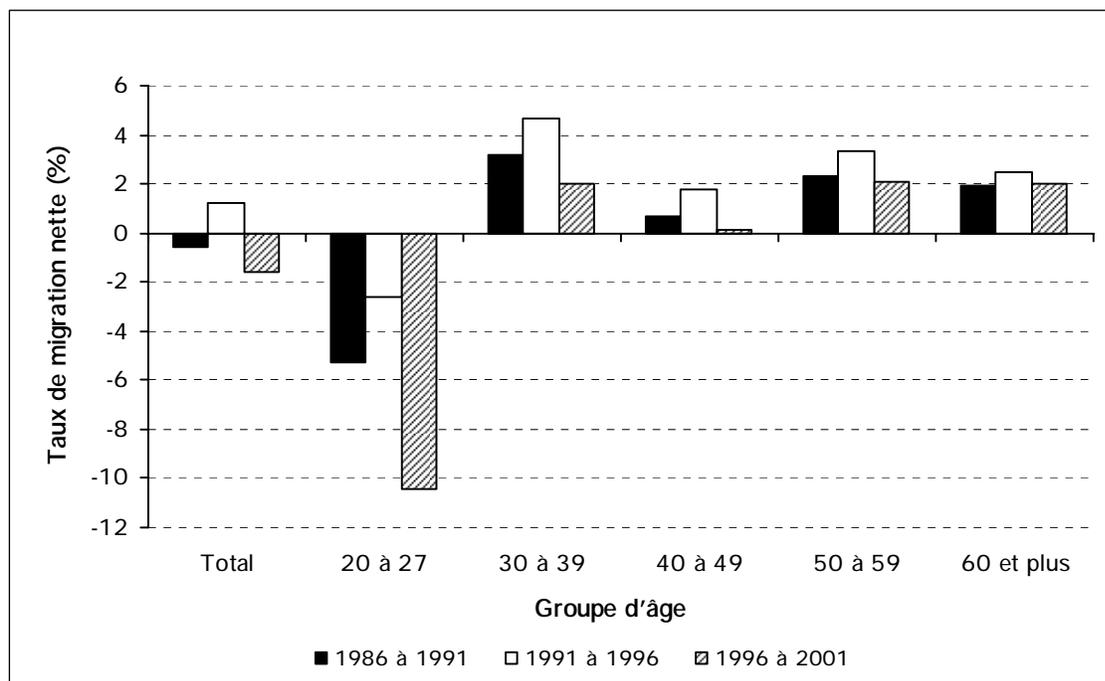
Tableau B4. Main-d'œuvre canadienne : migration entre les régions urbaines et les régions rurales

	1986-1991			1991-1996			1996-2001		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Nombre de personnes n'ayant pas déménagé et de migrants internes									
Personnes n'ayant pas déménagé									
Régions rurales	3 131 960	1 822 910	1 309 050	3 160 255	1 817 850	1 342 405	3 191 250	1 797 295	1 393 960
Régions urbaines	11 575 680	6 365 655	5 210 025	11 682 065	6 367 405	5 314 655	13 010 475	6 987 445	6 023 030
Migrants internes									
Régions rurales vers régions urbaines	423 870	228 600	195 275	340 065	181 720	158 350	414 145	217 275	196 870
Régions urbaines vers régions rurales	402 075	223 645	178 425	382 005	209 850	172 155	355 075	192 825	162 255
Taux de migration nette total vers les régions rurales	-21 795	-4 955	-16 850	41 940	28 130	13 805	-59 070	-24 450	-34 615
Proportion de migrants									
Régions rurales									
Taux de migration d'entrée	11	11	12	11	11	12	10	10	10
Taux de migration de sortie	12	11	13	10	9	11	12	11	12
Taux de migration nette	-1	0	-1	1	1	1	-2	-1	-2
Régions urbaines									
Taux de migration d'entrée	4	4	4	3	3	3	3	3	3
Taux de migration de sortie	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Taux de migration nette	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

L'examen des taux de migration nette visant les régions rurales, à la figure B6, illustre bien la complexité des mouvements de migration urbaine et rurale selon le groupe d'âge^{ix}. Comme le montre le tableau, les taux globaux de migration nette des 20 à 29 ans sont plus élevés que dans tout autre groupe d'âge. Ce groupe d'âge affiche un taux de migration nette négatif pour toutes les années de recensement à l'étude. Tous les autres groupes d'âge affichent un taux de migration nette positif concernant les régions rurales du pays. Toutefois, et particulièrement en ce qui concerne les périodes de migration allant de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001, l'afflux de personnes des groupes d'âge plus élevés ne suffit pas à générer un taux global de migration nette positif. La figure B6 montre l'exode des jeunes n'occupant pas un emploi lié à la santé des régions rurales et des petites villes canadiennes.

Figure B6. Main-d'œuvre canadienne : Migration nette des régions rurales, selon le groupe d'âge, Canada, 1991, 1996 et 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

ix. Un graphique similaire de la migration nette urbaine chez les personnes des mêmes groupes d'âge et au cours des mêmes années apparaîtrait comme un miroir des caractéristiques de la migration nette rurale illustrées à la figure B6, avec pour seule différence la magnitude des taux de migration nette urbaine qui tendent à être plus faibles en raison de l'effet modérateur du nombre plus élevé de personnes, dans les régions urbaines, ayant déménagé et n'ayant pas déménagé.

Le tableau B5 montre d'autres détails sur les caractéristiques de la migration interne des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé. Il donne une vue d'ensemble de la migration interprovinciale et intraprovinciale ainsi que des mouvements entre les régions rurales et urbaines du pays. Voici trois exemples illustrant les façons possibles d'interpréter le tableau B5 :

- Pour la période allant de 1986 à 1991, 42 % des migrants internes qui vivaient dans les régions urbaines de Terre-Neuve-et-Labrador, en 1986, avaient migré vers des régions urbaines hors de la province. Ce mouvement interprovincial de région urbaine à région urbaine s'est reproduit en 1996 et en 2001.
- C'est en Alberta qu'on remarque la prédominance de la migration des personnes n'occupant pas un emploi lié à la santé depuis les régions rurales vers les régions urbaines : de 1986 à 1991, 44 % des travailleurs de ce groupe sont partis d'une région rurale vers une région urbaine (au sein de la même province). Cette proportion de migrants intraprovinciaux des régions rurales vers les régions urbaines a diminué, en 1996, passant à 42 %, mais a augmenté de nouveau en 2001, passant à 48 %.
- Tous les mouvements depuis les régions rurales n'ont pas pour destination des régions urbaines. Au Nouveau-Brunswick, de 1986 à 1991, d'autres régions rurales de la province ont accueilli des travailleurs des régions rurales du Nouveau-Brunswick (34 % en 1991 et 33 % en 1996). Toutefois, en 2001, le mouvement depuis les régions rurales vers les régions urbaines dominait au Nouveau-Brunswick.

Tableau B5. Main-d'œuvre canadienne : sommaire des mouvements de migration urbaine et rurale, en pourcentage, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001

		Lieu de résidence en 1991				Lieu de résidence en 1996				Lieu de résidence en 2001			
		Même province ou territoire		Province ou territoire différent		Même province ou territoire		Province ou territoire différent		Même province ou territoire		Province ou territoire différent	
		Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale
Lieu de résidence cinq ans auparavant	T.-N.-L.												
	Urbaine	38	14	42	6	30	16	45	9	28	11	54	8
	Rurale	27	29	37	7	23	23	42	12	23	20	48	10
	Î.-P.-É.												
	Urbaine	40	10	42	8	30	18	42	10	31	17	43	9
	Rurale	32	34	26	8	36	32	23	9	35	32	28	5
	N.-É.												
	Urbaine	43	13	38	6	35	15	42	8	20	17	54	9
	Rurale	32	30	30	8	35	28	28	9	37	26	28	8
	N.-B.												
	Urbaine	41	15	39	6	40	19	34	7	38	17	39	6
	Rurale	30	34	27	9	31	33	27	9	34	32	28	7
	Qc												
	Urbaine	78	12	9	1	76	13	9	1	77	12	10	1
	Rurale	58	38	3	1	56	40	3	1	60	36	3	2
	Ont.												
	Urbaine	74	13	11	2	73	12	13	2	76	11	11	2
	Rurale	51	40	7	3	53	35	8	4	61	30	7	3
	Man.												
	Urbaine	15	21	57	8	17	24	51	8	20	22	51	8
	Rurale	37	32	20	10	39	36	15	10	40	35	18	8
	Sask.												
	Urbaine	26	14	51	9	29	20	43	9	30	20	43	8
	Rurale	39	28	22	11	38	34	18	10	40	31	19	10
	Alb.												
	Urbaine	38	16	39	8	41	19	32	8	48	19	27	6
	Rurale	44	35	14	7	42	39	12	7	48	36	10	6
	C.-B.												
	Urbaine	72	10	15	3	71	13	13	3	63	9	23	4
	Rurale	53	30	12	5	49	33	11	7	48	26	19	8
Yn													
Urbaine	0	15	64	22	2	14	59	26	3	7	66	25	
Rurale	26	14	37	24	33	12	28	27	28	9	40	23	
T.N.-O.													
Urbaine	0	12	65	23	0	13	62	26	0	5	73	22	
Rurale	10	27	38	25	11	38	33	19	13	21	42	24	

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Annexe C — Médecins — Tableaux supplémentaires

Tableau C1. Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs au Canada, de 1986 à 2004

Année	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Moyenne d'âge
1986	5,8	32,3	25,6	20,3	16,0	45,6
1987	6,1	32,6	26,0	19,6	15,7	46,3
1988	6,4	32,4	26,3	19,1	15,7	45,4
1989	6,6	32,2	26,9	18,5	15,7	45,3
1990	6,3	32,3	27,7	18,3	15,3	45,3
1991	6,0	32,1	28,7	18,1	15,0	45,3
1992	5,7	31,7	29,2	18,1	15,3	45,5
1993	5,6	31,0	29,7	18,3	15,3	45,6
1994	4,4	30,4	30,9	19,0	15,3	45,9
1995	3,6	29,3	31,9	19,6	15,6	46,2
1996	3,1	28,4	32,6	20,4	15,4	46,4
1997	2,9	27,1	32,9	21,5	15,7	46,8
1998	2,8	26,3	32,9	22,0	16,0	47,0
1999	2,6	25,6	33,0	22,9	16,0	47,3
2000	2,4	25,0	32,9	23,5	16,2	47,5
2001	2,3	24,6	32,7	24,5	15,8	47,6
2002	2,3	24,2	32,7	25,1	15,8	47,7
2003	1,7	22,7	32,5	26,3	16,8	48,3
2004	1,6	22,2	31,8	26,9	17,5	48,6

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C2. Moyenne d'âge, en années, des médecins actifs, selon la province ou le territoire, de 1986 à 2004

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
1986	42,9	48,7	45,5	46,2	44,6	46,4	46,3	46,1	44,7	46,3	41,1	41,2	37,2
1987	44,8	49,4	46,2	46,5	45,3	47,0	47,0	47,3	45,4	46,9	42,5	43,6	42,8
1988	43,0	48,6	45,1	45,7	44,6	45,9	46,2	46,2	44,1	46,0	40,7	42,2	41,0
1989	43,1	48,6	44,8	45,0	45,0	45,7	45,5	46,5	44,3	45,8	40,4	40,2	44,1
1990	43,5	49,0	45,2	44,9	44,9	45,6	45,5	46,5	44,2	45,7	40,4	41,4	41,4
1991	43,9	48,6	45,0	44,8	45,0	45,6	45,2	46,6	44,1	45,5	40,5	40,9	44,6
1992	44,3	47,8	45,2	45,1	45,3	45,8	45,3	46,6	44,4	45,4	42,1	40,8	40,6
1993	44,1	48,5	45,0	45,2	45,6	46,0	45,2	46,6	44,4	45,3	42,6	41,3	44,3
1994	44,4	47,0	45,7	45,3	46,0	46,4	45,4	46,4	44,5	45,6	43,2	40,1	45,3
1995	44,8	47,6	46,0	45,5	46,3	46,7	45,5	46,9	45,1	46,0	44,0	41,4	48,4
1996	45,1	48,1	46,2	45,8	46,4	47,0	45,9	47,3	45,4	46,1	43,9	41,8	39,3
1997	45,5	48,6	46,4	46,2	46,7	47,4	46,1	47,7	45,7	46,4	43,5	42,6	39,7
1998	45,8	48,8	46,6	46,3	46,9	47,7	46,5	47,8	45,9	46,8	45,9	42,9	44,3
1999	46,1	48,8	46,8	46,6	47,1	47,9	46,8	47,6	45,9	47,1	47,1	42,8	40,3
2000	46,1	49,5	47,1	47,1	47,4	48,1	46,8	48,0	46,5	47,3	47,4	44,8	43,0
2001	46,2	48,8	47,4	46,7	47,6	48,1	46,9	48,0	46,4	47,6	46,7	44,5	47,4
2002	46,3	49,2	47,5	47,0	47,2	48,5	47,4	48,2	46,0	47,9	47,0	44,3	42,8
2003	46,7	49,1	48,1	47,1	48,3	48,9	48,2	48,6	46,4	48,3	45,9	43,3	46,2
2004	47,2	48,9	48,2	47,0	48,4	49,2	48,4	48,6	46,7	49,1	48,6	43,5	46,7

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C3. Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs non-migrants (migration interne), par périodes de migration de 1 an et de 5 ans

Période de migration	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Moyenne d'âge
Période de migration de 1 an						
1986-1987	4,8	31,6	26,8	21,4	15,4	45,8
1987-1988	4,7	31,7	27,3	20,7	15,6	45,8
1988-1989	5,2	31,7	27,6	20,1	15,3	45,6
1989-1990	5,1	31,6	28,7	19,8	14,8	45,5
1990-1991	4,9	31,7	29,3	19,5	14,5	45,5
1991-1992	4,7	30,9	30,3	19,2	14,8	45,7
1992-1993	4,6	30,9	30,5	19,1	15,0	45,8
1993-1994	4,3	30,3	31,2	19,4	14,8	45,9
1994-1995	3,7	29,5	32,1	19,8	14,8	46,1
1995-1996	3,0	28,5	33,4	20,6	14,5	46,3
1996-1997	2,6	27,5	33,7	21,3	14,9	46,6
1997-1998	2,4	26,0	34,0	22,3	15,3	47,0
1998-1999	2,3	25,2	34,0	23,0	15,5	47,2
1999-2000	1,9	24,5	34,0	24,0	15,6	47,5
2000-2001	2,0	23,9	34,2	24,6	15,3	47,6
2001-2002	1,8	23,5	33,9	25,8	14,9	47,7
2002-2003	2,0	23,2	33,4	25,9	15,5	47,9
2003-2004	1,4	21,6	33,3	27,4	16,3	48,5
Période de migration de 5 ans						
1986-1991	4,2	32,8	29,7	22,7	10,6	44,9
1991-1996	3,9	31,8	33,6	20,5	10,3	44,8
1996-2001	2,0	27,1	37,0	22,9	11,1	46,0

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C4. Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs considérés comme des migrants internes, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans

Période de migration	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Moyenne d'âge
Période de migration de 1 an						
1986-1987	18,1	48,4	16,5	9,5	7,6	38,6
1987-1988	18,5	46,7	17,8	9,2	7,8	38,7
1988-1989	21,5	47,2	16,2	8,5	6,6	37,9
1989-1990	21,2	46,7	17,1	8,1	7,0	38,0
1990-1991	21,1	46,7	17,9	8,0	6,2	37,9
1991-1992	16,1	45,6	19,0	10,5	8,7	39,8
1992-1993	19,1	46,3	18,2	8,8	7,6	38,7
1993-1994	18,8	46,0	20,1	8,4	6,8	38,6
1994-1995	14,8	48,4	19,3	9,5	8,0	39,3
1995-1996	11,8	46,5	20,9	10,2	10,6	40,7
1996-1997	11,7	45,9	21,8	10,7	9,9	40,8
1997-1998	8,7	41,0	26,3	13,7	10,2	42,2
1998-1999	10,6	43,4	26,0	12,2	7,8	40,9
1999-2000	11,0	44,3	25,6	11,3	7,7	40,5
2000-2001	8,2	43,5	26,0	13,6	8,6	41,7
2001-2002	8,7	43,4	26,4	13,3	8,2	41,4
2002-2003	7,7	41,5	27,6	15,7	7,5	41,9
2003-2004	5,4	38,4	28,1	16,2	11,8	43,7
Période de migration de 5 ans						
1986-1991	15,2	46,4	20,5	12,0	6,0	39,2
1991-1996	16,0	44,7	21,1	10,9	7,3	39,5
1996-2001	8,3	42,9	27,6	13,7	7,6	41,4

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C5. Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs considérés comme des migrants interprovinciaux, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans

Période de migration	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Moyenne d'âge
Période de migration de 1 an						
1986-1987	20,7	52,3	12,5	10,0	4,6	37,2
1987-1988	18,2	54,6	15,7	7,1	4,4	37,1
1988-1989	21,9	52,2	13,1	8,3	4,5	36,7
1989-1990	21,4	51,8	15,9	6,7	4,2	36,5
1990-1991	21,3	52,0	15,8	7,0	4,0	36,5
1991-1992	22,2	52,5	14,1	7,6	3,6	36,6
1992-1993	21,4	53,5	16,2	5,6	3,3	36,2
1993-1994	21,5	49,5	19,9	5,9	3,2	36,6
1994-1995	18,0	51,5	18,8	7,0	4,7	37,3
1995-1996	15,4	54,3	17,0	8,8	4,4	37,7
1996-1997	14,8	51,4	20,3	8,7	4,7	38,1
1997-1998	9,2	54,7	22,0	9,8	4,3	38,8
1998-1999	9,2	49,3	27,0	10,3	4,2	39,3
1999-2000	10,7	48,3	25,8	10,2	5,0	39,4
2000-2001	8,1	50,2	25,4	11,7	4,7	39,8
2001-2002	9,1	52,4	24,0	10,1	4,3	39,1
2002-2003	9,2	50,5	24,2	13,2	2,8	39,3
2003-2004	7,1	49,0	25,8	14,0	4,1	40,0
Période de migration de 5 ans						
1986-1991	15,8	52,2	18,8	9,8	3,4	37,8
1991-1996	18,8	51,2	18,8	8,4	2,7	37,1
1996-2001	9,4	49,2	26,5	11,0	3,9	39,4

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C6. Répartition selon l'âge, en pourcentage, et moyenne d'âge, en années, des médecins actifs considérés comme des migrants intraprovinciaux par périodes de migration de 1 an et de 5 ans

Période de migration	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	Moyenne d'âge
Période de migration de 1 an						
1986-1987	17,3	47,3	17,7	9,3	8,5	39,0
1987-1988	18,5	44,2	18,5	9,8	8,9	39,2
1988-1989	21,3	45,3	17,3	8,6	7,4	38,4
1989-1990	21,1	44,9	17,5	8,6	8,0	38,5
1990-1991	21,0	44,9	18,7	8,4	7,0	38,4
1991-1992	14,7	43,9	20,2	11,3	9,9	40,6
1992-1993	18,3	43,8	18,9	9,9	9,1	39,5
1993-1994	18,1	45,0	20,1	9,1	7,8	39,1
1994-1995	13,9	47,5	19,4	10,3	9,0	39,9
1995-1996	10,9	44,4	21,9	10,5	12,3	41,5
1996-1997	10,7	44,2	22,3	11,3	11,4	41,6
1997-1998	8,6	37,8	27,3	14,7	11,6	43,0
1998-1999	11,0	41,6	25,7	12,8	8,9	41,4
1999-2000	11,1	43,3	25,6	11,6	8,4	40,8
2000-2001	8,3	41,3	26,2	14,3	9,9	42,3
2001-2002	8,5	40,7	27,2	14,2	9,4	42,2
2002-2003	7,0	37,9	29,0	16,7	9,4	43,0
2003-2004	5,0	35,9	28,7	16,7	13,7	44,6
Période de migration de 5 ans						
1986-1991	15,0	44,5	21,0	12,7	6,8	39,6
1991-1996	15,3	42,9	21,7	11,6	8,5	40,2
1996-2001	7,9	41,0	27,9	14,4	8,7	42,0

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C7. Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable du sexe (0 = homme, 1 = femme) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004

Période de migration de 1 an	Toute forme de migration interne			Migration interprovinciale			Migration intraprovinciale		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
1986-1987	1,12	1,02	1,23	1,02	0,84	1,22	1,16	1,04	1,28
1987-1988	1,09	0,99	1,19	1,07	0,90	1,27	1,10	0,99	1,22
1988-1989	1,17	1,07	1,28	1,03	0,87	1,21	1,23	1,12	1,36
1989-1990	1,04	0,96	1,14	1,00	0,86	1,17	1,07	0,97	1,18
1990-1991	1,05	0,97	1,15	0,94	0,80	1,11	1,10	0,99	1,21
1991-1992	0,98	0,91	1,06	0,93	0,80	1,09	1,00	0,92	1,09
1992-1993	1,10	1,02	1,20	0,97	0,83	1,13	1,17	1,06	1,28
1993-1994	0,99	0,91	1,07	0,89	0,75	1,05	1,02	0,94	1,12
1994-1995	1,06	0,97	1,16	1,09	0,92	1,29	1,06	0,96	1,17
1995-1996	1,03	0,95	1,12	0,96	0,81	1,15	1,06	0,97	1,16
1996-1997	0,98	0,90	1,07	0,87	0,73	1,04	1,03	0,93	1,13
1997-1998	0,99	0,92	1,07	0,97	0,82	1,14	1,00	0,92	1,09
1998-1999	1,02	0,94	1,10	0,87	0,74	1,02	1,07	0,98	1,17
1999-2000	1,01	0,94	1,09	0,96	0,82	1,13	1,03	0,95	1,12
2000-2001	1,02	0,94	1,10	1,04	0,90	1,20	1,02	0,93	1,11
2001-2002	1,07	1,00	1,15	1,01	0,87	1,17	1,10	1,02	1,20
2002-2003	1,09	1,00	1,20	0,91	0,77	1,08	1,18	1,06	1,31
2003-2004	1,03	0,96	1,11	0,93	0,79	1,09	1,07	0,99	1,16

Remarque : Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C8. Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable de la langue (0 = anglais, 1 = français) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004

Période de migration de 1 an	Toute forme de migration interne			Migration interprovinciale			Migration intraprovinciale		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
1986-1987	1,50	1,38	1,64	0,34	0,27	0,44	2,00	1,83	2,20
1987-1988	1,55	1,42	1,69	0,35	0,27	0,45	2,11	1,92	2,31
1988-1989	1,04	0,95	1,13	0,29	0,23	0,37	1,39	1,26	1,53
1989-1990	1,32	1,22	1,44	0,30	0,24	0,39	1,81	1,65	1,98
1990-1991	1,31	1,20	1,42	0,29	0,23	0,37	1,80	1,65	1,98
1991-1992	1,22	1,13	1,32	0,31	0,24	0,39	1,51	1,39	1,64
1992-1993	1,13	1,04	1,23	0,21	0,16	0,28	1,54	1,40	1,68
1993-1994	1,03	0,95	1,12	0,22	0,16	0,29	1,31	1,20	1,44
1994-1995	1,33	1,22	1,45	0,25	0,18	0,34	1,77	1,61	1,95
1995-1996	1,39	1,28	1,51	0,28	0,21	0,37	1,81	1,65	1,97
1996-1997	1,34	1,23	1,47	0,25	0,19	0,33	1,84	1,67	2,02
1997-1998	1,22	1,13	1,31	0,33	0,25	0,42	1,48	1,36	1,61
1998-1999	1,38	1,27	1,50	0,36	0,28	0,46	1,79	1,64	1,95
1999-2000	1,36	1,26	1,47	0,36	0,28	0,46	1,71	1,57	1,85
2000-2001	1,10	1,01	1,19	0,37	0,29	0,46	1,38	1,27	1,51
2001-2002	1,32	1,22	1,43	0,36	0,29	0,45	1,69	1,56	1,84
2002-2003	0,43	0,38	0,49	0,25	0,19	0,34	0,50	0,44	0,58
2003-2004	2,21	2,06	2,38	0,45	0,36	0,57	2,85	2,63	3,08

Remarque : Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C9. Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable de la grande catégorie de médecins (0 = médecin de famille ou omnipraticien, 1 = spécialiste) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004

Période de migration de 1 an	Toute forme de migration interne			Migration interprovinciale			Migration intraprovinciale		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
1986-1987	1,24	1,14	1,35	1,86	1,56	2,22	1,11	1,01	1,22
1987-1988	1,26	1,16	1,37	1,34	1,13	1,58	1,23	1,12	1,36
1988-1989	1,16	1,07	1,27	1,62	1,38	1,90	1,03	0,93	1,14
1989-1990	1,09	1,01	1,18	1,30	1,11	1,52	1,03	0,94	1,13
1990-1991	1,11	1,02	1,20	1,37	1,17	1,61	1,03	0,94	1,13
1991-1992	0,85	0,79	0,92	1,13	0,96	1,33	0,80	0,73	0,86
1992-1993	0,97	0,89	1,05	1,10	0,94	1,29	0,92	0,84	1,01
1993-1994	0,93	0,86	1,01	1,19	1,01	1,41	0,87	0,80	0,95
1994-1995	0,98	0,90	1,07	1,45	1,22	1,73	0,88	0,80	0,97
1995-1996	0,98	0,91	1,06	1,42	1,20	1,69	0,89	0,81	0,97
1996-1997	0,92	0,85	1,00	1,51	1,27	1,79	0,79	0,72	0,87
1997-1998	0,94	0,88	1,02	1,65	1,40	1,93	0,82	0,75	0,89
1998-1999	1,13	1,05	1,22	1,76	1,51	2,05	0,98	0,90	1,07
1999-2000	0,87	0,81	0,94	1,49	1,27	1,75	0,75	0,69	0,82
2000-2001	1,15	1,07	1,24	1,69	1,46	1,95	1,02	0,94	1,11
2001-2002	0,94	0,88	1,01	1,46	1,26	1,70	0,83	0,76	0,90
2002-2003	0,92	0,84	1,01	1,27	1,08	1,51	0,81	0,73	0,90
2003-2004	0,94	0,88	1,01	1,24	1,06	1,46	0,89	0,82	0,96

Remarque : Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C10. Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable du lieu d'obtention du diplôme (0 = diplômé d'une école de médecine canadienne, 1 = DIM) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004

Période de migration de 1 an	Toute forme de migration interne			Migration interprovinciale			Migration intraprovinciale		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
1986-1987	1,20	1,08	1,32	1,33	1,11	1,61	1,16	1,03	1,30
1987-1988	1,31	1,18	1,44	1,59	1,33	1,90	1,21	1,08	1,36
1988-1989	1,29	1,17	1,43	1,61	1,35	1,91	1,18	1,05	1,32
1989-1990	1,22	1,11	1,35	1,52	1,28	1,80	1,12	1,00	1,26
1990-1991	1,27	1,15	1,41	1,35	1,13	1,61	1,25	1,12	1,41
1991-1992	1,16	1,07	1,26	1,56	1,30	1,85	1,09	0,99	1,20
1992-1993	1,28	1,16	1,40	1,78	1,50	2,11	1,13	1,00	1,26
1993-1994	1,21	1,10	1,33	1,52	1,27	1,82	1,13	1,02	1,26
1994-1995	1,31	1,18	1,45	1,49	1,22	1,81	1,26	1,12	1,42
1995-1996	1,22	1,10	1,35	1,55	1,27	1,88	1,14	1,02	1,28
1996-1997	1,24	1,12	1,37	1,28	1,05	1,57	1,24	1,10	1,40
1997-1998	1,17	1,07	1,28	1,75	1,47	2,09	1,06	0,96	1,17
1998-1999	1,28	1,16	1,41	1,80	1,52	2,14	1,12	1,00	1,25
1999-2000	1,21	1,10	1,33	1,89	1,59	2,25	1,01	0,91	1,14
2000-2001	1,42	1,30	1,55	2,13	1,82	2,50	1,21	1,09	1,35
2001-2002	1,36	1,24	1,48	1,90	1,61	2,24	1,20	1,08	1,34
2002-2003	1,51	1,36	1,67	2,24	1,87	2,68	1,28	1,13	1,45
2003-2004	1,27	1,15	1,39	1,78	1,48	2,13	1,15	1,03	1,27

Remarque : Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C11. Rapports de cotes obtenus au moyen des analyses de régression logistique (y compris les intervalles de confiance de 95 %) pour la variable de la pratique établie en milieu urbain ou rural au cours de la première année de la période de migration (0 = urbain, 1 = région rurale et petite ville) considérée comme un facteur déterminant de la probabilité de migration interne des médecins actifs au Canada, par période de migration de 1 an de 1986-1987 à 2003-2004

Période de migration de 1 an	Toute forme de migration interne			Migration interprovinciale			Migration intraprovinciale		
	Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
1986-1987	1,58	1,41	1,77	2,08	1,66	2,59	1,46	1,29	1,66
1987-1988	1,57	1,41	1,76	1,46	1,16	1,83	1,60	1,41	1,81
1988-1989	1,61	1,44	1,80	1,65	1,33	2,05	1,58	1,39	1,79
1989-1990	1,30	1,16	1,45	1,58	1,28	1,95	1,20	1,06	1,37
1990-1991	1,70	1,52	1,90	2,04	1,66	2,50	1,59	1,40	1,80
1991-1992	2,84	2,61	3,10	2,03	1,66	2,49	3,00	2,74	3,29
1992-1993	1,71	1,54	1,90	1,88	1,54	2,29	1,65	1,46	1,85
1993-1994	1,66	1,50	1,84	1,57	1,26	1,95	1,66	1,48	1,86
1994-1995	1,64	1,47	1,84	1,71	1,35	2,16	1,62	1,43	1,83
1995-1996	1,51	1,35	1,68	1,60	1,26	2,03	1,49	1,32	1,67
1996-1997	1,59	1,42	1,78	1,55	1,21	1,97	1,60	1,41	1,81
1997-1998	3,96	3,64	4,30	2,29	1,84	2,85	4,28	3,92	4,68
1998-1999	1,50	1,34	1,67	1,36	1,07	1,73	1,52	1,34	1,71
1999-2000	1,51	1,36	1,67	2,17	1,76	2,67	1,35	1,20	1,52
2000-2001	1,59	1,43	1,77	1,85	1,51	2,27	1,50	1,34	1,69
2001-2002	1,71	1,55	1,89	2,00	1,63	2,45	1,62	1,45	1,81
2002-2003	1,96	1,74	2,21	1,96	1,57	2,45	1,94	1,69	2,23
2003-2004	1,54	1,39	1,70	1,92	1,55	2,38	1,44	1,29	1,61

Remarque : Les valeurs des rapports de cotes correspondent aux rapports de cotes ajustés en fonction des analyses de régression logistique multivariées.

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C12. Nombre de médecins migrants interprovinciaux, par province et territoire de résidence, au cours de la période de migration 1996-2001

		Province ou territoire de résidence en 1996											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Province ou territoire de résidence en 2001	T.-N.-L.	0	0	*	*	*	14	6	*	*	*	0	0
	Î.-P.-É.	*	0	7	0	*	9	*	0	*	*	0	0
	N.-É.	26	*	0	19	7	65	9	*	13	21	0	*
	N.-B.	5	*	15	0	20	8	*	*	*	9	0	0
	Qc	0	0	8	17	0	61	*	0	*	7	0	*
	Ont.	92	*	58	39	203	0	69	49	73	94	*	5
	Man.	7	0	5	*	8	29	0	*	5	18	0	*
	Sask.	*	0	*	*	*	15	*	0	13	9	0	0
	Alb.	20	0	12	6	13	100	41	114	0	70	*	10
	C.-B.	18	*	28	9	34	165	50	58	116	0	*	6
	Yn	*	0	0	0	0	*	0	0	*	*	0	0
	T.N.-O.	0	0	*	0	*	*	*	0	*	*	*	0

Remarque : * Indique que les données ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur (entre 1 et 4).

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C13. Les trois principales destinations, en pourcentage, de médecins actifs ayant migré d'une province ou d'un territoire à l'autre au cours des périodes de migration de 1 an et de 5 ans

Période de migration	Provinces et territoires d'origine des médecins migrants interprovinciaux											
	T.-N.-L.			Î.-P.-É.			N.-É.			N.-B.		
	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
de 1 an												
1986-1987	Ont.	N.-É.	Man.	N.-É.			Ont.	C.-B.	N.-É.	Ont.	Qc	C.-B.
	54,4	11,8	10,3				42,0	16,0	12,0	50,0	19,2	
1987-1988	Ont.	N.-É.	Qc	Ont.	N.-É.	N.-B.	Ont.	C.-B.	T.-N.-L.	Ont.	Qc	N.-É.
	41,5	22,6					49,1	12,3	10,5	36,8	26,3	
1988-1989	Ont.	N.-É.	N.-B.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Ont.	C.-B.	N.-B.	Qc	Ont.	C.-B.
	47,4	15,8					32,1	19,6	12,5	33,3	30,6	16,7
1989-1990	Ont.	N.-B.	N.-É.	C.-B.	Ont.		Ont.	C.-B.	N.-B.	Qc	Ont.	N.-É.
	37,7	11,3	9,4				34,8	23,2	10,1	37,8	24,3	13,5
1990-1991	Ont.	N.-É.	C.-B.	Ont.	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	Ont.	N.-É.	Qc
	48,1	14,8	11,1				41,3	23,8	12,7	41,2	17,6	14,7
1991-1992	Ont.	C.-B.	N.-É.	N.-É.			Ont.	C.-B.	T.-N.-L.	Ont.	Qc	N.-É.
	30,6	24,5	16,3				37,0	31,5	9,3	38,2	32,4	
1992-1993	Ont.	C.-B.	Sask.	Qc	C.-B.		Ont.	C.-B.	N.-B.	N.-É.	Qc	Ont.
	37,0	19,6	10,9				34,6	25,0	17,3	34,4	34,4	25,0
1993-1994	Ont.	N.-É.	N.-B.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Ont.	C.-B.	N.-B.	Ont.	Qc	N.-É.
	34,6	13,5	13,5				30,4	29,0	17,4	34,8	30,4	
1994-1995	Ont.	N.-É.	C.-B.	N.-B.	Ont.	N.-É.	Ont.	N.-B.	C.-B.	Qc	Ont.	Alb.
	40,0	17,5	12,5				43,2	25,0	18,2	26,1	26,1	
1995-1996	Ont.	C.-B.	N.-É.	Ont.	N.-É.		Ont.	C.-B.	N.-B.	Ont.	N.-É.	Qc
	36,8	34,2	13,2				37,2	20,9	18,6	38,5	23,1	19,2
1996-1997	N.-É.	Ont.	Alb.	C.-B.	N.-B.	N.-É.	Ont.	C.-B.	N.-B.	Ont.	C.-B.	Qc
	39,5	25,6	14,0				30,0	20,0	15,0	38,5		
1997-1998	Ont.	N.-É.	Alb.	Sask.			Ont.	C.-B.	N.-B.	Qc	N.-É.	Ont.
	48,3	19,0	8,6				34,8	28,3	10,9	25,0	21,4	17,9
1998-1999	Ont.	N.-É.	Man.	Ont.			Ont.	N.-B.	Alb.	Ont.	N.-É.	Qc
	49,1	17,0	11,3				56,9	10,8	10,8	39,4	21,2	18,2
1999-2000	Ont.	N.-É.	C.-B.	N.-É.	Ont.		Ont.	C.-B.	N.-B.	Qc	Ont.	N.-É.
	52,5	19,7	11,5				57,6	16,7	7,6	28,1	28,1	18,8
2000-2001	Ont.	N.-É.	C.-B.	N.-B.	N.-É.	C.-B.	Ont.	N.-B.	T.-N.-L.	Ont.	N.-É.	Qc
	56,7	14,9	11,9				49,4	11,1	9,9	42,4	27,3	21,2
2001-2002	Ont.	N.-É.	Alb.	C.-B.	Alb.	N.-É.	Ont.	Alb.	C.-B.	Qc	Ont.	N.-É.
	38,1	15,9	14,3				29,6	19,7	18,3	40,0	26,7	
2002-2003	Ont.	Alb.	N.-É.	Ont.	N.-É.	N.-B.	Ont.	C.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	T.-N.-L.
	56,0	18,0	12,0				34,7	16,3	12,2	29,4		
2003-2004	Ont.	N.-É.	Alb.	Ont.	N.-É.	Man.	Ont.	N.-B.	Alb.	Qc	Ont.	N.-É.
	45,7	23,9	15,2				51,1	13,3	13,3	28,0	28,0	24,0
de 5 ans												
1986-1991	Ont.	N.-É.	C.-B.	Ont.	N.-É.	N.-B.	Ont.	C.-B.	N.-B.	Ont.	Qc	C.-B.
	50,0	11,8	11,2	45,5			42,7	16,1	12,9	40,3	20,8	12,5
1991-1996	Ont.	C.-B.	N.-É.	Ont.	N.-É.	Qc	Ont.	C.-B.	N.-B.	Ont.	Qc	N.-É.
	37,8	19,3	12,6				38,2	27,9	12,5	37,2	26,9	17,9
1996-2001	Ont.	N.-É.	Alb.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	C.-B.	N.-B.	Ont.	N.-É.	Qc
	53,8	15,2	11,7				42,0	20,3	10,9	39,8	19,4	17,3

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau C13. Les trois principales destinations, en pourcentage, de médecins actifs ayant migré d'une province ou d'un territoire à l'autre au cours des périodes de migration de 1 an et de 5 ans (suite)

Période de migration	Provinces et territoires d'origine des médecins migrants interprovinciaux											
	Qc			Ont.			Man.			Sask.		
	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
de 1 an												
1986-1987	Ont.	N.-B.	C.-B.	Qc	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.
	59,2	15,5	9,9	28,8	20,9	16,6	45,5	24,2	12,1	39,7	23,8	14,3
1987-1988	Ont.	N.-B.	C.-B.	Qc	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.
	47,9	19,8	14,6	24,9	23,2	14,1	51,3	23,7	17,1	29,8	26,3	22,8
1988-1989	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Alb.	Qc	Ont.	C.-B.	Qc	Ont.	C.-B.	Alb.
	67,7	11,8	7,5	31,9	18,6	17,6	50,0	26,2	6,2	36,4	31,8	21,2
1989-1990	Ont.	N.-B.	Alb.	C.-B.	Qc	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.
	69,4	8,2	8,2	31,9	22,4	13,4	37,7	33,8	16,9	38,2	33,8	19,1
1990-1991	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.
	67,4	10,9	10,1	37,4	19,8	17,6	42,9	32,1		29,3	27,6	22,4
1991-1992	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	C.-B.	Alb.	Ont.
	67,0	20,2	6,4	31,3	23,5	17,1	39,5	34,6	14,8	38,8	32,9	20,0
1992-1993	Ont.	N.-B.	C.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.
	64,6	10,1	8,9	31,0	26,7	17,3	50,0	32,5	10,0	43,3	24,4	23,3
1993-1994	Ont.	C.-B.	Alb.	C.-B.	Qc	Alb.	Ont.	C.-B.	Sask.	C.-B.	Alb.	Ont.
	74,7	10,3		33,0	21,8	13,4	32,1	32,1	10,7	36,2	34,0	19,1
1994-1995	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	C.-B.	Ont.	Sask.	C.-B.	Ont.	Alb.
	64,0	12,0	10,7	28,0	23,6	14,0	35,6	31,1	11,1	38,2	32,7	12,7
1995-1996	Ont.	N.-B.	C.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	C.-B.	Ont.	N.-É.	C.-B.	Alb.	Ont.
	64,8	11,4	10,2	30,9	21,5	14,9	45,1	21,6	11,8	48,3	36,7	11,7
1996-1997	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Alb.	Qc	Ont.	C.-B.	Alb.	Alb.	C.-B.	Ont.
	56,0	15,6	9,2	33,9	19,0	16,1	38,5	32,7	11,5	34,4	32,8	23,4
1997-1998	Ont.	N.-B.	C.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	C.-B.	Ont.
	67,3	11,2	8,2	27,9	17,3	17,3	35,8	23,9	23,9	54,0	28,6	9,5
1998-1999	Ont.	N.-B.	C.-B.	C.-B.	Alb.	Qc	Ont.	C.-B.	Alb.	Alb.	Ont.	C.-B.
	63,9	13,9	8,2	24,4	19,6	18,5	37,8	31,1	18,9	40,0	31,4	15,7
1999-2000	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Qc	N.-É.	Ont.	Alb.	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.
	79,8	7,1	5,1	34,6	19,5	13,8	35,8	24,5	18,9	40,5	27,0	21,6
2000-2001	Ont.	N.-B.	C.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	Alb.	Ont.	C.-B.
	71,1	12,3	8,8	32,1	24,1	18,9	33,3	24,6	17,4	47,7	23,9	23,9
2001-2002	Ont.	Alb.	N.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.
	60,6	14,9	7,4	26,7	24,0	22,7	35,3	30,6	22,4	43,1	33,3	20,8
2002-2003	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Alb.	Qc	C.-B.	Ont.	Alb.	Alb.	C.-B.	Ont.
	68,0	9,3	8,0	35,8	21,6	14,2	35,6	27,1	22,0	38,5	32,3	24,6
2003-2004	Ont.	Alb.	C.-B.	Qc	C.-B.	Alb.	Ont.	Alb.	C.-B.	Ont.	C.-B.	Alb.
	79,0	8,6	6,2	27,3	26,4	16,7	46,3	27,8	16,7	34,4	29,5	26,2
de 5 ans												
1986-1991	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.	Ont.	C.-B.	Alb.
	65,9	11,5	10,6	31,9	20,6	16,4	50,0	27,9	12,1	40,5	24,4	16,8
1991-1996	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Qc	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.	C.-B.	Alb.	Ont.
	65,3	15,3	7,4	38,8	19,6	15,1	42,8	31,1	12,2	42,3	25,8	23,1
1996-2001	Ont.	C.-B.	N.-B.	C.-B.	Alb.	N.-É.	Ont.	C.-B.	Alb.	Alb.	C.-B.	Ont.
	68,6	11,5	6,8	35,1	21,3	13,8	37,3	27,0	22,2	49,1	25,0	21,1

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau C13. Les trois principales destinations, en pourcentage, de médecins actifs ayant migré d'une province ou d'un territoire à l'autre au cours des périodes de migration de 1 an et de 5 ans (suite)

Période de migration	Provinces et territoires d'origine des médecins migrants interprovinciaux											
	Alb.			C.-B.			Yn			T.N.-O. et Nun.		
	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e	1 ^{re}	2 ^e	3 ^e
de 1 an												
1986-1987	C.-B.	Ont.	Man.	Ont.	Alb.	Sask.				Ont.	C.-B.	N.-É.
	50,0	32,5		36,0	30,7	14,7						
1987-1988	C.-B.	Ont.	T.-N.-L.	Ont.	Alb.	Sask.	C.-B.	T.N.-O.		Ont.	Alb.	Qc
	46,5	29,1	5,8	38,3	30,9	7,4				41,7		
1988-1989	C.-B.	Ont.	Qc	Ont.	Alb.	Sask.	C.-B.			Ont.	Qc	Man.
	56,9	22,0	8,1	40,0	25,6	8,9						
1989-1990	C.-B.	Ont.	Sask.	Alb.	Ont.	Man.	C.-B.	Ont.		C.-B.	Ont.	Alb.
	53,4	23,3	10,7	38,2	36,3	6,9						
1990-1991	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	Ont.	Alb.	C.-B.	Ont.	Alb.
	49,4	25,8	6,7	44,7	24,7	8,2						
1991-1992	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.			C.-B.	Ont.	Man.
	61,4	20,5	6,8	35,8	27,2	11,1						
1992-1993	C.-B.	Ont.	Sask.	Alb.	Ont.	T.N.-O.	C.-B.	Ont.		Ont.	Alb.	Man.
	52,5	23,8	9,9	37,3	32,0	8,0						
1993-1994	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	Man.	Alb.			Ont.	Alb.	C.-B.
	47,4	23,7	8,8	35,1	28,8	9,9						
1994-1995	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.				Alb.	C.-B.	
	45,2	27,9	9,6	34,6	30,8	10,3				62,5		
1995-1996	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	Sask.	Ont.			C.-B.	Qc	Alb.
	46,0	26,0	9,0	43,3	31,7							
1996-1997	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.	Alb.			C.-B.	Man.	N.-É.
	52,8	20,8	8,3	32,1	30,9	11,1						
1997-1998	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	Ont.		Alb.	Ont.	Man.
	47,4	37,9	8,4	37,5	26,1	11,4				60,0		
1998-1999	Ont.	C.-B.	Sask.	Ont.	Alb.	Man.	C.-B.	Ont.	T.N.-O.	Ont.	Alb.	C.-B.
	42,0	34,6	7,4	38,4	31,3	7,1				55,6		
1999-2000	C.-B.	Ont.	N.-É.	Ont.	Alb.	Man.	Alb.			Ont.	Alb.	C.-B.
	53,8	28,8	7,5	43,7	20,4	16,5				41,6		
2000-2001	C.-B.	Ont.	N.-É.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	Alb.		Ont.	Alb.	C.-B.
	49,5	27,5	4,6	43,4	28,3	6,6						
2001-2002	C.-B.	Ont.	Man.	Alb.	Ont.	N.-É.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	Alb.	Man.
	41,5	30,5	8,5	36,9	35,1	6,3						
2002-2003	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	Ont.		Ont.	Man.	C.-B.
	45,8	30,8	11,2	36,5	36,5	5,9				63,6		
2003-2004	Ont.	C.-B.	Sask.	Ont.	Alb.	N.-É.	Ont.	C.-B.	T.N.-O.	Ont.	Qc	Alb.
	45,2	26,9	5,4	37,5	34,1	8,0				71,4		
de 5 ans												
1986-1991	C.-B.	Ont.	Sask.	Ont.	Alb.	Sask.	Alb.	C.-B.		Ont.	C.-B.	Alb.
	52,8	27,1	5,0	37,6	28,0	8,0				33,3	27,8	
1991-1996	C.-B.	Ont.	Qc	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	N.-B.	N.-É.	Ont.	Alb.	C.-B.
	57,3	22,2	5,3	36,6	32,4	6,9				33,3		
1996-2001	C.-B.	Ont.	N.-É.	Ont.	Alb.	N.-É.	C.-B.	Ont.	N.-É.	Alb.	C.-B.	Ont.
	49,4	31,1	5,5	39,5	29,4	8,8				35,7	21,4	

Remarques :

Les proportions sont exprimées sous forme de pourcentages de tous les départs attribuables à la migration interprovinciale des provinces d'origine respectives.

Les pourcentages sont omis si le nombre de médecins (c'est-à-dire le numérateur) était inférieur à 5.

Les provinces ou les territoires de destination apparaissent même si les pourcentages sont omis, afin d'indiquer que la migration a eu lieu.

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C14. Médecins actifs : nombre de migrants interprovinciaux de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans

Période de migration	T.-N.-L.			Î.-P.-É.			N.-É.			N.-B.		
	Sortie	Entrée	Nets	Sortie	Entrée	Nets	Sortie	Entrée	Nets	Sortie	Entrée	Nets
de 1 an												
1986-1987	80	71	-9	75	134	59	0	*	*	8	6	-2
1987-1988	86	94	8	81	144	63	*	*	3	12	9	-3
1988-1989	123	91	-32	90	211	121	*	*	3	9	7	-2
1989-1990	103	117	14	102	218	116	*	*	-1	7	10	3
1990-1991	89	96	7	85	207	122	*	*	-1	7	10	3
1991-1992	88	108	20	81	239	158	*	*	2	6	5	-1
1992-1993	101	120	19	75	244	169	*	*	2	12	9	-3
1993-1994	114	91	-23	111	186	75	*	*	3	6	12	6
1994-1995	104	71	-33	78	155	77	0	*	*	8	7	-1
1995-1996	100	86	-14	60	190	130	*	*	3	7	7	0
1996-1997	72	104	32	81	171	90	*	*	1	8	9	1
1997-1998	95	133	38	88	164	76	*	*	-4	10	7	-3
1998-1999	81	123	42	99	129	30	*	*	-4	9	8	-1
1999-2000	80	95	15	103	156	53	*	0	*	*	*	-10
2000-2001	109	146	37	106	189	83	*	*	2	14	5	-9
2001-2002	82	195	113	111	162	51	*	*	-3	*	*	10
2002-2003	107	120	13	85	168	83	*	*	-3	11	10	-1
2003-2004	93	122	29	88	118	30	*	*	-3	7	12	5
de 5 ans												
1986-1991	218	183	-35	125	390	265	*	*	5	18	11	-7
1991-1996	225	226	1	145	577	432	*	*	6	15	12	-3
1996-2001	235	387	152	238	489	251	*	*	-2	28	11	-17

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau C14. Médecins actifs : nombre de migrants interprovinciaux de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans (suite)

Période de migration	Qc			Ont.			Man.			Sask.		
	Sortie	Entrée	Nets									
de 1 an												
1986-1987	71	71	0	163	224	61	66	35	-31	63	32	-31
1987-1988	96	66	-30	177	219	42	76	23	-53	57	23	-34
1988-1989	93	75	-18	204	243	39	80	31	-49	66	28	-38
1989-1990	98	85	-13	232	238	6	77	44	-33	68	38	-30
1990-1991	129	57	-72	222	259	37	56	32	-24	58	26	-32
1991-1992	109	79	-30	217	218	1	81	38	-43	85	21	-64
1992-1993	79	94	15	255	194	-61	80	31	-49	90	33	-57
1993-1994	87	61	-26	179	208	29	56	39	-17	47	43	-4
1994-1995	75	56	-19	157	178	21	45	31	-14	55	41	-14
1995-1996	88	50	-38	181	169	-12	51	26	-25	60	26	-34
1996-1997	109	38	-71	168	165	-3	52	29	-23	64	28	-36
1997-1998	98	46	-52	179	208	29	67	24	-43	63	40	-23
1998-1999	122	46	-76	168	283	115	74	31	-43	70	27	-43
1999-2000	99	52	-47	159	272	113	53	42	-11	74	22	-52
2000-2001	114	76	-38	212	297	85	69	24	-45	88	21	-67
2001-2002	94	80	-14	225	228	3	85	31	-54	72	25	-47
2002-2003	75	33	-42	148	206	58	59	25	-34	65	20	-45
2003-2004	81	75	-6	216	246	30	54	31	-23	61	21	-40
de 5 ans												
1986-1991	208	122	-86	354	560	206	190	60	-130	131	57	-74
1991-1996	216	150	-66	490	482	-8	180	61	-119	182	50	-132
1996-2001	296	100	-196	470	685	215	185	81	-104	232	50	-182

(suite du tableau à la page suivante)

Tableau C14. Médecins actifs : nombre de migrants interprovinciaux de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, par périodes de migration de 1 an et de 5 ans (suite)

Période de migration	Alb.			C.-B.			Yn			T.N.-O. et Nun.		
	Sortie	Entrée	Nets	Sortie	Entrée	Nets	Sortie	Entrée	Nets	Sortie	Entrée	Nets
de 1 an												
1986-1987	71	-9	75	134	59	0	*	*	8	6	-2	71
1987-1988	94	8	81	144	63	*	*	3	12	9	-3	94
1988-1989	91	-32	90	211	121	*	*	3	9	7	-2	91
1989-1990	117	14	102	218	116	*	*	-1	7	10	3	117
1990-1991	96	7	85	207	122	*	*	-1	7	10	3	96
1991-1992	108	20	81	239	158	*	*	2	6	5	-1	108
1992-1993	120	19	75	244	169	*	*	2	12	9	-3	120
1993-1994	91	-23	111	186	75	*	*	3	6	12	6	91
1994-1995	71	-33	78	155	77	0	*	*	8	7	-1	71
1995-1996	86	-14	60	190	130	*	*	3	7	7	0	86
1996-1997	104	32	81	171	90	*	*	1	8	9	1	104
1997-1998	133	38	88	164	76	*	*	-4	10	7	-3	133
1998-1999	123	42	99	129	30	*	*	-4	9	8	-1	123
1999-2000	95	15	103	156	53	*	0	*	*	*	-10	95
2000-2001	146	37	106	189	83	*	*	2	14	5	-9	146
2001-2002	195	113	111	162	51	*	*	-3	*	*	10	195
2002-2003	120	13	85	168	83	*	*	-3	11	10	-1	120
2003-2004	122	29	88	118	30	*	*	-3	7	12	5	122
de 5 ans												
1986-1991	183	-35	125	390	265	*	*	5	18	11	-7	183
1991-1996	226	1	145	577	432	*	*	6	15	12	-3	226
1996-2001	387	152	238	489	251	*	*	-2	28	11	-17	387

Remarque : * Indique que les données ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur (entre 1 et 4).

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C15. Nombre de médecins actifs par 100 000 habitants selon la province ou le territoire et au Canada, de 1986 à 2004

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt	T.N.-O. et Nun.	Canada
1986	146	135	172	118	187	178	168	138	150	191	119			80	174
1987	151	140	180	122	193	183	169	142	157	194	125			84	179
1988	161	144	187	128	198	189	166	146	165	199	132			77	185
1989	169	138	194	131	198	194	174	149	166	200	140			79	188
1990	161	135	192	132	200	191	175	149	165	197	140			78	187
1991	157	134	192	135	201	192	180	150	168	198	132	108	36	82	188
1992	153	132	191	137	204	193	178	148	168	200	126	122	57	98	189
1993	167	136	201	141	207	194	180	149	172	203	129	131	38	96	192
1994	168	133	191	143	209	190	176	153	168	197	141	136	33	97	189
1995	166	131	187	147	210	186	175	150	164	194	145	135	28	95	188
1996	165	125	187	149	210	182	174	144	161	194	150	132	23	91	186
1997	169	121	189	150	210	180	177	145	159	193	157	144	23	98	185
1998	172	129	196	153	212	180	177	150	164	195	145	135	27	92	186
1999	173	132	200	155	213	180	179	155	168	195	133	130	41	95	187
2000	176	130	203	154	214	181	182	156	167	197	135	116	26	79	188
2001	181	139	202	157	215	181	182	155	169	199	179	91	25	64	189
2002	179	140	208	158	212	180	180	157	181	200	173	111	35	80	189
2003	188	142	209	163	207	177	178	154	184	201	180	102	34	74	188
2004	192	152	214	168	214	178	178	154	186	197	196	119	24	80	190

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16a. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Terre-Neuve-et-Labrador							Île-du-Prince-Édouard						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale			Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 an														
1986-1987	146,1	13,7	-8,7	0,0	-8,7	5,0	151,4	134,7	3,1	2,3	0,0	2,3	5,4	140,0
1987-1988	151,4	12,0	-1,9	-0,5	-2,4	9,6	161,0	140,0	3,9	0,0	0,8	0,8	4,6	143,9
1988-1989	161,0	9,5	-1,6	-0,2	-1,7	7,8	168,5	143,9	-3,1	-1,5	0,0	-1,5	-4,6	138,4
1989-1990	168,5	0,0	-6,1	-1,0	-7,1	-7,1	160,9	138,4	-6,1	2,3	0,8	3,1	-3,1	134,8
1990-1991	160,9	2,8	-6,0	-0,3	-6,4	-3,6	156,9	134,8	0,0	0,8	-2,3	-1,5	-1,5	133,5
1991-1992	156,9	3,6	-5,9	-1,0	-6,9	-3,3	153,4	133,5	-3,8	3,1	0,0	3,1	-0,8	132,3
1992-1993	153,4	18,6	-4,1	-0,9	-5,0	13,6	167,1	132,3	0,8	2,3	1,5	3,8	4,5	135,5
1993-1994	167,1	8,2	-6,1	-2,4	-8,5	-0,3	168,3	135,5	-7,5	4,5	1,5	6,0	-1,5	132,7
1994-1995	168,3	1,1	-4,6	-1,2	-5,8	-4,8	165,7	132,7	0,0	0,0	-0,7	-0,7	-0,7	130,9
1995-1996	165,7	2,5	-4,1	-1,3	-5,4	-2,9	165,1	130,9	-3,7	0,0	-0,7	-0,7	-4,4	125,2
1996-1997	165,1	6,5	-4,9	-0,4	-5,3	1,3	169,0	125,2	-3,7	0,7	-0,7	0,0	-3,7	121,2
1997-1998	169,0	7,8	-7,0	-1,7	-8,7	-0,9	171,5	121,2	3,7	4,4	-0,7	3,7	7,4	128,8
1998-1999	171,5	7,1	-6,9	-0,4	-7,3	-0,2	173,4	128,8	-2,2	7,3	-1,5	5,9	3,7	132,1
1999-2000	173,4	9,1	-8,5	-0,2	-8,7	0,4	175,6	132,1	0,7	-2,2	0,0	-2,2	-1,5	130,4
2000-2001	175,6	11,1	-7,5	-0,2	-7,7	3,4	181,0	130,4	3,7	4,4	0,7	5,1	8,8	139,0
2001-2002	181,0	6,5	-9,2	-0,4	-9,6	-3,1	178,8	139,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7	139,5
2002-2003	178,8	14,9	-5,6	-0,4	-6,0	8,9	188,1	139,5	1,5	1,5	0,0	1,5	2,9	142,1
2003-2004	188,1	7,9	-5,2	0,6	-4,6	3,3	191,9	142,1	5,8	5,1	0,0	5,1	10,9	152,3

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16b. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Nouvelle-Écosse							Nouveau-Brunswick						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale			Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 ans														
1986-1987	172,2	9,7	-1,0	0,1	-0,9	8,8	180,2	117,5	4,1	1,0	0,1	1,1	5,2	122,3
1987-1988	180,2	7,8	-1,1	0,4	-0,7	7,1	186,5	122,3	2,6	3,4	-0,3	3,1	5,8	127,6
1988-1989	186,5	11,2	-1,1	-1,4	-2,5	8,6	193,8	127,6	4,5	-0,4	0,5	0,1	4,6	131,4
1989-1990	193,8	2,7	-2,6	-0,8	-3,4	-0,7	191,9	131,4	2,0	-0,8	-0,1	-0,9	1,1	131,6
1990-1991	191,9	3,6	-1,5	-0,8	-2,3	1,3	192,1	131,6	4,8	1,1	-1,5	-0,4	4,4	135,1
1991-1992	192,1	3,2	-1,0	-2,3	-3,3	-0,1	191,1	135,1	2,4	-0,5	0,0	-0,5	1,9	136,5
1992-1993	191,1	14,4	-1,0	-2,7	-3,7	10,7	200,9	136,5	5,7	-0,7	-0,7	-1,3	4,4	140,8
1993-1994	200,9	-3,1	-3,9	-1,9	-5,8	-9,0	191,3	140,8	0,9	2,9	-1,2	1,7	2,7	143,2
1994-1995	191,3	1,0	-0,9	-4,6	-5,5	-4,5	186,5	143,2	3,3	2,0	-0,9	1,1	4,4	147,4
1995-1996	186,5	4,7	0,6	-4,0	-3,3	1,4	187,2	147,4	2,0	0,9	-1,1	-0,1	1,9	149,0
1996-1997	187,2	1,1	2,7	-1,7	1,0	2,0	189,1	149,0	1,1	1,3	-1,7	-0,4	0,7	149,6
1997-1998	189,1	6,8	1,4	-1,2	0,2	7,0	196,2	149,6	4,0	0,1	-0,8	-0,7	3,3	153,4
1998-1999	196,2	5,1	0,3	-1,2	-0,9	4,3	200,0	153,4	0,9	0,5	0,0	0,5	1,5	154,8
1999-2000	200,0	3,9	-0,3	-0,3	-0,6	3,2	203,2	154,8	0,5	-1,3	-0,4	-1,7	-1,2	153,6
2000-2001	203,2	0,9	-2,4	0,1	-2,3	-1,4	202,2	153,6	2,9	0,9	-0,4	0,5	3,5	157,2
2001-2002	202,2	8,2	-1,5	-0,5	-2,0	6,2	207,9	157,2	1,3	0,4	-0,9	-0,5	0,8	157,9
2002-2003	207,9	2,7	-0,5	-0,5	-1,1	1,6	209,2	157,9	4,4	0,4	0,4	0,8	5,2	163,0
2003-2004	209,2	3,3	0,4	0,7	1,2	4,5	213,5	163,0	5,6	-0,8	0,3	-0,5	5,1	168,0

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16c. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Québec et en Ontario, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Québec							Ontario						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale			Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 an														
1986-1987	186,6	8,9	0,0	-0,1	-0,1	8,8	193,3	178,1	8,1	0,6	0,1	0,7	8,9	183,2
1987-1988	193,3	6,9	-0,4	-0,1	-0,6	6,3	198,0	183,2	9,3	0,4	0,0	0,5	9,8	189,3
1988-1989	198,0	3,2	-0,3	-0,4	-0,6	2,6	198,0	189,3	9,3	0,4	-0,5	-0,1	9,1	193,5
1989-1990	198,0	4,1	-0,2	-0,4	-0,6	3,6	199,5	193,5	2,3	0,1	-0,8	-0,8	1,6	191,4
1990-1991	199,5	5,0	-1,0	-0,6	-1,6	3,5	201,2	191,4	3,7	0,4	-1,1	-0,7	3,0	192,1
1991-1992	201,2	5,5	-0,4	-0,8	-1,2	4,2	204,2	192,1	5,0	0,0	-1,5	-1,5	3,5	193,0
1992-1993	204,2	4,7	0,2	-0,5	-0,3	4,3	207,2	193,0	5,1	-0,6	-1,3	-1,9	3,2	194,0
1993-1994	207,2	3,1	-0,4	-0,3	-0,6	2,5	208,6	194,0	-0,3	0,3	-1,9	-1,7	-2,0	189,7
1994-1995	208,6	2,8	-0,3	-0,5	-0,8	2,0	209,9	189,7	0,2	0,2	-1,4	-1,2	-1,1	186,4
1995-1996	209,9	2,2	-0,5	-0,5	-1,1	1,1	210,2	186,4	-0,3	-0,1	-1,4	-1,5	-1,8	182,4
1996-1997	210,2	2,7	-1,0	-0,7	-1,7	1,0	210,4	182,4	1,2	0,0	-1,4	-1,4	-0,1	179,8
1997-1998	210,4	3,5	-0,7	-0,5	-1,2	2,3	212,0	179,8	2,8	0,3	-0,7	-0,5	2,3	180,0
1998-1999	212,0	3,1	-1,0	-0,5	-1,6	1,5	212,8	180,0	1,8	1,0	-0,8	0,2	2,1	179,9
1999-2000	212,8	3,6	-0,6	-0,4	-1,0	2,5	214,3	179,9	3,2	1,0	-0,1	0,8	4,1	181,2
2000-2001	214,3	2,2	-0,5	-0,4	-0,9	1,3	214,5	181,2	2,7	0,7	-0,9	-0,2	2,6	180,6
2001-2002	214,5	-0,3	-0,2	-0,4	-0,6	-0,9	212,2	180,6	2,7	0,0	-0,7	-0,6	2,1	179,6
2002-2003	212,2	-2,8	-0,6	-0,4	-1,0	-3,7	207,1	179,6	-0,5	0,5	0,0	0,5	0,0	177,3
2003-2004	207,1	7,7	-0,1	0,6	0,6	8,3	214,0	177,3	2,3	0,2	0,2	0,4	2,7	178,1

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16d. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Manitoba et en Saskatchewan, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Manitoba							Saskatchewan						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale			Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 an														
1986-1987	168,4	5,6	-2,8	-1,0	-3,8	1,8	169,2	137,5	8,2	-3,0	-0,2	-3,2	5,0	142,0
1987-1988	169,2	2,2	-4,8	-0,5	-5,3	-3,1	165,5	142,0	7,2	-3,3	-0,2	-3,5	3,7	146,4
1988-1989	165,5	12,6	-4,4	0,5	-4,0	8,6	173,9	146,4	6,1	-3,7	-1,2	-4,9	1,2	148,8
1989-1990	173,9	5,1	-3,0	-0,3	-3,3	1,8	175,4	148,8	2,8	-3,0	-1,1	-4,1	-1,3	149,3
1990-1991	175,4	7,3	-2,2	-0,4	-2,5	4,8	179,5	149,3	3,7	-3,2	-0,9	-4,1	-0,4	149,6
1991-1992	179,5	6,1	-3,9	-3,1	-7,0	-0,9	178,1	149,6	7,0	-6,4	-2,2	-8,6	-1,6	147,8
1992-1993	178,1	8,1	-4,4	-1,5	-5,9	2,2	179,6	147,8	8,7	-5,7	-1,8	-7,4	1,3	148,7
1993-1994	179,6	0,6	-1,5	-2,1	-3,7	-3,0	175,7	148,7	7,1	-0,4	-2,4	-2,8	4,4	152,6
1994-1995	175,7	3,9	-1,2	-2,2	-3,5	0,4	175,2	152,6	2,7	-1,4	-3,0	-4,3	-1,7	150,3
1995-1996	175,2	4,0	-2,2	-2,6	-4,8	-0,9	173,5	150,3	2,7	-3,3	-4,5	-7,9	-5,1	144,4
1996-1997	173,5	7,4	-2,0	-1,8	-3,9	3,5	176,7	144,4	5,0	-3,5	-1,5	-5,0	0,0	144,6
1997-1998	176,7	6,3	-3,8	-2,0	-5,8	0,5	177,1	144,6	7,1	-2,3	0,7	-1,6	5,5	150,2
1998-1999	177,1	7,3	-3,8	-0,4	-4,2	3,1	179,3	150,2	8,6	-4,2	-0,4	-4,6	3,9	154,5
1999-2000	179,3	4,3	-1,0	-0,4	-1,4	2,9	181,5	154,5	6,3	-5,2	-1,2	-6,4	-0,1	155,5
2000-2001	181,5	5,7	-3,9	-0,9	-4,8	1,0	181,8	155,5	7,0	-6,7	-2,1	-8,8	-1,8	154,9
2001-2002	181,8	5,6	-4,7	-2,3	-7,0	-1,4	179,7	154,9	7,4	-4,7	-1,2	-5,9	1,5	157,0
2002-2003	179,7	3,4	-2,9	-1,7	-4,6	-1,2	177,6	157,0	1,2	-4,5	-0,5	-5,0	-3,8	153,5
2003-2004	177,6	3,5	-2,0	-0,3	-2,2	1,3	177,6	153,5	4,5	-4,0	-0,2	-4,2	0,3	153,6

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16e. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), en Alberta et en Colombie-Britannique, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Alberta							Colombie-Britannique						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale			Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 an														
1986-1987	149,7	8,2	-0,4	-0,2	-0,6	7,6	156,9	190,5	4,2	1,9	-0,3	1,7	5,9	149,7
1987-1988	156,9	9,2	0,3	-0,4	0,0	9,2	164,9	193,5	6,6	2,0	0,5	2,5	9,1	156,9
1988-1989	164,9	5,6	-1,3	-0,5	-1,8	3,8	166,1	198,6	2,6	3,8	0,0	3,8	6,3	164,9
1989-1990	166,1	1,8	0,5	-0,1	0,4	2,2	164,9	199,9	-0,2	3,5	-1,0	2,6	2,3	166,1
1990-1991	164,9	5,6	0,3	-0,4	-0,1	5,4	167,5	196,5	2,3	3,6	-0,2	3,4	5,8	164,9
1991-1992	167,5	4,5	0,8	-2,0	-1,3	3,2	168,1	197,5	3,8	4,6	-0,4	4,1	8,0	167,5
1992-1993	168,1	5,6	0,7	-0,7	0,0	5,5	171,5	200,0	4,3	4,7	-0,8	3,9	8,2	168,1
1993-1994	171,5	0,7	-0,9	-0,9	-1,8	-1,1	168,3	202,7	0,1	2,0	-1,4	0,6	0,7	171,5
1994-1995	168,3	1,0	-1,2	-2,2	-3,4	-2,3	163,9	197,4	0,6	2,0	-0,4	1,6	2,2	168,3
1995-1996	163,9	2,7	-0,5	-2,7	-3,2	-0,5	161,0	194,3	1,6	3,4	-0,7	2,6	4,2	163,9
1996-1997	161,0	2,2	1,1	-1,8	-0,7	1,4	159,3	193,6	1,3	2,3	-0,7	1,6	2,9	161,0
1997-1998	159,3	7,1	1,3	0,1	1,4	8,5	164,0	192,9	2,0	1,9	-0,7	1,2	3,2	159,3
1998-1999	164,0	5,8	1,4	-0,2	1,2	7,0	168,0	194,5	1,8	0,7	-0,9	-0,1	1,6	164,0
1999-2000	168,0	1,7	0,5	-0,4	0,1	1,7	166,9	194,7	3,0	1,3	-1,1	0,2	3,2	168,0
2000-2001	166,9	3,9	1,2	-0,5	0,7	4,6	168,6	196,6	3,0	2,0	-1,0	1,0	4,0	166,9
2001-2002	168,6	11,9	3,6	0,0	3,6	15,5	180,9	198,7	3,0	1,2	-0,9	0,4	3,4	168,6
2002-2003	180,9	4,8	0,4	-0,1	0,3	5,2	183,7	200,3	0,5	2,0	0,0	2,0	2,5	180,9
2003-2004	183,7	3,3	0,9	0,5	1,4	4,7	185,9	201,0	-2,7	0,7	-0,2	0,5	-2,2	183,7

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16f. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Territoire du Yukon							Territoires du Nord-Ouest						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale			Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 an														
1986-1987	118,5	7,8	7,8	-3,9	3,9	11,7	124,5	71,3	5,5	-5,5	1,8	-3,6	1,8	72,7
1987-1988	124,5	0,0	11,3	0,0	11,3	11,3	131,5	72,7	-1,8	-9,0	0,0	-9,0	-10,8	61,1
1988-1989	131,5	3,7	11,1	-3,7	7,4	11,1	140,2	61,1	10,5	-1,8	-1,8	-3,5	7,0	66,6
1989-1990	140,2	3,6	-3,6	3,6	0,0	3,6	140,4	66,6	-3,4	3,4	0,0	3,4	0,0	64,5
1990-1991	140,4	3,5	-3,5	-3,5	-6,9	-3,5	131,5	64,5	3,3	3,3	0,0	3,3	6,6	68,9
1991-1992	131,5	-3,3	6,6	-3,3	3,3	0,0	126,2	108,4	25,4	-10,1	0,0	-10,1	15,2	121,7
1992-1993	126,2	3,3	6,6	-6,6	0,0	3,3	128,5	121,7	7,5	0,0	2,5	2,5	10,0	130,6
1993-1994	128,5	-6,7	10,1	6,7	16,8	10,1	141,4	130,6	-7,4	14,8	0,0	14,8	7,4	135,5
1994-1995	141,4	0,0	6,6	0,0	6,6	6,6	144,5	135,5	4,8	-2,4	0,0	-2,4	2,4	135,2
1995-1996	144,5	0,0	9,6	0,0	9,6	9,6	149,8	135,2	-4,8	2,4	0,0	2,4	-2,4	131,7
1996-1997	149,8	6,3	3,1	0,0	3,1	9,4	157,3	131,7	9,6	4,8	-2,4	2,4	12,0	144,1
1997-1998	157,3	-3,2	-12,8	0,0	-12,8	-16,1	144,5	144,1	-2,5	-7,4	-2,5	-9,8	-12,3	134,8
1998-1999	144,5	0,0	-13,0	0,0	-13,0	-13,0	133,2	134,8	7,4	-12,3	0,0	-12,3	-4,9	130,4
1999-2000	133,2	3,3	0,0	-3,3	-3,3	0,0	134,8	130,4	4,9	-14,8	-4,9	-19,8	-14,8	116,1
2000-2001	134,8	33,2	6,6	3,3	10,0	43,1	179,2	116,1	-4,9	-17,1	-2,4	-19,6	-24,5	90,6
2001-2002	179,2	10,0	-10,0	-6,6	-16,6	-6,6	172,5	90,6	0,0	21,7	0,0	21,7	21,7	110,9
2002-2003	172,5	19,6	-9,8	0,0	-9,8	9,8	180,0	110,9	-7,1	0,0	0,0	0,0	-7,1	101,9
2003-2004	180,0	25,6	-9,6	3,2	-6,4	19,2	195,5	101,9	2,3	16,4	0,0	16,4	18,7	119,1

Source : BDMS, ICIS.

Tableau C16g. Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population (nombre de médecins par 100 000 habitants), au Nunavut, au cours des périodes de migration de 1 an (de 1986-1987 à 2003-2004)

Période de migration	Nunavut						
	Ratio au début de la période de migration	Effets sur les ratios de médecins par rapport à la population :					Ratio à la fin de la période de migration
		Gains et pertes nettes : non-migrants	Gains et pertes nettes : migration interprovinciale	Gains et pertes nettes : immigration et émigration	Gains et pertes nettes : migration globale	Gains et pertes nettes : croissance globale	
de 1 an							
1991-1992	36,1	8,7	13,1	0,0	13,1	21,8	56,8
1992-1993	56,8	-4,2	-12,7	0,0	-12,7	-17,0	38,2
1993-1994	38,2	-4,1	0,0	0,0	0,0	-4,1	32,8
1994-1995	32,8	0,0	0,0	-4,0	-4,0	-4,0	28,0
1995-1996	28,0	0,0	-3,9	0,0	-3,9	-3,9	23,4
1996-1997	23,4	3,9	-3,9	0,0	-3,9	0,0	23,2
1997-1998	23,2	3,8	0,0	0,0	0,0	3,8	26,5
1998-1999	26,5	0,0	14,9	0,0	14,9	14,9	41,0
1999-2000	41,0	0,0	-14,5	0,0	-14,5	-14,5	25,5
2000-2001	25,5	7,1	-7,1	0,0	-7,1	0,0	24,9
2001-2002	24,9	3,5	3,5	3,5	7,0	10,4	34,8
2002-2003	34,8	3,4	-3,4	0,0	-3,4	0,0	34,3
2003-2004	34,3	-3,4	-6,7	0,0	-6,7	-10,1	23,6

Source : BDMS, ICIS.

Annexe D — Définitions de la Classification nationale des professions (CNP)^{73, x}

D011 Médecins spécialistes

Ce groupe de base comprend les médecins spécialistes en médecine clinique, en médecine de laboratoire et en chirurgie. Les spécialistes en médecine clinique diagnostiquent et traitent les maladies et les troubles physiologiques ou psychologiques, et exercent des fonctions de consultant auprès des autres médecins. Les spécialistes en médecine de laboratoire étudient la nature, la pathogenèse et l'évolution des maladies chez les humains. Les spécialistes en chirurgie pratiquent des interventions chirurgicales et supervisent les procédures chirurgicales. Les spécialistes en médecine clinique exercent en cabinet privé ou dans un centre hospitalier, tandis que les spécialistes en médecine de laboratoire et en chirurgie travaillent dans les centres hospitaliers. Les résidents en médecine spécialisée sont inclus dans ce groupe de base.

Exclusions

- Les directeurs de services médicaux sont classés dans le groupe de base A321 — Directeurs/directrices des soins de santé
- Les médecins de famille sont classés dans le groupe de base D012 — Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale
- Les chirurgiens dentistes sont classés dans le groupe de base D013 — Dentistes
- Les chiropraticiens sont classés dans le groupe de base D022 — Chiropraticiens/chiropraticiennes
- Les chirurgiens en ostéopathie et les docteurs en naturopathie sont classés dans le groupe de base D023 — Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé
- Les homéopathes sont classés dans le groupe de base D232 — Sages-femmes et praticiens/praticiennes des médecines douces

D012 Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale

Les omnipraticiens et les médecins en médecine familiale diagnostiquent et traitent les maladies, les troubles physiologiques et les traumatismes de l'organisme humain. Ils sont des professionnels de la santé de première ligne et ils dispensent des soins de santé aux patients. Ils travaillent habituellement en cabinet privé, y compris les pratiques partagées, les centres hospitaliers et les cliniques. Ce groupe de base comprend les résidents qui suivent une formation d'omnipraticien ou de médecin en médecine familiale.

Exclusions

- Les chiropraticiens/chiropraticiennes sont classés dans le groupe de base D022 — Chiropraticiens/chiropraticiennes

x. Le contenu de l'annexe D est utilisé avec la permission de Statistique Canada.

- Les autres professionnels et professionnelles de la santé dans les domaines du diagnostic et du traitement, tels que les podiatres, les podologues et les docteurs/docteurs en naturopathie et en ostéopathie, sont classés dans le groupe de base D023 — Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé
- Les médecins qui se spécialisent dans un domaine particulier de la médecine sont classés dans le groupe de base D011 — Médecins spécialistes
- Les professions de la santé tels que les acuponcteurs/acuponctrices, les homéopathes, les herboristes, les massothérapeutes et les rolfeurs/rolfeuses sont classés dans le groupe de base D232 — Sages-femmes et praticiens/praticiennes de médecines douces

D013 Dentistes

Les dentistes diagnostiquent, soignent, préviennent et contrôlent les maladies des dents et de la bouche. Ils travaillent en pratique privée ou peuvent travailler dans des centres hospitaliers, des cliniques, des centres de santé publique ou des universités.

Exclusions

- Les denturologistes sont classés dans le groupe de base D221 — Denturologistes
- Les hygiénistes et les thérapeutes dentaires sont classés dans le groupe de base D222 — Hygiénistes et thérapeutes dentaires
- Les techniciens et techniciennes dentaires sont classés dans le groupe de base D223 — Techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires
- Les assistants et assistantes dentaires sont classés dans le groupe de base D311— Assistants/assistantes dentaires

D021 Optométristes

Les optométristes examinent les yeux des patients, prescrivent et ajustent des lunettes ou des lentilles cornéennes, et recommandent des traitements tels que des exercices pour corriger les problèmes de vision ou les troubles oculaires. Ils exercent en cabinet privé, dans des cliniques d'optométrie et des centres de santé communautaire.

Exclusions

- Les ophtalmologistes sont classés dans le groupe de base D011 — Médecins spécialistes
- Les opticiens/opticiennes et les opticiens/opticiennes d'ordonnances sont classés dans le groupe de base D231— Opticiens/opticiennes
- Les techniciens et techniciennes en orthoptique et en ophtalmologie sont classés dans le groupe de base D235 — Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

D022 Chiropraticiens/chiropraticiennes

Les chiropraticiens diagnostiquent et traitent les troubles neuromusculosquelettiques liés à la colonne vertébrale et aux autres articulations du corps, en redressant la colonne ou en effectuant d'autres manipulations correctives. Les chiropraticiens exercent normalement en cabinet privé ou dans des cliniques, en association avec d'autres praticiens de la santé.

D023 Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé

Ce groupe de base comprend les professionnels de la santé, non classés ailleurs, qui diagnostiquent et traitent les maladies et les blessures. Il comprend les docteurs en médecine podiatrique, les podologues et les podiatres, les naturopathes, les orthoptistes et les ostéopathes. Ils exercent en cabinet privé, dans des cliniques et dans des centres hospitaliers.

Exclusions

- Les instructeurs et instructrices travaillant dans des établissements d'enseignement sont classés dans le groupe de base approprié à l'intérieur du grand groupe E1 — Enseignants/enseignantes
- Les travailleurs et travailleuses non professionnels qui s'occupent du diagnostic et du traitement des maladies, par exemple les acuponcteurs/acuponctrices, les herboristes, les rolfeurs/rolfeuses et les thérapeutes en shiatsu sont classés dans le groupe de base D232 — Sages-femmes et praticiens/praticiennes de médecines douces

D031 Pharmaciens/pharmaciennes

Les pharmaciens communautaires et les pharmaciens d'hôpitaux remplissent les ordonnances, vendent les médicaments et offrent un service de consultation aux clients et aux professionnels de la santé. Ils travaillent dans des pharmacies communautaires et hospitalières ou ils peuvent travailler à leur compte. Les pharmaciens industriels participent à la recherche, au développement, à la promotion et à la fabrication de produits pharmaceutiques. Ils travaillent dans des compagnies pharmaceutiques et des organismes et services gouvernementaux.

Exclusions

- Les directeurs et directrices de pharmacies ou de rayons des produits pharmaceutiques dans les points de vente au détail sont classés dans le groupe de base A211 — Directeurs/directrices de la vente au détail
- Les chimistes en pharmacologie sont classés dans le groupe de base C012 — Chimistes
- Les pharmacologistes et les toxicologues sont classés dans le groupe de base C021 — Biologistes et spécialistes de sciences connexes
- Les pharmacologistes cliniciens sont classés dans le groupe de base D011 — Médecins spécialistes
- Les aides-pharmaciens et aides-pharmaciennes sont classés dans le groupe de base D313 — Autres aides et assistants/assistantes de soutien des services de santé

D032 Diététistes et nutritionnistes

Les diététistes et les nutritionnistes planifient, mettent en œuvre et supervisent des programmes de nutrition et de services alimentaires. Ils travaillent dans divers milieux, y compris les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, l'industrie de l'alimentation, l'industrie pharmaceutique, les établissements d'enseignement, les organismes sportifs et le gouvernement, ou ils peuvent agir à titre de consultants privés.

Exclusions

- Les aides et les auxiliaires en diététique sont classés dans le groupe de base G962 — Aides-cuisiniers/aides-cuisinières et aides dans les services alimentaires
- Les techniciens et techniciennes en diététique sont classés dans le groupe de base D219 - Autres technologues et techniciens/techniciennes des sciences de la santé (sauf soins dentaires)
- Les surveillants et surveillantes des services alimentaires sont classés dans le groupe de base G012 — Superviseurs/superviseuses des services alimentaires

D041 Audiologistes et orthophonistes

Les audiologistes et les orthophonistes diagnostiquent, évaluent et traitent les troubles de la communication humaine, dont les troubles de l'audition, de la parole, du langage et de la voix. Les audiologistes et les orthophonistes travaillent dans des centres hospitaliers, des centres de santé communautaire, des centres de services communautaires, des centres de soins de longue durée, des centres de jour, des centres de réadaptation et des établissements d'enseignement ou peuvent travailler en cabinet privé.

Exclusions

- Les techniciens et techniciennes et les autres travailleurs et travailleuses de soutien en audiologie et en pathologie du langage sont classés dans le groupe de base D235 — Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

D042 Physiothérapeutes

Les physiothérapeutes évaluent l'état des patients et planifient et exécutent des programmes de traitement individuels pour maintenir, améliorer ou rétablir le bien-être physique des patients, soulager leur douleur et prévenir leur incapacité physique. Les physiothérapeutes travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques, des entreprises, des organismes sportifs, des centres de réadaptation, des centres de soins de longue durée ou des cabinets privés.

Exclusions

- Les techniciens et techniciennes qui fournissent de l'aide technique aux physiothérapeutes sont classés dans le groupe de base D235 — Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

D043 Ergothérapeutes

Les ergothérapeutes élaborent des programmes individuels ou de groupe à l'intention des personnes qui souffrent de maladies, de blessures, de troubles de développement, de problèmes émotifs ou psychologiques, ou qui vieillissent, dans le but d'entretenir, de restaurer ou d'améliorer leur capacité à s'occuper d'elles-mêmes et à travailler, à fréquenter l'école ou à s'adonner à des loisirs. De plus, ils élaborent et mettent en œuvre des programmes de promotion de la santé en collaboration avec des particuliers, des groupes communautaires et des employeurs. Ils travaillent dans des établissements de soins, des écoles, des organismes privés et des organismes de services sociaux, ou ils peuvent être des travailleurs autonomes.

D044 Autres professionnels/professionnelles en thérapie et en évaluation

Ce groupe de base comprend les thérapeutes spécialisés, non classés ailleurs, qui utilisent des techniques telles que l'art-thérapie, la thérapie par l'athlétisme ou par la danse, la musicothérapie ou la gymnastique corrective, afin d'aider au traitement des incapacités mentales et physiques. Ils travaillent dans des établissements tels que des centres hospitaliers, des centres de réadaptation, des cliniques, des centres de loisirs, des maisons de santé, des établissements d'enseignement, des établissements pénitentiaires et des garderies, ou ils peuvent exercer en cabinet privé.

D111 Infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses

Les infirmiers en chef et les superviseurs supervisent et coordonnent le travail des infirmiers autorisés, des infirmiers auxiliaires et de tout autre personnel des soins infirmiers dans la prestation des soins aux patients. Ils travaillent dans des établissements de soins de santé, tels que les centres hospitaliers, les cliniques, les maisons de santé et les agences de soins infirmiers.

Exclusions

- Les directeurs et directrices de services infirmiers sont classés dans le groupe de base A321 — Directeurs/directrices des soins de santé
- Les infirmiers et infirmières intendants sont classés dans le groupe de base D112 — Infirmiers diplômés/infirmières diplômées

D112 Infirmiers autorisés/infirmières autorisées

Ce groupe de base comprend les infirmiers autorisés, les infirmiers psychiatriques autorisés et les finissants d'un programme en sciences infirmières qui ne sont pas encore autorisés (infirmiers diplômés/bacheliers). Ils dispensent des soins infirmiers aux patients, offrent des programmes d'éducation en soins de la santé et fournissent des services consultatifs concernant des questions relatives à l'exercice en sciences infirmières. Ils travaillent dans divers milieux, y compris les centres hospitaliers, les établissements de soins de santé, les établissements de soins prolongés, les centres de réadaptation, les cabinets de médecins, les cliniques, les organismes communautaires, les entreprises et les maisons privées, ou ils peuvent être des travailleurs autonomes.

Exclusions

- Les infirmiers et infirmières en chef et les surveillants et surveillantes sont classés dans le groupe de base D111 — Infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses
- Les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés sont classés dans le groupe de base D233 — Infirmiers auxiliaires autorisés/infirmières auxiliaires autorisées

D211 Technologistes médicaux/technologistes médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie

Les technologistes médicaux effectuent des tests de laboratoire médical, ainsi que des expériences et des analyses pour faciliter le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies. Ils travaillent dans des laboratoires médicaux de centres hospitaliers, de cliniques privées, d'instituts de recherche et d'universités. Les assistants en anatomopathologie fournissent une aide lors des autopsies et des examens de prélèvements ou pratiquent ces autopsies sous la surveillance d'un pathologiste. Ils travaillent habituellement dans des centres hospitaliers. Ce groupe de base comprend les technologistes médicaux qui sont également superviseurs.

Exclusions

- Les technologues en chimie appliquée qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C111 — Technologues et techniciens/techniciennes en chimie appliquée
- Les technologues en biologie qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C121 — Technologues et techniciens/techniciennes en biologie
- Les techniciens et techniciennes de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D212 — Techniciens/techniciennes de laboratoire médical

D212 Techniciens/techniciennes de laboratoire médical

Les techniciens de laboratoire médical effectuent des tests courants de laboratoire médical et règlent, nettoient et entretiennent le matériel de laboratoire médical. Ils travaillent dans des laboratoires médicaux de centres hospitaliers, de cliniques, d'instituts de recherche, d'universités et dans des laboratoires de recherche gouvernementaux.

Exclusions

- Les techniciens et techniciennes en chimie appliquée qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C111 — Technologues et techniciens/techniciennes en chimie appliquée
- Les techniciens et techniciennes en biologie qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C121 — Technologues et techniciens/techniciennes en biologie
- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues de laboratoire médical et assistants/assistantes en pathologie

D213 Technologues et techniciens/techniciennes en santé animale

Les technologues et techniciens en santé animale apportent une aide technique aux vétérinaires dans les soins de santé animale, le diagnostic et le traitement des troubles de santé chez les animaux. Ils travaillent dans des cliniques et des hôpitaux vétérinaires, des fourrières, des sociétés protectrices des animaux, des jardins zoologiques, des laboratoires de recherche en santé animale, au gouvernement et dans l'industrie pharmaceutique.

Exclusions

- Les aides-vétérinaires et les autres préposés aux soins des animaux sont classés dans le groupe de base G923 — Soigneurs/soigneuses d'animaux et travailleurs/travailleuses en soins des animaux

D214 Inhalothérapeutes, perfusionnistes cliniques et technologues cardio-pulmonaires

Les inhalothérapeutes aident les médecins à diagnostiquer, à traiter et à soigner les patients souffrant de troubles respiratoires et cardio-pulmonaires. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des centres médicaux, des services de soins de santé, des établissements de soins prolongés, des centres de santé publique et des entreprises qui dispensent des services d'inhalothérapie à domicile. Les perfusionnistes cardio-vasculaires fournissent une aide technique aux patients qui subissent une chirurgie cardiaque ainsi qu'aux patients qui ont besoin de support respiratoire ou circulatoire. Les technologues cardio-pulmonaires aident les médecins en ce qui a trait aux aspects techniques du diagnostic et du traitement des maladies cardio-pulmonaires et respiratoires. Les perfusionnistes cardio-vasculaires et les technologues cardio-pulmonaires travaillent principalement dans des centres hospitaliers. Ce groupe de base comprend les superviseurs et les formateurs en inhalothérapie, en perfusion cardio-vasculaire et en technologie cardio-pulmonaire.

D215 Technologues en radiation médicale

Les technologues en radiation médicale se servent d'appareils de radiographie et de radiothérapie afin d'administrer des rayons ionisants et d'obtenir des clichés des structures de l'organisme, pour diagnostiquer et traiter les lésions et les maladies. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des centres d'oncologie, des cliniques et des laboratoires de radiologie. Ce groupe de base comprend les technologues en radiation médicale qui agissent en tant que superviseurs ou instituteurs cliniques.

D216 Technologues en échographie

Les technologues en échographie utilisent des appareils qui produisent et enregistrent des images de diverses parties du corps, afin d'aider les médecins à surveiller les grossesses et à diagnostiquer les problèmes cardiaques, ophtalmiques et vasculaires, et les autres troubles de la santé. Ils travaillent dans des cliniques et des centres hospitaliers. Les technologues en échographie qui exercent des fonctions de superviseur ou de formateur sont inclus dans ce groupe de base.

Exclusions

- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
- Les technologues en électroencéphalographie, en électromyographie et en circulation vasculaire et les autres technologues qui se servent d'appareils informatiques et électroniques pour aider au diagnostic des maladies sont classés dans le groupe de base D218 — Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic, n.c.a.
- Les technologues en cardiologie sont classés dans le groupe de base D217 — Technologues en cardiologie
- Les techniciens de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D212 — Techniciens/techniciennes de laboratoire médical
- Les technologues en radiographie, en médecine nucléaire et en radiothérapie sont classés dans le groupe de base D215 — Technologues en radiation médicale

D217 Technologues en cardiologie

Les technologues en cardiologie utilisent des électrocardiogrammes et d'autres appareils électroniques pour enregistrer l'activité cardiaque des patients afin d'aider au diagnostic et au traitement des maladies cardiaques. Ils travaillent dans des centres hospitaliers et des cliniques. Les technologues en cardiologie qui exercent des fonctions de superviseur ou de formateur sont inclus dans le groupe de base.

Exclusions

- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
- Les technologues en radiographie, en médecine nucléaire et en radiothérapie sont classés dans le groupe de base D215 — Technologues en radiation médicale
- Les échographistes sont classés dans le groupe de base D216 — Technologues en échographie
- Les technologues en électroencéphalographie, en électromyographie et en circulation vasculaire et les autres technologues qui se servent d'appareils informatiques et électroniques pour aider au diagnostic des maladies sont classés dans le groupe de base D218 — Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic, n.c.a.

D218 Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic, n.c.a.

Le groupe des technologues en électroencéphalographie comprend les autres technologues du diagnostic, non classés ailleurs, qui utilisent des appareils d'électroencéphalographie et d'autres appareils de diagnostic, afin d'aider les médecins à diagnostiquer les maladies, les lésions et les anomalies. Ce groupe de base comprend les techniciens en électroencéphalographie et les autres technologues du diagnostic qui agissent en tant que superviseurs ou formateurs. Ils travaillent dans des cliniques, des centres hospitaliers et des laboratoires médicaux.

Exclusions

- Les technologues en cardiologie sont classés dans le groupe de base D217 — Technologues en cardiologie
- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
- Les technologues en radiographie, en médecine nucléaire ou en radiothérapie sont classés dans le groupe de base D215 — Technologues en radiation médicale
- Les échographistes sont classés dans le groupe de base D216 — Technologues en échographie

D219 Autres technologues et techniciens/techniciennes des sciences de la santé (sauf soins dentaires)

Ce groupe de base comprend les technologues et les techniciens médicaux, non classés ailleurs, tels que les techniciens en diététique, les ocularistes, les prothésistes, les orthésistes, les techniciens prothésistes et les techniciens orthésistes. Les techniciens en diététique travaillent dans des établissements de soins de santé et de services alimentaires commerciaux comme les centres hospitaliers, établissements de soins prolongés, maisons de santé, établissements d'enseignement, cafétérias et distributeurs de restauration rapide. Les ocularistes travaillent dans des laboratoires de prothèses oculaires sur mesure ou ils peuvent être des travailleurs autonomes. Les prothésistes, les orthésistes, les techniciens prothésistes et les techniciens orthésistes travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques, des laboratoires de prothèses et d'orthèses et dans des entreprises de fabrication d'appareils de prothèse. Les prothésistes et les orthésistes peuvent également être des travailleurs autonomes.

Exclusions

- Les aides et les assistants en diététique sont classés dans le groupe de base G961 — Serveurs/serveuses au comptoir, aides de cuisine et personnel assimilé

D221 Denturologistes

Les denturologistes examinent les patients et conçoivent, fabriquent et réparent des prothèses dentaires amovibles. La plupart des denturologistes ont leur propre cabinet.

Exclusions

- Les dentistes sont classés dans le groupe de base D013 — Dentistes
- Les personnes qui fabriquent des prothèses dentaires dans des laboratoires dentaires sont classées dans le groupe de base D223 — Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires

D222 Hygiénistes et thérapeutes dentaires

Les hygiénistes dentaires assurent un traitement d'hygiène dentaire et donnent des renseignements reliés à la prévention des maladies et des affections des dents et de la bouche. Ils travaillent dans des cabinets de dentistes, des centres hospitaliers, des cliniques, des établissements d'enseignement et des organismes gouvernementaux, et dans l'industrie privée. Les thérapeutes dentaires remplissent des fonctions limitées dans le domaine de la médecine dentaire visant la prévention ou le traitement des maladies et des affections des dents et de la bouche. Ils travaillent pour le gouvernement fédéral et quelques gouvernements provinciaux et fournissent des services en milieu rural et dans les régions éloignées.

Exclusions

- Les dentistes sont classés dans le groupe de base D013 — Dentistes
- Les personnes qui effectuent le travail de bureau et aident les dentistes dans un cabinet de dentistes sont classées dans le groupe de base D311 — Assistants/assistantes dentaires

D223 Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires

Les technologues et techniciens dentaires conçoivent, préparent et fabriquent les dentiers et les prothèses dentaires prescrits par les dentistes et d'autres spécialistes. Les auxiliaires dans les laboratoires dentaires aident les technologues et les techniciens dentaires à préparer et à fabriquer des prothèses et autres appareils dentaires. Ils travaillent dans des laboratoires dentaires. Les superviseurs des technologues et des techniciens dentaires sont également compris dans ce groupe.

Exclusions

- Les personnes qui ajustent les dentiers et les prothèses dentaires et qui en fabriquent dans leur propre cabinet sont classées dans le groupe de base D221 — Denturologistes

D231 Opticiens/opticiennes d'ordonnances

Les opticiens d'ordonnances ajustent des lunettes ou des lentilles cornéennes, aident leurs clients à choisir une monture, prennent des dispositions pour la production de lunettes ou de lentilles cornéennes et fixent les lentilles aux montures. Ils travaillent dans des points de vente au détail d'articles d'optique ou dans d'autres établissements de services d'optique ou peuvent être des travailleurs autonomes. Les étudiants en optique et les opticiens directeurs de points de vente au détail sont compris dans ce groupe.

Exclusions

- Les directeurs de magasins d'optique ou de services d'optique dans des établissements de vente au détail sont classés dans le groupe de base A211 — Directeurs/directrices — commerce de détail
- Les optométristes qui font l'examen de la vue et prescrivent des lunettes et des lentilles cornéennes, en plus d'ajuster des lunettes, sont classés dans le groupe de base D021 — Optométristes
- Les techniciens de laboratoire d'optique sont classés dans le groupe de base D313 — Autre personnel de soutien des services de santé

D232 Sages-femmes et praticiens/praticiennes des médecines douces

Les sages-femmes donnent des soins complets aux femmes et à leurs bébés au cours de la grossesse, du travail, de la naissance et de la période postnatale. Elles exercent habituellement dans les centres hospitaliers, dans des centres de naissance et en cabinet privé. Les praticiens des médecines douces fournissent d'autres types de soins de santé aux patients. Ils travaillent dans des cliniques, des centres de santé, des établissements de cure ou des magasins d'aliments naturels, ou exercent en cabinet privé.

D233 Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires

Les infirmiers auxiliaires administrent des soins infirmiers aux patients, habituellement sous la supervision des médecins, des infirmiers autorisés ou d'autres membres de l'équipe de santé. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des maisons de soins infirmiers, des établissements de soins prolongés, des centres de réadaptation, des cabinets de médecins, des cliniques, des entreprises et des centres de santé communautaire, et chez des particuliers. Ce groupe de base comprend les techniciens de salle d'opération.

Exclusions

- Les aides-infirmiers, les préposés aux soins infirmiers et les aides de salle d'hôpital sont classés dans le groupe de base D312 — Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires

D234 Ambulanciers/ambulancières et autre personnel paramédical

Les ambulanciers et le personnel paramédical donnent des soins d'urgence pré-hospitaliers aux patients blessés ou malades et les transportent au centre hospitalier ou vers d'autres centres médicaux pour des soins plus poussés. Ils travaillent pour des services ambulanciers privés, des centres hospitaliers, des services d'incendie, des ministères et organismes gouvernementaux, des entreprises de fabrication, des sociétés minières et d'autres établissements du secteur privé.

D235 Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

Les travailleurs de ce groupe de base, non classés ailleurs, exécutent diverses tâches techniques en thérapie et en diagnostic. Certains d'entre eux aident les professionnels tels que les audiologistes, les orthophonistes, les ophtalmologistes et les physiothérapeutes. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques, des établissements de soins de longue durée, des centres de réadaptation et des établissements d'enseignement, et dans des cabinets privés des professionnels à qui ils fournissent de l'aide. Les massothérapeutes peuvent également être des travailleurs autonomes.

Exclusions

- Les naturopathes et les ostéopates sont classés dans le groupe de base D023 — Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé
- Les guérisseurs dont les méthodes de traitement sont fondées sur la foi ou le culte sont classés dans le groupe de base E216 — Autre personnel relié à la religion

D311 Assistants/assistantes dentaires

Les assistants dentaires aident le dentiste durant les examens et les traitements dispensés aux patients et exécutent des tâches de bureau. Les assistants dentaires travaillent principalement dans des cabinets de dentiste. Certains travaillent dans la fonction publique ou dans des établissements d'enseignement.

Exclusions

- Les hygiénistes dentaires sont classés dans le groupe de base D222 — Hygiénistes et thérapeutes dentaires
- Les techniciens dentaires sont classés dans le groupe de base D223 — Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires

D312 Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires

Les aides-infirmiers, les aides-soignants et les préposés aux bénéficiaires aident le personnel infirmier et hospitalier ainsi que les médecins dans la prestation des soins de base aux patients. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des maisons de santé et d'autres établissements de santé.

Exclusions

- Les infirmiers auxiliaires autorisés sont classés dans le groupe de base D233 — Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires
- Les auxiliaires familiaux et les aides ménagers sont classés dans le groupe de base G811 — Aides familiaux/aides familiales, aides de maintien à domicile et personnel assimilé

D313 Autre personnel de soutien des services de santé

Ce groupe de base comprend le personnel de soutien des services de santé qui fournit de l'aide et des services aux professionnels et autres intervenants dans le domaine de la santé. Ces personnes travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques médicales, des bureaux de professionnels de la santé, des centres de soins infirmiers, des magasins de détail et laboratoires en optique, des pharmacies et des laboratoires de pathologie.

Exclusions

- Les techniciens en chirurgie sont classés dans le groupe de base D233 — Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires
- Les assistants en pathologie sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Les Soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 2001.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Les Soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 2002.
3. Conseil canadien de la santé, *Modernizing the Management of Health Human Resources in Canada: Identifying Areas for Accelerated Change. Report from a National Summit. June 23, 2005*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2005.
4. R. W. Pong et J. R. Pitblado, *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, Ottawa, ICIS, 2005.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada, 2000*, Ottawa, ICIS, 2002.
6. C. Gray, « How Bad Is The Brain Drain? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161 (1999), p. 1028-1029.
7. A. Priest, *What's Ailing Our Nurses? A Discussion of the Major Issues Affecting Nursing Human Resources in Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006.
8. J. R. Pitblado, J. M. Medves et N. J. Stewart, « For Work and For School: Internal Migration of Canada's Rural Nurses », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 37 (2005), p. 102-121.
9. Merck Frosst Canada & Co., "A health reform plan: some possibilities (1)", *Health Edition* 4, 29 (July 28, 2000): pp 1-2, [online], cited 01, 2007, from < http://www.healthedition.com/archives/072800_m.pdf > .
10. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2005*, Ottawa, ICIS, 2006.
11. Organisation mondiale de la santé, *The World Health Report: Working Together for Health*, Genève, Editions OMS, 2006, p. xv.
12. R. J. Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada* (en ligne), Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. Internet : < <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html> > .

13. M. J. L. Kirby (président), *The Health of Canadians—The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform* (en ligne), Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002. Internet : < <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repoct02vol6-e.htm> > .
14. Santé Canada, *2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal* (en ligne). Consulté le 29 mars 2006. Internet : < http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index_e.html > .
15. S. Birch, « Health Human Resource Planning for the New Millennium: Inputs in the Production of Health, Illness, and Recovery in Populations », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, n° 4 (2002), p. 109-114.
16. J. R. Pitblado et R. W. Pong, *Geographic Distribution of Physicians In Canada* (en ligne), (rapport préparé par Santé Canada), Sudbury, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne, 1999. Internet : < <http://www.laurentian.ca/cranhr/pdf/distrib/GEOREPORT.pdf> > .
17. M. Konieczna, « Prescription Needed for Pharmacist Shortage », *The Globe and Mail*, 21 mai 2004, p. C1. « Pharmacists have been in short supply for the last decade or more ».
18. Société canadienne de science de laboratoire médical, « Survey Reveals Shortage of Medical Laboratory Technologists Approaching Faster Than Anticipated » (en ligne), communiqué de presse (10 avril 2000). Consulté le 5 octobre 2003. Internet : < http://www.csmls.org/english/news_releases.cfm?ID=31 > .
19. M. Sobel, P. Litwin, C. Seville et C. Homuth, « The Coming RT Shortage », *Revue canadienne de la thérapie respiratoire* (hiver 2000), p. 38-42.
20. Presse canadienne, « Urgent Action Needed to Avert Severe Nursing Shortage, Report Says » (article relatif à *Stepping to Success and Sustainability: An Analysis of Ontario's Nursing Workforce*, publié par une équipe de recherche de l'Université de Toronto), 4 novembre 2003. Consulté le 11 avril 2003. Internet : < <http://www.canada.com> > .
21. C. Gilbert, « OMA President Says it's Crucial Doctor Shortage Issue Addressed: Many Physicians Deciding to Leave Ontario », *Northern Life*, Sudbury, 7 mars 2004, p. 6.
22. P. Zurn, M. R. Dal Poz, B. Stilwell et O. Adams, « Imbalance in the Health Workforce » (en ligne), *Human Resources for Health*, vol. 2, n° 13 (2004). Internet : < <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13> > .

23. G. Dussault et M. C. Franceschini, « Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce » (en ligne), *Human Resources for Health*, vol. 4, n° 12 (2006). Internet : < <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12> > .
24. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1995-2004*, Ottawa, ICIS, 2006.
25. Organisation mondiale de la santé, *A Guide to Rapid Assessment of Human Resources for Health* (en ligne), Genève, OMS, 2004. Internet : < http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf > .
26. Institut canadien d'information sur la santé, *Les Dispensateurs de soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 2001.
27. J. Farmer, W. Lauder, H. Richards et S. Sharkey, « Dr. John Has Gone: Assessing Health Professionals' Contribution to Remote Rural Community Sustainability in the UK », *Social Science and Medicine*, vol. 57, n° 4 (2003), p. 673-686.
28. R. Finnie, « Interprovincial Migration in Canada: A Longitudinal Analysis of Movers and Stayers and the Associated Income Dynamics », *Canadian Journal of Regional Science*, vol. 22, n° 3 (1999), p. 227-262.
29. M. Vachon et F. Vaillancourt, « Interprovincial Mobility in Canada, 1961-1996: Importance and Destination », in H. Lazar et T. McIntosh (dir.), *Canada—The State of the Federation 1998/99: How Canadians Connect*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999, p. 101-122.
30. N. Rothwell, R. D. Bollman, J. Tremblay et J. Marshall, *Recent Migration Patterns in Rural and Small Town Canada*, document de travail sur l'agriculture et le milieu rural n° 55, Ottawa, Statistique Canada, 2002.
31. N. Rothwell, R. D. Bollman, J. Tremblay et J. Marshall, « Migration to and From Rural and Small Town Canada », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, vol. 3, n° 6, Statistique Canada, 2002b, numéro 21-006-XIE au catalogue.
32. Statistique Canada, *Profile of the Canadian Population by Mobility Status: Canada, A Nation on the Move*, Ottawa, Industrie Canada, 2002, série « Analyses », Recensement de 2001, numéro 96F0030XIE2001006 au catalogue.
33. K.-L. Liaw et M. Qi, « Lifetime Interprovincial Migration in Canada: Looking Beyond Short-run Fluctuations », *Canadian Geographer*, vol. 48, n° 2 (2004), p.168-190.
34. H. Grant et R. Oertel, « The Supply and Migration of Canadian Physicians, 1970-1995: Why We Should Learn to Love an Immigrant Doctor », *Canadian Journal of Regional Science*, vol. 20 (1997), p. 157-168.

35. M. Benarroch et H. Grant, *The Interprovincial Migration of Canadian Physicians, 1970-1992*, Ottawa, Conférence économique de Statistique Canada, mai 2000.
36. Institut canadien d'information sur la santé, *Migration internationale et interprovinciale des médecins, Canada, 1970 à 1995*, Ottawa, ICIS, 1997.
37. A. Baumann, J. Blythe, C. Kolotylo et J. Underwood, *Mobility of Nurses in Canada*, Ottawa, The Nursing Sector Study Corporation, 2004.
38. R. K. House, G. C. Johnson et F. A. Edwards, « Manpower Supply Study Scenarios for the Future: Dental Manpower to 2001 », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 49 (1983), p. 85-98.
39. Santé Canada, *An Environmental Scan of the Human Resource Issues Affecting Medical Laboratory Technologists and Medical Radiation Technologists*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2001, numéro H39-635/2002E au catalogue.
40. K. H. Davis, « Medical Laboratory Technologists National Human Resources Review—2002 Update », *Canadian Journal of Medical Laboratory Science*, vol. 64 (2002), p. 100-121.
41. D. A. Plane et P. A. Rogerson, *The Geographical Analysis of Population: With Applications to Planning and Business*, New York, Wiley, 1994.
42. Fujitsu Consulting (Canada) Inc., *Setting a New Direction for Planning the New Brunswick Physician Workforce* (en ligne), rapport de consultation définitif au ministère de la Santé et du Mieux-Être. Consulté le 19 septembre 2003. Internet : < <http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/DirectionPhysicianWorkforce.pdf> > .
43. Fujitsu Consulting (Canada) Inc., *Health Human Resources Supply and Demand Analysis* (en ligne), rapport de consultation définitif au ministère de la Santé et du Mieux-Être. Consulté le 27 novembre 2002. Internet : < <http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/SupplyandDemandAnalysis.pdf> > .
44. A. Kazanjian et L. Apland, *Estimating National Health Human Resources Modeling Capacity*, Vancouver, Département de soins de santé et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, 2004.
45. L. Buske, « Interprovincial Migration », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157 (1997), p. 1492.
46. R. Dupuy, F. Mayer et R. Morissette, *Rural Youth: Stayers, Leavers and Return Migrants*, Ottawa, Statistique Canada, 2000, numéro 11F0019MPE au catalogue, n° 152.

47. R. Audas et T. McDonald, « Rural-urban migration in the 1990s », *Canadian Social Trends* (été 2004), p. 17-24, Statistique Canada, numéro 11-008 au catalogue.
48. K. Basu et S. Rajbhandary, « Interprovincial Migration of Physicians in Canada: What Are the Determinants? » *Health Policy*, vol. 76 (2006), p. 186-193.
49. B. T. B. Chan, *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?*, Ottawa, ICIS, 2002.
50. R. L. Phillips Jr, S. Petterson, G. E. Fryer Jr et W. Rosser, « The Canadian Contribution to the US Physician Workforce », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176 (2007), p. 1083-1087.
51. Statistique Canada, *Annual Demographic Statistics 2004*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2005, numéro 91-213-XPB au catalogue.
52. Statistique Canada, *Standard Geographical Classification (SGC 2001)*, Ottawa, Statistique Canada, 2002, numéro 12-571-XIB au catalogue.
53. Statistique Canada, *2001 Census Handbook*, Ottawa, ministère de l'Industrie 2003, numéro 92-379-XIE au catalogue.
54. Statistique Canada, *National Occupational Classification for Statistics*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2001, numéro 12-583-XPE au catalogue (voir la page c131 pour une comparaison entre la Classification nationale des professions pour statistiques de 2001 et la Classification nationale des professions de 1991).
55. Statistique Canada, *Occupation*, Ottawa, Statistique Canada, 2001, rapport technique du recensement, numéro 92-388-XIE au catalogue.
56. I. H. Frieze, S. B. Hansen et B. Boneva, « The Migrant Personality and College Students' Plans for Geographic Mobility », *Journal of Environmental Psychology*, vol. 26 (2006), p. 170-177.
57. E. Lee, « A Theory of Migration », *Demography*, vol. 3 (1966), p. 47-57.
58. W. Marr, D. McCready et F. Millerd, « Canadian Internal Migration of Medical Personnel », *Growth and Change*, vol. 12 (1981), p. 32-40.
59. I. P. Sempowski, M. Godwin et R. Seguin, « Physicians Who Stay versus Physicians Who Go: Results of a Cross-sectional Survey of Ontario Rural Physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 7 (2002), p. 173-179.
60. S. Rajbhandary et K. Basu, « Interprovincial Migration of Physicians in Canada: Where Are They Moving and Why? », *Health Policy*, vol. 79 (2006), p. 265-273.

61. Institut canadien d'information sur la santé, *Le respect de la vie privée et la confidentialité de l'information sur la santé à l'ICIS*, Ottawa, ICIS, 2002.
62. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2005*, Ottawa, ICIS, 2006.
63. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2005*, Ottawa, ICIS, 2006.
64. C. Bryant et A. E. Joseph, « Canada's Rural Population: Trends in Space and Implications in Place », *The Canadian Geographer*, n° 45 (2001), p. 132-137.
65. L. O. Stone, *Migration in Canada*, Ottawa, Bureau fédéral de la Statistique, 1969.
66. L. O. Stone, « What We Know About Migration Within Canada—A Selective Review and Agenda for Future Research », *International Migration Review*, n° 8 (1974), p. 267-281.
67. J. Vanderkamp, *Mobility Patterns in the Labour Force*, Conseil économique du Canada, étude spéciale n° 16, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1973.
68. E. K. Grant et J. Vanderkamp, *The Economic Causes and Effects of Migration: Canada, 1965–71*, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1976.
69. Z. Lin, *La mobilité interprovinciale de la main-d'œuvre au Canada : le rôle de l'assurance-maladie et de l'aide sociale*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1995, numéro IN-AH-220E-08-95.
70. Z. Lin, *Canadiens nés à l'étranger et Canadiens de naissance : une comparaison de la mobilité interprovinciale de leur main-d'oeuvre*, Direction des études analytiques : documents de recherche n° 114, Ottawa, Statistique Canada, 1998, numéro 11F0019MF au catalogue.
71. R. Finnie, *Qui sont les migrants? Analyse de la migration interprovinciale au Canada fondée sur un modèle logit par panel*, Direction des études analytiques : documents de recherche n° 142, Ottawa, Statistique Canada, 2000, numéro 11F0019MIF au catalogue.
72. R. Finnie, « The Patterns of Inter-Provincial Migration in Canada 1982–95: Evidence From Longitudinal Tax-Based Data », *Canadian Studies in Population*, n° 26 (1999), p. 205-234.
73. Statistique Canada, *La classification nationale des professions - statistiques (CNP-S) 2001* (en ligne), dernière modification en juin 2003. Consulté en mars 2007. Internet : < http://stds.statcan.ca/francais/soc/2001/nocs01-class-search_f.asp?cretaria=D > .

