

Introduction aux MÉTIER S DE LA SANTÉ au Canada



RCPS
Réseau canadien des
personnels de santé



CHWN
Canadian Health Workforce
Network

Table des matières

Introduction	9
INTRODUCTION	10
Concepts essentiels et terminologie.....	10
Systèmes adaptatifs complexes.....	12
Division du travail en soins de santé	12
La main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada	17
Principales préoccupations de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.....	22
Mobilité et productivité.....	25
Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé à travers les questions de nombre, de répartition et de composition	26
Questions en matière d'équité, de diversité et d'inclusion	28
Profession par RLISS	29
Acronymes	34
Références	34
Audiologie et orthophonie.....	40
AUDIOLOGIE ET ORTHOPHONIE	41
Introduction.....	41
Histoire de la profession.....	41
Éducation et formation.....	45
Réglementation de la profession.....	47
Champ d'exercice	49
Profil démographique.....	51
Avenir des professions.....	54
Conclusion	55
Remerciements.....	55
Acronymes.....	55
Références	56
Annexe A. Conditions d'admission aux programmes canadiens d'audiologie.....	58
Annexe B. Conditions d'admission aux programmes canadiens d'orthophonie	59
Chiropraticiens.....	62
CHIROPRACTIENS.....	63
Introduction.....	63
Histoire de la profession.....	63
Éducation et formation.....	65
Champ d'exercice	66
Réglementation de la profession.....	70
Profil démographique.....	72
La carrière en chiropratique	73
Conclusion	73
Acronymes.....	73
Ressources supplémentaires	74
Références	74
Agents de santé communautaire et préposés aux bénéficiaires	78
AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES	79
Introduction.....	79
AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....	80
Définition de la profession	80

Histoire de la profession.....	80
Formation des agents de santé communautaire au Canada.....	81
Profil démographique des agents de santé communautaire.....	81
Champ de pratique des agents de santé communautaire.....	82
Réglementation des agents de santé communautaire au Canada.....	83
Financement des agents de santé communautaire et couverture des services.....	83
Principaux enjeux des agents de santé communautaire.....	83
PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES.....	84
PAR SIMONE PARNIAK ET CHRISTINE KELLY.....	84
Qu'est-ce qu'un préposé aux bénéficiaires?.....	84
Histoire de la profession.....	84
Formation des préposés aux bénéficiaires au Canada.....	85
Profil démographique des préposés aux bénéficiaires.....	86
Champ d'exercice des préposés aux bénéficiaires.....	86
Réglementation des préposés aux bénéficiaires au Canada.....	87
Financement des préposés aux bénéficiaires et couverture des services.....	87
Principaux enjeux des préposés aux bénéficiaires.....	88
Conclusion.....	88
Remerciements.....	89
Acronymes.....	89
Références.....	89
Assistants, hygiénistes et thérapeutes dentaires.....	94
ASSISTANTS, HYGIÉNISTES ET THÉRAPEUTES DENTAIRES.....	95
Introduction.....	95
Définitions.....	95
Histoire des professions.....	96
Formation.....	99
Champ d'exercice.....	103
Profil démographique.....	105
Milieus d'exercice.....	108
Réglementation au Canada.....	109
Salaires et couverture des services.....	111
Conclusion.....	112
Acronymes.....	113
Références.....	114
Dentistes et spécialistes dentaires.....	116
DENTISTES ET SPÉCIALISTES DENTAIRES.....	117
Introduction.....	117
Histoire des professions.....	117
Formation.....	119
Champ d'exercice.....	121
Réglementation de la profession.....	124
Profil démographique.....	125
Techniciens et technologues dentaires.....	129
Conclusion.....	131
Acronymes.....	131
Références.....	132
Denturologistes.....	134
DENTUROLOGISTES.....	135
Introduction.....	135

Histoire de la profession.....	135
Éducation et formation.....	135
Champ d'exercice	138
Réglementation de la profession.....	138
Profil démographique.....	141
Couverture des services et rémunération	142
Principaux enjeux de la profession	142
Conclusion	142
Acronymes.....	142
Références.....	143
Diététique	144
DIÉTÉTIQUE.....	145
Introduction.....	145
Histoire de la profession.....	145
Éducation et formation.....	146
Réglementation de la profession.....	149
Champ d'exercice	151
Modèles de pratique	152
Profil démographique.....	153
Couverture des services et rémunération	155
Conclusion	157
Remerciements.....	157
Acronymes.....	158
Références.....	158
Technologistes médicaux.....	162
TECHNOLOGISTES MÉDICAUX	163
Introduction.....	163
Histoire de la profession.....	163
Réglementation de la profession.....	165
Champ d'exercice	166
Éducation et formation.....	168
Profil démographique.....	170
Couverture des services et rémunération	172
Principaux enjeux de la profession	173
Conclusion	174
Acronymes.....	174
Références.....	175
Technologues en radiation médicale	177
TECHNOLOGUES EN RADIATION MÉDICALE	178
Introduction.....	178
Histoire de la profession.....	178
Réglementation de la profession.....	183
Champ d'exercice	183
Profil démographique.....	185
Couverture des services et rémunération	189
Conclusion	190
Ressources supplémentaires	190
Profession de sage-femme.....	192
PROFESSION DE SAGE-FEMME	193
Introduction.....	193

Histoire de la profession.....	193
Éducation et formation.....	195
Réglementation et normes.....	197
Champ d'exercice	197
Couverture des services et rémunération	199
Profil démographique.....	199
Principaux enjeux de la profession	201
Conclusion	203
Acronymes.....	203
Références.....	204
Soins infirmiers	206
SOINS INFIRMIERS	207
Introduction.....	207
Histoire de la profession.....	207
Formation	209
Champ d'exercice	215
Réglementation	218
Représentation professionnelle au Canada.....	220
Données démographiques.....	221
Couverture des services et rémunération	224
Principaux enjeux de la profession	224
Conclusion	226
Remerciements.....	226
Annexe 1. Universités offrant des programmes de baccalauréat en sciences infirmières par province ou par territoire	227
Annexe 2. Programmes d'infirmières auxiliaires autorisées par province ou par territoire	234
Annexe 3. Programmes universitaires d'infirmières psychiatriques autorisées.....	236
Annexe 4. Programmes d'infirmière praticienne et d'études supérieures en sciences infirmières par université canadienne	237
Références.....	239
Ergothérapie	244
ERGOTHÉRAPIE	245
Introduction.....	245
Histoire de la profession.....	245
Éducation et formation.....	246
Profil démographique.....	249
Champ d'exercice	250
Réglementation de la profession.....	252
Couverture des services et rémunération	253
Ergothérapie et santé autochtone.....	253
Principaux enjeux de la profession	254
Conclusion	254
Acronymes.....	254
Ressources supplémentaires	255
Références.....	257
Optométrie	258
OPTOMÉTRIE	259
Introduction.....	259
Histoire	260
Formation	261
Réglementation	264
Champ d'exercice	265
Profil démographique.....	267

COUVERTURE D'ASSURANCE DES SERVICES D'OPTOMÉTRIE	270
Conclusion	272
Acronymes	273
Ressources supplémentaires	273
Références	273
Paramédicaux.....	276
PARAMÉDICAUX	277
Introduction	277
Histoire de la profession	278
Éducation et formation	279
Champ d'exercice	280
Profil démographique	283
Réglementation de la profession	283
Financement des services et modèles de prestation	284
Principaux enjeux de la profession	284
Conclusion	287
Acronymes	287
Sections régionales de l'Association des paramédics du Canada	287
Organismes partenaires paramédicaux canadiens	287
Références	288
Pharmacie	291
PHARMACIE	292
Introduction	292
Histoire de la profession	292
Éducation et formation	294
Réglementation et normes	297
Champs d'exercice	298
Profil démographique	302
Couverture des services pharmaceutiques et rémunération des pharmaciens	305
Références	307
Annexe 1	310
Adjoints au médecin	311
ADJOINTS AU MÉDECIN AU CANADA	312
Définition de la profession d'adjoint au médecin	312
Histoire de la profession d'adjoint au médecin au Canada	312
Formation des adjoints au médecin au Canada	313
Champ d'exercice des adjoints au médecin	316
Profil démographique des adjoints au médecin	317
Réglementation de la profession d'adjoint au médecin et variations provinciales	318
Financement des adjoints au médecin et couverture des services professionnels de santé	319
Conclusion	321
Acronymes	321
Références	322
Médecins et chirurgiens.....	324
MÉDECINS ET CHIRURGIENS	325
Introduction	325
Histoire de la profession	326
Branches de la médecine	329
Éducation et formation	330
Profil démographique	338

Revenu	343
Champs d'exercice	343
Réglementation et normes	344
Questions d'actualité en médecine	345
Conclusion	347
Acronymes	347
Bibliographie.....	348
Physiothérapie	354
PHYSIOTHÉRAPIE	355
Introduction.....	355
Histoire de la profession.....	355
Éducation et formation.....	356
Demande	360
Profil démographique.....	361
Champ d'exercice	362
Réglementation de la profession.....	362
Modèles de pratique	363
Couverture des services et rémunération	364
Principaux enjeux de la profession	365
Conclusion	365
Acronymes.....	365
Ressources supplémentaires	365
Références	368
Psychologues.....	370
PSYCHOLOGUES.....	371
Introduction.....	371
Histoire de la profession.....	371
Éducation et formation.....	373
Champ d'exercice	378
Réglementation de la profession.....	380
Profil démographique.....	383
Couverture et accessibilité des services et rémunération.....	387
Conclusion	389
Acronymes.....	389
Références	389
Inhalothérapeutes.....	394
INHALOTHÉRAPEUTES	395
Introduction.....	395
Histoire de la profession.....	395
Éducation et formation.....	397
Réglementation de la profession.....	404
Profil démographique des inhalothérapeutes.....	405
Rémunération.....	405
Enjeux actuels des inhalothérapeutes.....	407
Conclusion	407
Acronymes.....	407
Ressources supplémentaires	408
Références	408
Postface : L'incidence de la pandémie de COVID-19	
sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada.....	410

POSTFACE : L'INCIDENCE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19	
SUR LA MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA	411
Protection du personnel de santé	411
Renforcement de la capacité de mobilisation	413
Conclusion	416
Acronymes	416
Références	417
Remerciements	420
REMERCIEMENTS	421
Contributeurs	422
CONTRIBUTEURS	423

INTRODUCTION

Ivy Lynn Bourgeault, Caroline Chamberland-Rowe
et Chantal Demers

Introduction

« Sans main-d'œuvre dans le secteur de la santé, il n'y a pas de santé possible. »

Cette déclaration forte du Global Health Workforce Network (GHWN) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne l'importance de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour répondre aux besoins de la population en matière de santé. La main-d'œuvre dans le secteur de la santé, qu'elle soit en première ligne de la prestation des services ou dans des rôles de soutien, constitue le « système » avec lequel interagissent les patients et les membres de la famille. Il est à craindre que l'offre et la composition actuelles de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ne seront pas en mesure de répondre à la demande du système de santé et aux besoins de la population en matière de santé dans le futur.

La main-d'œuvre dans le secteur de la santé représente également l'apport financier le plus important dans la prestation des services. Dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, la majorité des dépenses en santé sont consacrées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé sous forme de salaires, de traitements ou de frais. Par conséquent, une bonne partie des principaux enjeux des politiques et de la pratique des systèmes de santé ont des implications directes ou indirectes pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, si ce n'est pas tous. La gestion de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des coûts connexes est devenue le problème le plus pressant des systèmes de santé et est essentielle à la viabilité des systèmes de santé. Presque tous les efforts visant à changer ou à réformer les soins de santé impliquent directement ou indirectement la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

Paradoxalement, bien qu'elle soit l'épine dorsale du système de santé, sa main-d'œuvre est si omniprésente qu'elle en est souvent presque invisible. De nombreuses décisions concernant les services de santé sont prises sans tenir compte des ressources humaines nécessaires pour apporter les changements proposés. Il est essentiel de comprendre comment la main-d'œuvre actuelle a évolué pour prendre des décisions éclairées sur la direction que le système peut prendre et doit prendre.

Ce texte vise à initier un public divers à la diversité et à la variété des travailleurs de la santé au Canada. Un examen explicite de la division du travail, des champs d'activité respectifs, ainsi que de la formation et de la réglementation des travailleurs de la santé du Canada aidera à éclairer

les prochaines étapes de l'évolution des systèmes de santé du pays. Dans cette introduction, nous jetons les bases des études de cas individuelles présentées dans ce texte en décrivant le contexte général et les concepts essentiels liés à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Nous présentons le réseau de parties prenantes de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé selon une perspective de système adaptatif complexe et soulignons les principaux problèmes pertinents à l'étude de cette main-d'œuvre. Nous concluons par quelques-unes des questions transversales générales concernant l'équité, la diversité et l'inclusion qui touchent l'ensemble de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé canadien.

CONCEPTS ESSENTIELS ET TERMINOLOGIE

Un certain nombre de termes et de concepts essentiels sont nécessaires pour comprendre la description de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé contenue dans ce texte. Le premier est le terme « personnel de la santé » en tant que tel. L'OMS l'a défini comme étant « toutes les personnes engagées dans des actions dont l'objectif principal est d'améliorer la santé » (OMS, 2006). Cette définition large comprend la main-d'œuvre clinique de première ligne qui travaille directement avec les patients, celle qui fournit un soutien à cette main-d'œuvre et celle qui gère la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et le système de santé.

Au Canada, le personnel de première ligne peut se subdiviser en deux catégories :

- Professions de la santé réglementées : Cette catégorie comprend les professions telles que celles de médecin, d'infirmier ou d'infirmière et de pharmacien, qui requièrent généralement une formation plus longue dans un ensemble de connaissances plus spécialisées, généralement au niveau universitaire.
- Professions de la santé non réglementées : Cette catégorie comprend quant à elle les professions telles que les préposés aux bénéficiaires, les aides en thérapie et les agents de santé communautaire. Elle peut également inclure les rôles n'ayant aucun contact direct avec les patients étant donné que la réglementation est principalement axée sur la protection du public.

GLOBAL STRATEGY ON HUMAN RESOURCES FOR HEALTH: WORKFORCE 2030

La Stratégie mondiale sur les ressources pour la santé de l'OMS, élaborée à l'issue de vastes consultations internationales, vise à parvenir à une couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable des Nations Unies en mobilisant et en orientant les efforts nationaux, régionaux et mondiaux visant à renforcer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la couverture et la qualité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Elle propose une vision holistique de la couverture de service efficace nécessaire pour traduire les investissements en main-d'œuvre dans le secteur de la santé en de meilleurs résultats de santé :

La simple disponibilité du personnel de la santé ne suffit pas : ce n'est que lorsqu'il est équitablement réparti et accessible à la population, qu'il possède les compétences requises, qu'il est motivé et habilité à fournir des soins de qualité appropriés et acceptables aux attentes socioculturelles de la population, et qu'il est soutenu de manière adéquate par le système de santé, que la couverture théorique peut se traduire par une couverture efficace des services.

(OMS, 2016a)

La Stratégie mondiale peut contribuer à la réalisation de plusieurs des objectifs de développement durable, notamment ceux ayant trait à la santé, au développement socioéconomique et à l'équité entre les sexes. Elle répond le plus directement à la cible 3(c), qui vise à « augmenter considérablement le financement de la santé, ainsi que le recrutement, le développement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, particulièrement dans les pays les moins développés et dans les petits États insulaires en développement » (OMS, 2016a).

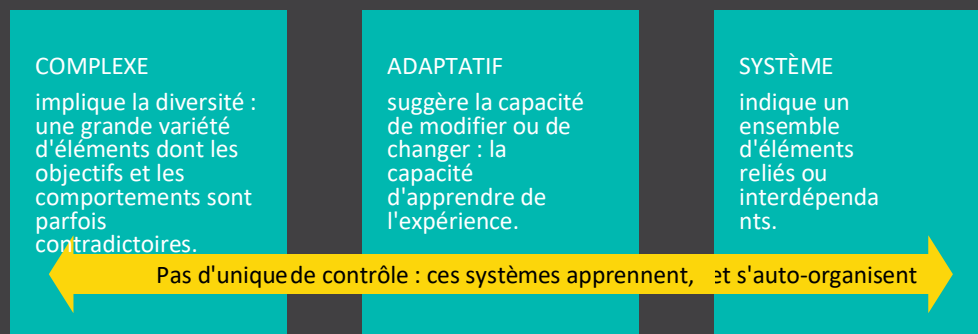
La Stratégie mondiale a adopté le Health Labour Markets Framework for Universal Health Coverage comme guide permettant d'identifier des leviers politiques. Il décrit une série de jalons mondiaux à atteindre d'ici 2020 et 2030 correspondant à quatre objectifs fondamentaux, qui abordent globalement les performances, l'alignement, la gouvernance et les données relatives à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. La Stratégie mondiale fournit également une série de recommandations en matière de politiques qui ciblent les parties prenantes, y compris les systèmes de santé nationaux, les partenaires internationaux et les acteurs non gouvernementaux tels que les institutions éducatives et professionnelles.

Il est également important de reconnaître les membres de la famille et les aidants personnels qui, bien que non rémunérés, peu reconnus et souvent invisibles, jouent un rôle important dans la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Nous sommes favorables à leur inclusion en principe; cependant, la nature informelle et variée de leur rôle complique grandement l'établissement d'une description exhaustive de leurs champs d'activité. Ce texte se concentre donc principalement sur la main-d'œuvre plus officielle.

Un concept international connexe est celui des ressources humaines de la santé, qui met également l'accent sur la couverture sanitaire universelle et l'amélioration de la santé de la population en tant que résultats essentiels des activités d'une grande variété de travailleurs

d'un système de santé. (Cette vision est reflétée dans la Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 de l'OMS.) Au Canada, un terme adjacent ayant été utilisé plus souvent est ressources humaines en santé. Ce terme tend à être interprété de façon plus étroite comme étant axé sur la planification, le recrutement et le maintien en poste de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Nous utilisons délibérément le terme « main-d'œuvre dans le secteur de la santé » pour désigner une orientation plus large qui inclut ces préoccupations, mais va aussi au-delà de celles-ci.

Figure 1 : Systèmes adaptatifs



(Begun, Zimmerman Dooley, 2003, p. 255)

SYSTÈMES ADAPTATIFS COMPLEXES

Les systèmes adaptatifs complexes sont ceux ayant des éléments multiples, divers et interreliés souvent accompagnés d'effets de rétroaction, de non-linéarité et d'autres conditions qui ajoutent à leur imprévisibilité. En raison de sa complexité, l'étude de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un domaine intrinsèquement interdisciplinaire, s'appuyant sur la littérature des sciences de la santé, des sciences sociales et de la gestion.

DIVISION DU TRAVAIL EN SOINS DE SANTÉ

Enraciné dans la sociologie et dans l'économie, le concept de division du travail en soins de santé comprend des aspects liés aux modalités de travail, au contrôle du milieu de travail et à l'influence sur les relations sociales (Storch, 2010). Il peut également faire référence à la spécialisation : la subdivision du travail en opérations limitées que des travailleurs distincts effectuent pour augmenter la productivité. Tout comme les autres divisions du travail, la division du travail en soins de santé est très ségréguée et hiérarchisée, tant au sein des professions qu'entre elles.

Les rôles diffèrent d'un occupant de la division du travail en soins de santé à l'autre, et ces rôles ont des statuts et une légitimité différents ayant évolué au fil du temps (Bourgeault, Neiterman et Wade, 2016).

On a parfois décrit la nature hiérarchique de la division du travail en soins de santé par le concept de domination professionnelle, que Eliot Freidson (1970) a d'abord esquissé. La domination professionnelle désigne la manière dont une profession utilise l'autonomie juridique et clinique pour prendre le contrôle d'autres groupes professionnels concurrents, du domaine institutionnel de la profession et de son financement. Freidson a défini les quatre caractéristiques ou éléments suivants :

- le contrôle du contexte ou des conditions de son travail (autonomie professionnelle), souvent indiqué par le statut d'autorégulation d'une profession;
- le contrôle du contenu du travail (champ d'exercice);
- le contrôle des clients (ou dans le cas des professions de la santé, les patients); et
- le contrôle des autres professions au sein de la division du travail.

Freidson a noté que la domination médicale de la division du travail en soins de santé est l'un des exemples les plus évidents de domination professionnelle. (*Pour une excellente description de l'évolution de la domination médicale au Canada, voir Coburn, Torrence et Kaufert, 1983*).

Un système de professions est similaire à un système adaptatif complexe. Abbott (1988) décrit ce système comme étant « un réseau structurel complexe, dynamique et interdépendant d'un groupe de professions au sein d'un domaine de travail donné ». La nature dynamique de ce système est le résultat de professions qui se développent et luttent constamment sur des domaines de connaissances et d'expertise, qu'Abbott appelait compétences.¹ Ces dynamiques créent un système dans lequel le succès d'une profession à occuper une compétence reflète ses propres efforts ainsi que la situation de ses concurrents.

Les changements de champ d'application professionnel peuvent survenir de plusieurs façons, y compris par l'introduction d'une nouvelle technologie, par le biais d'un changement organisationnel ou lorsqu'un champ d'application professionnel devient vacante. Abbott a classé ces perturbations du système comme étant internes à la division du travail ou externes à celle-ci.

La professionnalisation est le processus par lequel le travail qu'un certain groupe de travailleurs de la santé effectue est organisé, contrôlé et codifié dans les systèmes d'éducation et de réglementation. De cette façon, une profession peut être définie comme le contrôle de son occupation (Johnson, 1972) ou les tâches assignées à une occupation ou assumées par celle-ci.

Le concept de champ d'exercice est semblable à celui de la compétence. Ce terme désigne les rôles, les fonctions, les tâches, les activités, les compétences professionnelles, les bonnes pratiques et les exigences en matière d'accès à la profession et d'immatriculation d'une profession donnée. Il tend à désigner les domaines de pratique et l'appropriation du champ de rôle dans les professions de la santé réglementées (Baranek, 2005) et a des dimensions juridiques, sociales et concrètes, y compris :

- la définition des professionnels (qui est considéré comme un membre de la profession);
- ce que la formation des professionnels leur permet de faire;
- ce que les professionnels sont autorisés à faire en vertu de la loi;
- ce que font réellement les professionnels;
- comment les professionnels font leur travail; et
- les attentes des autres concernant ce qu'un professionnel fait (Health Professions Regulatory Advisory Council, 2007).

Les modèles de soins sont liés aux champs d'activité et font référence aux structures et aux organisations qui régissent les interactions des professionnels de la santé et leur collaboration en vue de fournir des soins de santé. Dans un rapport de 2014, l'Académie canadienne des sciences de la santé a présenté une discussion détaillée de la relation entre les champs d'exercice et les modèles de soins (voir la figure 2).

Les soins interprofessionnels constituent l'un de ces modèles, où plusieurs professionnels de la santé collaborent dans une optique axée sur le patient. Un modèle de pratique fait référence à l'approche spécifique d'une profession en matière de prestation de soins. Par exemple, les sages-femmes ont une approche et un modèle de pratique en matière d'accouchement différents

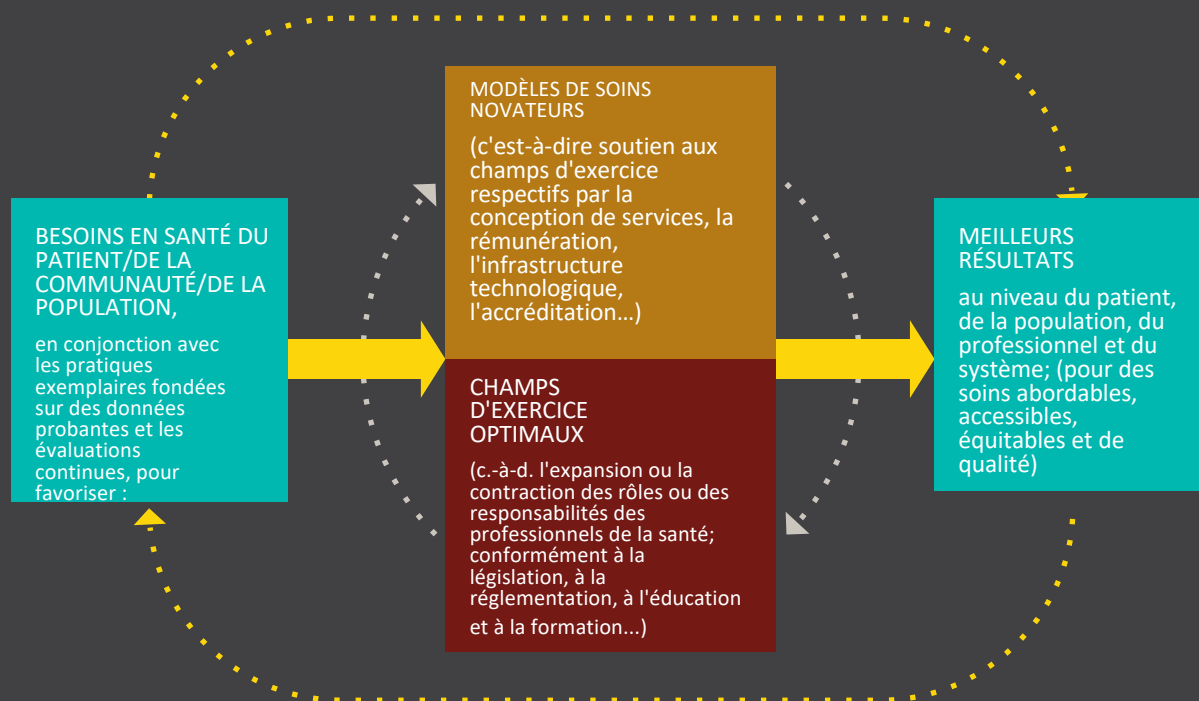
de ceux des obstétriciens.

¹ Il est important de noter qu'Abbott faisait référence à la compétence professionnelle, qu'il ne faut pas confondre avec les compétences provinciales ou territoriales dans le contexte canadien.

Figure 2 : La relation entre les champs d'exercice et les modèles de soins

Quel est le lien entre les modèles de soins et les champs d'exercice?

Les modèles novateurs de prestation des soins de santé cherchent généralement à optimiser les ressources humaines en santé en réduisant la dépendance à l'égard des services de médecins indépendants tout en augmentant le rôle des professionnels de la santé autres que les médecins. Les changements apportés à l'organisation des soins de santé doivent se refléter dans les paramètres législatifs, réglementaires, éducatifs et de formation des champs d'exercice respectifs.



Quel est le lien entre les champs d'exercice et les modèles de soins?

L'élargissement des champs d'exercice (c.-à-d. la capacité des pharmaciens à prescrire), le chevauchement des champs d'exercice (c.-à-d. les infirmières praticiennes qui travaillent avec les médecins de famille) et la création de nouveaux rôles (c.-à-d. associés aux innovations technologiques) nécessitent des modifications à la conception et à la prestation des services de santé.

La réglementation fournit une directive juridiquement contraignante qui définit, décrit, protège et applique les caractéristiques distinctives importantes qui classent une profession donnée. La réglementation peut couvrir les titres protégés, les compétences spécialisées, l'éducation et les exigences en matière d'accès à la profession. Le but des titres protégés comme « médecin » ou « pharmacien » est d'assurer au public que seuls ceux qui répondent aux exigences et aux critères de pratique associés à cette étiquette professionnelle peuvent légalement utiliser cette étiquette au Canada. Par exemple, toute personne qui ne rencontre pas

les critères ou exigences décrits dans la Loi sur la pharmacie ne peuvent pas se qualifier de pharmacien. La réglementation définit également les processus, les procédures et les répercussions professionnelles des mesures disciplinaires en réponse à une fausse déclaration ou une faute professionnelle.

L'autoréglementation se produit lorsqu'un gouvernement délègue son autorité réglementaire à la profession. Cela se produit souvent lorsque certains travailleurs de la santé ont des connaissances spécialisées bien supérieures à celles du public en ce qui concerne les questions de pratique professionnelle, ce qui rend la profession (et plus

spécifiquement, son organisme de réglementation) mieux équipé pour définir les exigences en matière d'accès à la pratique, élaborer des normes professionnelles, mener des enquêtes, etc. L'autoréglementation est souvent perçue comme une reconnaissance officielle des compétences uniques d'une profession donnée ainsi que de son incidence sur la santé et la sécurité publiques.

Les autres termes en lien avec la réglementation sont les permis et la certification. L'attribution de permis est un processus par lequel un gouvernement ou un organisme désigné restreint l'entrée dans une profession en définissant un ensemble de fonctions et d'activités (c'est-à-dire, en constituant un champ d'exercice), en accordant l'autorisation d'exercer cette profession uniquement aux personnes possédant des qualifications prédéterminées. (Les qualifications peuvent comprendre un diplôme d'études ou un certificat de compétence.) La certification est un processus par lequel un gouvernement ou un organisme désigné reconnaît les personnes qui satisfont aux normes d'entrée et de pratique spécifiées par l'organisme, en délivrant un certificat autorisant le titulaire à revendiquer un ensemble particulier de compétences ou à utiliser un titre professionnel particulier (Health Professions Legislation Review, 1989).

Au Canada, la réglementation des professionnels de la santé relève de la compétence provinciale ou territoriale; par conséquent, il existe plusieurs modèles de réglementation différents au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Notamment, la plupart des provinces ont adopté des règlements-cadres provinciaux. Ce type de législation concilie les normes de gouvernance dans toutes les professions de la santé d'une province en vertu de la politique publique (ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2015).

Au Manitoba, le règlement-cadre provincial remplacera à terme 20 lois existantes, trois professions ayant complètement fait la transition vers la gouvernance en vertu du règlement-cadre au moment de la rédaction du présent document (gouvernement du Manitoba, 2019). Les provinces du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan n'ont pas adopté de loi-cadre, chacune pour des raisons différentes. Le Nouveau-Brunswick a choisi de continuer à appuyer pleinement l'autoréglementation privée « propre à une profession » (ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2015). En

Saskatchewan, un modèle de loi-cadre est en cours d'élaboration, mais, en raison de difficultés importantes dans l'interprétation et la conciliation des différences entre les lois professionnelles, la réalisation de la loi-cadre a été retardée (Saskatchewan College of Psychologists, 2016). En Colombie-Britannique, ils s'orientent vers une plus grande coordination en fusionnant plusieurs organismes de réglementation, passant de 20 à 6.

Parmi les responsabilités des organismes de réglementation figure le suivi et la surveillance des membres de la profession qualifiés pour exercer leur profession par le biais du processus d'immatriculation. Cela donne aux organismes de réglementation l'accès à des informations importantes et à jour sur l'offre de travailleurs de la santé, qui sont consignées dans une liste des membres de la profession, ou registre.

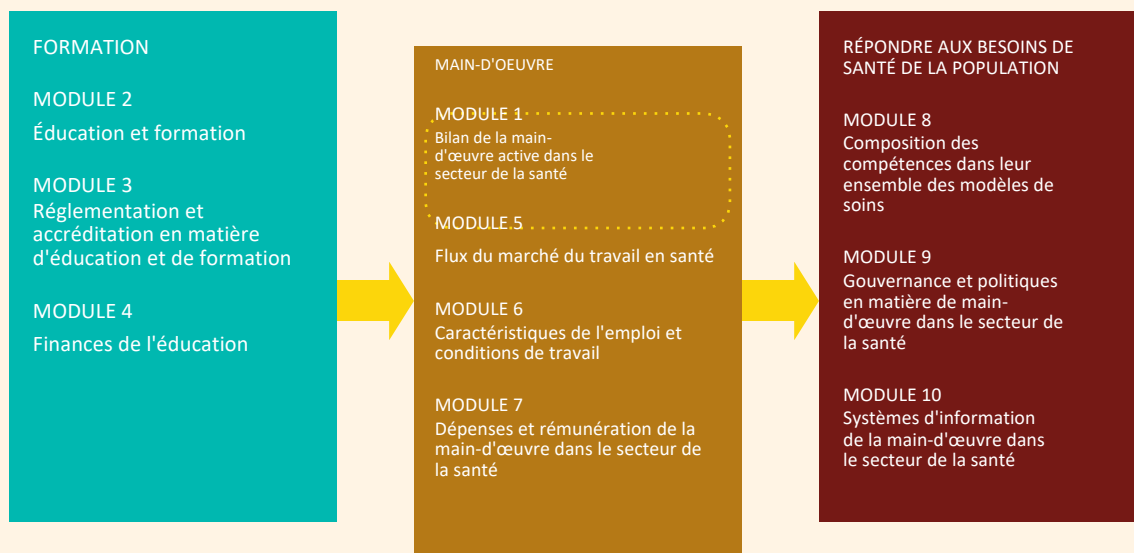
Certains organismes de réglementation ont commencé à recueillir des données précises auprès de leurs membres dans le cadre d'une initiative provinciale visant à faciliter la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ces informations sont communément appelées un ensemble minimal de données. Au Canada, les organismes de réglementation ont lancé plusieurs initiatives visant à élaborer un ensemble minimal de données. En 2008, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a adopté l'obligation pour les organismes de réglementation de fournir des données suivant un ensemble minimal de données dans le cadre de leur fonction requise en vertu de la *Regulatory Health Professions Act* (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2019). De même, en 2013, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a produit des lignes directrices sur la création d'un ensemble minimal de données qui peut être utilisé pour recueillir des données normalisées sur l'ensemble des professions de la santé (ICIS, 2013). Des démarches au sein du Réseau canadien des personnels santé (RCPS), en collaboration avec l'ICIS, sont en cours afin de revoir un ensemble minimal de données dans le but précis d'élaborer des modèles de planification plus précis et interprofessionnels de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Cela correspond aux récentes initiatives de l'OMS visant à établir des comptes nationaux de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, qui visent à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur cette main-d'œuvre.

COMPTES NATIONAUX DES PERSONNELS DE SANTÉ

La Stratégie mondiale sur les ressources pour la santé de l'OMS introduit les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) comme approche normalisée pour la collecte de données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Les CNPS établissent la comparabilité des données entre les pays, permettant des comparaisons et des représentations plus précises de la situation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé à tous les niveaux. Les CNPS encouragent également le développement d'ensembles de données solides de qualité suffisante pour éclairer la base de données et faciliter l'application des connaissances entre les pays. De cette manière, les CNPS cherchent à favoriser une évaluation et un suivi plus précis des démarches vers une couverture sanitaire universelle grâce à des interventions en matière de politique concernant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. En harmonisant et en regroupant les multiples exigences existantes en matière de rapports, y compris l'ensemble minimal de données pour un registre de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé de l'OMS et le Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics, les CNPS réduisent également le fardeau de produire des rapports imposé aux systèmes de santé.

Le NHWA Handbook publié par l'OMS (2016b) donne un aperçu des concepts fondamentaux qui sous-tendent la structure et l'objectif des CNPS. Il présente 10 modules progressifs, comprenant 90 indicateurs en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui ont été développés pour suivre les tendances de cette main-d'œuvre.

Figure 3 : Survol des composantes du marché du travail soutenues par les modules des CNPS



Cette approche modulaire permet de développer progressivement la capacité de collecte de données et de production de rapports. Le développement progressif d'un ensemble complet de données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé permet aux systèmes de santé nationaux de générer des informations et des preuves permettant d'éclairer des politiques efficaces en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui soutiennent la couverture sanitaire universelle. L'inclusion d'indicateurs tant qualitatifs que quantitatifs favorise une analyse plus globale et équilibrée du paysage de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, qui permet d'examiner simultanément les structures politiques et réglementaires et les indicateurs quantitatifs de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui façonnent le paysage national au sujet de cette main-d'œuvre. L'ICIS dirige les rapports des CNPS du Canada.

LA MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU CANADA²

Le réseau complexe des intervenants de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des rôles juridiques reflète les héritages historiques concernant la gouvernance des soins de santé au Canada. Les professions et la main-d'œuvre dans le secteur de la santé se sont d'abord développés dans les provinces, puis se sont répandus à l'échelle nationale, ce qui a mené à la formation de plusieurs organisations pancanadiennes en lien avec la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Le système adaptatif complexe de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé du Canada fait également intervenir une variété d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans les domaines de l'éducation, de l'accréditation, du financement, de la réglementation, de la pratique et du déploiement des travailleurs de la santé.

GROUPE D'INTERVENANTS PROVINCIAUX/TERRITORIAUX

Ministres provinciaux/territoriaux de la santé

Dans chaque province et territoire, le ministre de la Santé est un organisme décisionnel important ayant compétence sur la plupart des aspects du système de santé, y compris la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ces décisions comprennent le financement, la réglementation, l'éducation, la formation et le nombre de professions de la santé existantes, ainsi que la création de nouveaux cadres pour la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Dans de nombreuses provinces, ces décisions sont facilitées par des organismes consultatifs, y compris des conseils sur la qualité de la santé et, en Ontario, le Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé.

Organismes de réglementation

Dans la plupart des cas, la responsabilité de régir les professions de la santé est déléguée aux professions elles-mêmes au moyen d'un modèle d'autoréglementation (Epps, 2011; Morris, 1996). Bien que les organismes de réglementation, appelés *Ordres* au Québec, *Commissions* dans certaines provinces maritimes et *Collèges* dans le reste du Canada, jouissent d'une certaine autonomie en ce qui a trait à la régie de leurs membres, toute modification de la profession touchant les champs d'exercice ou toute modification de la législation professionnelle nécessitent la consultation et l'approbation du ministre de la Santé de la province ou du territoire. Les organismes de réglementation

sont également censés collaborer avec les gouvernements provinciaux ou territoriaux pour s'assurer que toute modification apportée à la profession ou à la législation régissant la profession soient dans l'intérêt du public.

Les organismes de réglementation jouent donc un rôle important, veillant à ce que les membres d'une profession soient qualifiés et respectent les bonnes pratiques éthiques et professionnelles, la législation et les codes de déontologie. Ils le font en faisant appliquer la loi, en établissant les bonnes pratiques et en les faisant appliquer, en établissant les critères d'accès à la pratique, en délivrant des permis ou en immatriculant les membres, en établissant des lignes directrices pour la formation continue et en assurant la discipline des membres (Epps, 2011; Morris, 1996). Les gouvernements utilisent un certain nombre de mécanismes pour s'assurer que les organismes de réglementation demeurent imputables publiquement, dont les exigences en matière de rapports, les audiences disciplinaires publiques et les nominations de membres du public aux conseils d'administration (Epps, 2011; Morris, 1996). Les gouvernements n'interviennent pas directement dans le processus décisionnel des organismes de réglementation, mais ils dirigent l'ordre du jour public concernant l'autoréglementation professionnelle.

Dans certaines provinces, les organismes de réglementation s'organisent également en plusieurs configurations interprofessionnelles, telles que la Fédération of Health Regulatory Colleges of Ontario, pour échanger des connaissances et des pratiques exemplaires.

Au Québec, le *Conseil interprofessionnel du Québec* est la voix collective des organismes de réglementation de la province. Ce conseil collabore avec le ministre de la Santé et l'*Office des professions du Québec* à titre d'organisme consultatif sur des questions d'intérêt commun telles que les changements apportés à la réglementation, la création de nouvelles autorités réglementaires ou l'intégration de professionnels à une autorité réglementaire existante (Conseil interprofessionnel du Québec, 2019).

Ces organisations interprofessionnelles se consacrent à la promotion du système professionnel en unissant les organismes de réglementation afin d'améliorer les services et de renforcer la protection du public.

2 Cette section est une version mise à jour et développée d'une description de Fréchette et Shrichand, 2011.

Associations professionnelles et syndicats

Les syndicats et les associations professionnelles existent au niveau provincial et territorial et fonctionnent indépendamment de leurs organismes de réglementation. Les associations professionnelles sont des groupes à but non lucratif qui protègent les intérêts de leur profession plutôt que ceux du public. Lorsque les intérêts du public et de la profession convergent, les associations professionnelles peuvent collaborer avec leurs homologues de l'autorité réglementaire dans le but de promouvoir ces intérêts. Souvent, des frais sont associés à l'adhésion à une association professionnelle, mais l'adhésion est volontaire et n'est pas nécessaire pour exercer la profession dans la province ou le territoire.

Dans certaines provinces et certains territoires, un seul organisme joue à la fois le rôle d'autorité réglementaire et d'association professionnelle. Par exemple, dans la moitié des provinces et dans les trois territoires, les associations professionnelles d'infirmières et d'infirmiers autorisés jouent ce double rôle. Cela diffère d'autres professions, telles que la médecine, la pharmacie et la physiothérapie, où ces rôles sont régis par deux organisations distinctes.

Un ou plusieurs syndicats existent au niveau provincial/territorial pour plusieurs professions, en particulier les soins infirmiers. Certains syndicats dépassent les frontières des groupes de professionnels de la santé pour les regrouper en organisations. Les syndicats et les associations professionnelles négocient les salaires, les honoraires et les conditions de travail au nom de leurs membres.

GROUPES D'INTERVENANTS NATIONAUX/FÉDÉRAUX

Ministre fédéral de la Santé

Le ministre fédéral de la Santé est responsable du maintien et de l'amélioration de la santé des Canadiens conformément aux normes nationales énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* (gouvernement du Canada, 2019a).

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter ces normes (administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) pour avoir accès au paiement intégral en vertu du Transfert canadien en matière de santé (gouvernement du Canada, 2019b). En ce qui concerne la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, le ministre de la Santé et Santé Canada appuient

les comités fédéraux-provinciaux-territoriaux.

Comités fédéraux-provinciaux-territoriaux

Le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) a été établi en 2002 par la Conférence des sous-ministres de la Santé pour donner des conseils en matière de politique et de stratégie sur la planification, l'organisation et la prestation des services de santé. Maintenant connu sous le nom de Comité sur l'effectif en santé (CES), il offre une tribune nationale où échanger l'information et discuter des questions transversales concernant la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Il comprend des représentants de haut niveau de Santé Canada et des représentants des ministères responsables de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé de chacune des provinces et chacun des territoires. Grâce aux travaux du comité, une stratégie pancanadienne en ressources humaines en santé a été élaborée en 2007. Plus récemment, le comité, en collaboration avec le Conference Board du Canada, a coordonné l'élaboration d'un Outil de planification pancanadien des effectifs médicaux.

Associations nationales d'organismes de régulation professionnelle

Plusieurs professions collaborent au-delà de leur province et de leur territoire à la réglementation des travailleurs de la santé. La Fédération des ordres des médecins du Canada et l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie sont deux exemples d'organisations nationales qui soutiennent l'évolution de la réglementation et encouragent la discussion nationale sur les questions courantes relatives à la réglementation et à la pratique. Une autre organisation de ce type, l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (2019), s'est tournée vers une norme nationale fondée sur des données probantes pour l'accès à la pratique comme substitut à un permis pancanadien.

Organismes de certification nationaux

Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada sont respectivement les organisations professionnelles responsables de l'établissement des normes de formation, de certification et de perfectionnement professionnel continu pour les médecins de famille et les médecins spécialistes. Bien qu'ils portent le nom de « collège », ils ne sont pas des organismes de réglementation. Ils réalisent plusieurs projets scientifiques et analytiques relatifs au personnel médical

et au système de santé. De même, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) gère le seul programme national de certification en soins infirmiers au Canada et recueille des données uniques permettant d'éclairer la planification de la main-d'œuvre et l'élaboration des politiques.

Groupes nationaux d'accréditation relative à l'enseignement

Il existe plusieurs organismes nationaux d'accréditation de l'enseignement aux professionnels de la santé, dont l'Association des facultés de médecine du Canada, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et l'Association des facultés de pharmacie du Canada. Santé Canada a financé l'initiative d'Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé afin de proposer une stratégie et un plan de travail visant à explorer et à encourager l'élaboration de principes de base communs pour l'agrément de la formation interprofessionnelle préalable à la délivrance du permis d'exercice. Il agréé actuellement la formation préalable à la délivrance du permis d'exercice en physiothérapie, en ergothérapie, en pharmacie, en travail social, en soins infirmiers et en médecine. Devenu depuis ce temps le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, il est maintenant le pôle national de formation interprofessionnelle et de collaboration dans le domaine des soins de santé. L'un de ses principaux extrants est le National Interprofessional Competency Framework (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).

Associations professionnelles et syndicats

Les associations professionnelles bénévoles existent également au niveau national, mais contrairement à leurs homologues provinciaux et territoriaux, elles ne négocient pas directement les conditions de rémunération et de travail de leurs membres. Elles coordonnent tout de même les efforts de leurs homologues provinciaux et territoriaux visant à promouvoir les intérêts de leurs membres par le lobbying et la défense des intérêts à l'échelle nationale et en représentant la profession aux tables internationales. Par exemple, l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada dans le cas des médecins et des infirmières.

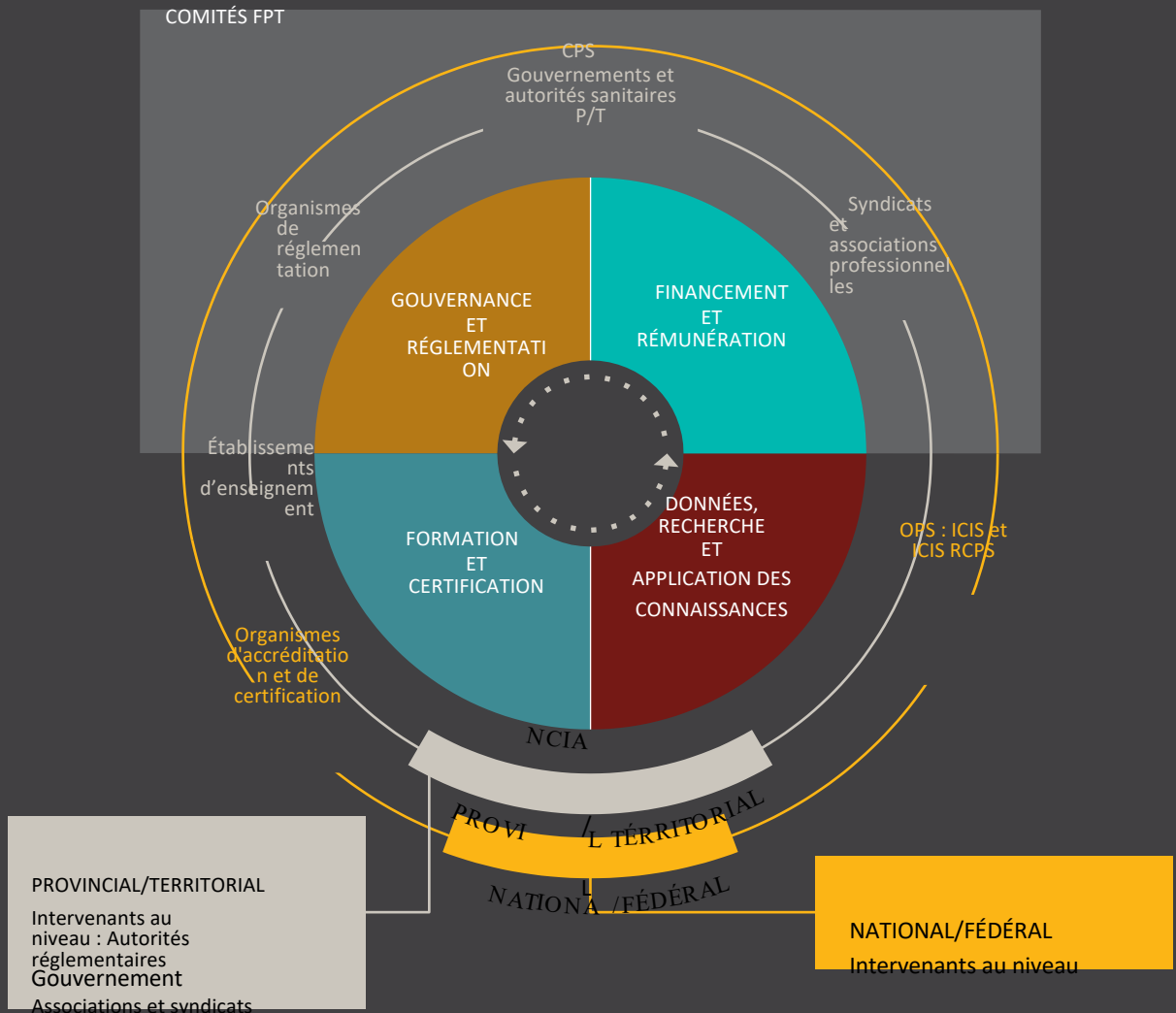
Les syndicats d'infirmières au niveau provincial sont également organisés à l'échelle nationale sous le nom de Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. HEAL, le Groupe d'intervention action santé, représente les intérêts collectifs des associations nationales de professionnels de la santé.

Organismes nationaux de données, de recherche et d'application des connaissances

Plusieurs organisations nationales participent à la collecte de données, à la recherche et à l'application des connaissances sur le personnel de la santé. Il s'agit notamment de l'ICIS, de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS; anciennement la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé) et du Réseau canadien des personnels de santé (RCPS; anciennement le Réseau canadien sur les ressources humaines en santé).

- L'ICIS est l'un des sept organismes de santé pancanadiens et une source importante d'information sur le personnel de santé à l'échelle nationale. Financé par des accords de financement bilatéraux volontaires avec les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et des Établissements de soins individuels, l'ICIS collabore avec des organisations d'intervenants pour créer et maintenir une grande variété de bases de données, de mesures et de normes en matière de santé. L'ICIS est particulièrement bien placé pour élaborer des rapports et des analyses à partir de ses propres données qui aident à l'élaboration de politiques et à la gestion efficace du système de santé.
- La FCASS est un autre des sept organismes de santé pancanadiens qui se consacrent à accélérer l'amélioration des soins de santé partout au Canada. Elle s'acquitte de son mandat en établissant des partenariats au sein des provinces et territoires et entre ceux-ci pour collaborer sur des priorités communes en matière d'amélioration et en fournissant une plateforme pancanadienne pour échanger et mettre en œuvre des solutions fondées sur des données probantes. Plusieurs de ces initiatives impliquent explicitement ou implicitement le personnel de la santé.
- Le RCPS a été fondé comme réseau d'échange de connaissances sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé grâce à des fonds de Santé Canada (2011-2013) et des Instituts de recherche en santé du Canada (2011-2014). Il fournit un forum pancanadien aux experts, aux chercheurs et aux décideurs nationaux qui s'intéressent à la recherche, aux politiques et à la planification en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. L'infrastructure virtuelle du RCPS permet aux participants d'échanger les connaissances, les innovations et les pratiques de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé par l'entremise de sa bibliothèque de sources relatives à cette main-d'œuvre canadienne et son portail d'innovations au sujet de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Il organise les conférences biennales sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada et en assure le secrétariat.

Figure 4 : Toile des intervenants et des organismes de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé



L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE DES AGENCES DE MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Plusieurs pays ont créé des agences de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, également connues comme des « observatoires », comme stratégie visant à améliorer la performance de leurs systèmes de santé et à minimiser les fluctuations dans la disponibilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Une revue de ces observatoires pour l'OMS (2011) énonce que ces observatoires « *recueillent, analysent et diffusent des données et des informations sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et le marché du travail, mènent des recherches appliquées et produisent des connaissances, contribuent à l'élaboration de politiques, contribuent au renforcement des capacités et à la compréhension des questions de ressources humaines en santé et défendent/facilitent le dialogue entre les parties prenantes* » (p. 2).

L'Australie, par exemple, en tant que système fédéré semblable à celui du Canada, est un modèle utile pour le contexte canadien. En 2010, l'Australie a lancé une agence nationale de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, Health Workforce Australia (HWA), pour aider à guider l'action coordonnée à l'échelle nationale vers une réforme et une innovation stratégiques à long terme dans le domaine des soins de santé. Cette stratégie visait à relever les défis de fournir une main-d'œuvre qualifiée, flexible et innovante dans le secteur de la santé qui réponde aux besoins en soins de santé de tous les Australiens (HWA, 2013a). Pour relever les défis d'un système complexe et développer une base de données probantes solide pour éclairer la politique nationale, HWA a travaillé dans toutes les régions et dans tous les secteurs avec une variété de prestataires de soins de santé, d'éducateurs et d'autres parties prenantes. Ce travail de collaboration a permis à HWA d'élaborer des programmes politiques qui facilitent la réforme de la formation, du personnel, du milieu de travail et du recrutement et du maintien en poste à l'échelle internationale (IHCW, 2014).

Cette approche a donné lieu à certains outils prometteurs, notamment Health Workforce 2025, qui fournit des projections nationales du nombre de professionnels de la santé et développe des modèles pour déterminer les effets de différents scénarios politiques pour une variété de professions de la santé. Conformément à l'engagement de HWA à développer une base de données probantes solide, ces projections quantifient la main-d'œuvre actuelle dans le secteur de la santé et « donnent un élan et un consensus pour la réforme par l'apport de données probantes » (IHCW, 2014). En plus de donner les premières projections nationales majeures à long terme de l'Australie concernant les médecins, les infirmières et les sages-femmes, Health Workforce 2025 explique également pourquoi, sans une réforme coordonnée au niveau national, l'Australie risque de connaître des difficultés dans la prestation de services de santé de qualité (HWA, 2013b). Health Workforce 2025 présente également des points de vue alternatifs et durables sur l'avenir, en fonction des choix politiques possibles. De plus, « pour répondre aux conclusions de Health Workforce 2025, une série de mesures claires est nécessaire. Le travail à entreprendre nécessitera une approche nationale coordonnée impliquant les gouvernements, les organismes professionnels, les collèges, les organismes de réglementation, le système d'enseignement supérieur et les prestataires de formation » (HWA, 2012b).

HWA a été absorbé par le ministère australien de la Santé en 2014, mais son processus coordonné et collaboratif de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé a perduré. En accordant la priorité au dialogue entre une grande variété de parties prenantes, dont les patients et les prestataires, l'Australie a encouragé une adhésion généralisée à la valeur de la planification de la main-d'œuvre et a constaté l'adoption des recommandations de Health Workforce 2025.

Source : Bourgeault, Demers et Bray, 2015

PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS DE LA MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ³

Le domaine de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé couvre une variété de responsabilités, dont la préparation, la réglementation, le déploiement et la gestion des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé. Il traite non seulement des types de travailleurs existants et de leurs tâches, mais aussi de leur avenir et de l'évolution de ces rôles et de ces tâches dans le temps. Les problèmes que rencontre la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dans tous les systèmes de santé peuvent être classés en trois catégories :

- l'offre (tenir compte du nombre de professionnels de la santé qui fournissent des services à une population);
- la répartition (tenir compte de l'emplacement ou du déploiement des professionnels de la santé dans l'ensemble des régions géographiques ou des secteurs de soins);
- la composition (tenir compte du nombre relatif de professionnels de la santé fournissant divers types de services spécialisés).

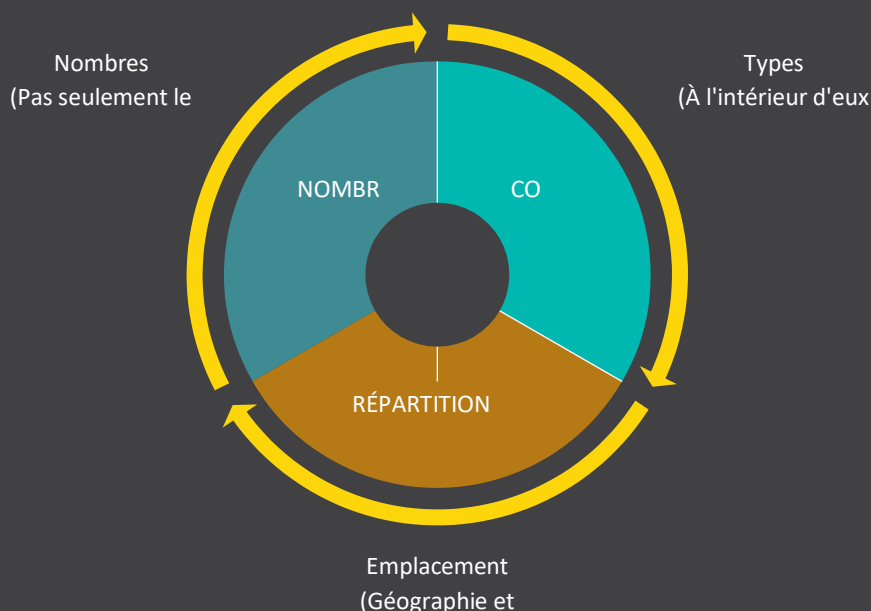
NOMBRE

Les problèmes d'offre en main-d'œuvre dans le secteur de la santé sont généralement décrits en termes de pénuries et d'excédents.

Bien qu'il n'existe pas de mesures absolues de ces termes, une pénurie est une situation où il n'y a pas assez de travailleurs pour répondre à la demande. Il en résulte souvent que les personnes ayant des besoins légitimes en matière de soins attendent de longues périodes, parcourent de longues distances ou se passent complètement de soins. Dans une situation d'excédent, il y a plus de travailleurs que nécessaire et les prestataires n'ont pas assez de travail légitime pour les occuper.

Bien que le nombre réel de travailleurs de la santé affecte les pénuries et les excédents, leurs taux d'activité et de participation peuvent avoir une incidence encore plus considérable. Par exemple, s'il y a 100 praticiens, mais que chacun d'eux ne pratique que la moitié du temps, la situation est très différente de celle où 100 praticiens exercent leurs fonctions à plein temps. En raison de cette difficulté à simplement compter les travailleurs de la santé, des efforts ont été faits pour mettre au point un moyen de mesurer l'équivalence à temps plein. Toutefois, cette tâche est rendue particulièrement complexe par le fait que plusieurs groupes de travailleurs de la santé ont des sources d'emploi et de financement variées et multiples.

Figure 5 : Les trois composantes de l'équilibre en matière



³ Cette section est basée sur le chapitre 4 de *Social Dimensions of Health and Health Care* (2016) de Wade, Bourgeault et Neiterman.

RÉPARTITION

Les provinces et territoires se font concurrence pour les travailleurs de la santé, ce qui peut éloigner le personnel de la santé des zones dans le besoin, entraînant de graves pénuries parmi les communautés vulnérables (CCPSSRH, 2007; Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, 2013). Ces problèmes de répartition peuvent se produire dans tous les secteurs de soins (c.-à-d. que les prestataires changent de secteur), mais ils sont principalement géographiques (c.-à-d. que les prestataires changent de lieu). Ainsi, la question de la répartition du personnel de la santé est étroitement liée aux questions d'offre.

Prenons par exemple les tendances relatives à la migration interprovinciale et interterritoriale des médecins. Des 82 198 médecins au Canada en 2015, 1101 (1,3 %) ont déménagé vers une autre province ou un autre territoire en 2016. De 2012 à 2016, la Colombie-Britannique a été la seule province ayant continuellement connu des gains nets du nombre de ses médecins en raison de la migration interprovinciale et interterritoriale; la plupart des provinces et des territoires ont connu des pertes nettes du nombre de médecins (ICIS, 2018).

COMPOSITION

La bonne composition de professionnels de la santé, celle qui s'harmonise avec les besoins de santé de la population, est un défi complexe, lié tant à l'offre qu'à la répartition. Le Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne de 2007 soulignait que « la capacité du Canada à fournir un accès à des services de santé "de qualité, efficaces, centrés sur le patient et sécuritaires" dépend de la bonne combinaison de prestataires de soins de santé ayant les bonnes compétences au bon endroit au bon moment » (CCPSSRH, 2007).

Les structures organisationnelles intra et interprofessionnelles présentent des difficultés à parvenir à une composition adéquate. Alors que l'organisation intraprofessionnelle de la profession médicale est axée sur la réalisation d'un juste équilibre entre les généralistes et les spécialistes, en réalité, il y a souvent des pénuries de types spécifiques de médecins et des excédents d'autres types. Le sous-emploi et le non-emploi des médecins spécialistes révèlent un manque de coordination entre l'offre, la répartition et la composition (Fréchette et al., 2013).

Cependant, l'organisation interprofessionnelle des champs d'exercice et des modèles de soins a généralement été déterminée sur la base de la tradition et de la politique plutôt que sur les besoins réels de la population en matière de santé.

La bonne composition de travailleurs de la santé est étroitement liée à la question des champs d'exercice et des initiatives en matière de mélange de compétences. Bien que l'on utilise souvent ces termes de façon interchangeable, il existe des nuances qui les différencient.

Le champ d'exercice d'une profession se réfère à :

...les activités que ses praticiens sont éduqués et autorisés à pratiquer. Le champ d'exercice général définit les limites qui s'imposent à tous les praticiens de la profession. Le champ d'exercice réel des praticiens individuels est influencé par les milieux dans lesquels ils exercent leurs fonctions, les exigences de l'employeur et les besoins de leurs patients ou de leurs clients.

Bien qu'il soit difficile à cerner, le champ d'exercice est important parce que c'est sur lui que les organismes directeurs se fondent pour établir les normes d'exercice de la profession, les établissements d'enseignement, leurs curriculums, et les employeurs, leurs descriptions de poste.

(Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2014)

En d'autres termes, le champ d'exercice décrit les tâches et les compétences d'une profession donnée. Les initiatives en matière de mélange de compétences, en revanche, se servent des champs d'exercice des professions individuelles pour définir une composition interprofessionnelle optimale de la main-d'œuvre qui est alignée sur les besoins de la population locale en matière de santé et qui augmente la productivité et l'efficacité du système dans son ensemble. Atteindre le champ optimal signifie obtenir la configuration la plus efficace des rôles professionnels, en fonction des compétences relatives des autres professionnels de la santé (Nelson et al., 2014). Dans certains cas, cela implique de déléguer ou de réaffecter des tâches d'un travailleur de la santé plus qualifié et plus spécialisé à un travailleur moins spécialisé, mais néanmoins suffisamment qualifié.

Ce transfert de tâches est parfois envisagé parallèlement à un processus de rationalisation. Ce qui rend ce transfert rationnel, en partie, est un argument économique selon lequel les tâches sont généralement transférées des travailleurs de la santé plus coûteux vers ceux moins coûteux. Il peut s'agir d'élargir les champs d'exercice des travailleurs de la santé existants, tels que les infirmières praticiennes, ou de développer de nouveaux rôles professionnels ou

groupes de travailleurs de la santé, tels que les adjoints au médecin. Il existe certains obstacles à l'optimisation des champs d'exercice (voir le tableau 2). Le sexe et d'autres stratificateurs sociaux affectent également la valeur économique attribuée aux différentes tâches des soins de santé (voir plus loin).

TABLEAU 1 : Modèle des obstacles et des facilitateurs de l'Académie canadienne des sciences de la santé

	OBSTACLES	FACILITEURS
NIVEAU SYSTÉMIQUE	Préoccupations quant à l'imputabilité/la responsabilité des professionnels de la santé	Renseigner les professionnels et les tribunaux au sujet des changements apportés à la législation qui reconnaissent les principes des modèles de soins partagés
	Besoins/exigences en matière d'éducation qui empêchent les professionnels de travailler à pleine capacité ou à capacité optimale	- Établir des stages et des résidences qui renforcent les compétences interprofessionnelles - Délivrance de titres et certificats suite à la délivrance du permis pour le développement continu des compétences au cours de la carrière
	Législation et réglementation rigides	Élargir l'adoption de cadres législatifs plus souples pouvant être interprétés au niveau local
	Modèles de paiement qui ne prennent pas en charge les changements dans les champs d'exercice	Financement alternatif (par exemple, systèmes de paiement groupés ou mixtes pour inclure tous les professionnels de la santé et être en accord avec les résultats souhaités)
NIVEAU ORGANISATIONNEL	Communication entre plusieurs établissements de soins	Mise en œuvre et tenue à jour des dossiers médicaux électroniques essentiels pour que les professionnels de la santé respectifs (et les patients eux-mêmes) aient accès en temps opportun aux informations les plus récentes sur le traitement et l'état
	Protectionnisme professionnel	Représentation des intérêts des professions dans le cadre des ententes de soins collaboratifs et des normes interprofessionnelles / champs de pratique se chevauchant
	Redevabilité	Application plus large des mesures de performance collaboratives et cadre global d'assurance qualité impliquant les organismes d'accréditation
	Disponibilité des éléments probants	Suivi et évaluation systématiques (où l'accent est mis sur les intrants et les extrants en particulier) afin d'estimer les coûts encourus pour les changements envisagés et le rendement à long terme des investissements
NIVEAU DE PRATIQUE	Hiérarchies professionnelles	Équipe de gestion du changement : un rôle désigné pour gérer les changements dans les champs d'exercice et les modèles de soins
	Cultures professionnelles (manque de confiance et de clarté des rôles, protectionnisme des emplois, guerres de territoire, intensification des tâches)	- Développement professionnel continu pour cultiver la pensée d'équipe et développer la confiance envers les compétences relatives - Vision d'équipe pour renforcer que l'objectif ultime est d'améliorer le bien-être du patient; la question à savoir qui fournit les soins est secondaire à celle de la qualité et de l'accessibilité des services fournis
	Communication entre professionnels de la santé	- Instiller la mentalité de groupe : internalisation de la responsabilité partagée entre les professions de la santé - Planifier des réunions régulières pour que les membres de l'équipe de soins de santé se consultent sur les stratégies de soins appropriées - Intégrer les technologies de l'information et de la communication - La colocation pour permettre à plusieurs types de professionnels et de services de santé d'œuvrer dans le même espace

Source : Nelson et al., 2014.

PRODUCTIVITÉ DE LA MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Le secteur de la santé représente environ un dixième de l'activité économique des économies modernes, et les intrants de la main-d'œuvre représentent une part importante de ses coûts, en particulier par rapport à d'autres industries. À ce titre, la mesure, le suivi et l'amélioration de la productivité du travail dans le secteur, appelée productivité des ressources humaines en santé (PRHS), devraient être une préoccupation politique importante.

En principe, le PRHS est défini en fonction de la relation entre les résultats en matière de santé (c.-à-d. la protection ou l'amélioration de l'état de santé des individus ou des populations) et les intrants des ressources humaines en santé (p. ex. le temps, les efforts, les compétences, les connaissances). Cependant, la grande majorité de la documentation sur la PRHS définit la PRHS comme étant le rapport entre les extrants et les intrants des procédures et des services mesurés en termes de temps ou d'effectif. On dispose donc de peu d'information sur les effets des changements apportés aux ressources humaines en santé sur les résultats en matière de santé.

Les progrès réalisés dans la gestion des services de santé, comme l'élaboration de lignes directrices cliniques, la mise en œuvre de nouvelles technologies de l'information et l'optimisation des champs d'exercice, pourraient améliorer la PRHS. Ces approches ont été confrontées au dilemme politique classique des avantages diffus et des coûts concentrés : l'amélioration de la productivité bénéficierait à la société, mais serait coûteuse pour les prestataires des services associés, menaçant de façon importante les emplois et les revenus. En général, dans le cas des systèmes de santé, la stratégie mutuellement satisfaisante dominante pour les individus et les organisations payées pour fournir des soins est d'en faire plus avec plus : plus d'intrants, plus d'extrants et une croyance partagée que les résultats s'en trouveront améliorés.

Adapté de Evans, R., Schneider, D. et Barer, M. (2010) Health human resources productivity: What it is, how it's measured, why (how you measure) it matters, and who's thinking about it.

MOBILITÉ ET PRODUCTIVITÉ

Plusieurs autres préoccupations méritent d'être notées, en particulier la mobilité croissante des travailleurs de la santé et la question de leur productivité.

La mobilité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, ou la capacité des travailleurs de la santé à se déplacer librement d'une profession à l'autre et d'une province ou d'un territoire à l'autre, ajoute au niveau de complexité qui interagit avec les trois questions précédentes. Elle est fortement liée à des facteurs sociaux, personnels, familiaux, culturels, économiques, environnementaux et politiques (Organisation internationale pour les migrations, 2014). Bien que la mobilité favorise le droit à la liberté personnelle, elle peut également représenter une perte importante pour les provinces ou territoires qui ont investi des ressources (qui peuvent comprendre un soutien financier à l'éducation et à la formation) dans l'espoir de répondre aux besoins de leurs populations respectives (Organisation internationale pour les migrations, 2014).

La gestion de la mobilité ou même son anticipation sont également difficiles, car beaucoup de facteurs peuvent influencer la décision d'entrer dans une profession donnée ou d'aller l'exercer dans une province, un territoire ou un pays spécifique. Par exemple, la décision d'entrer dans une profession ou une spécialité peut être

influencée davantage par les préférences que par les besoins de santé de la population, ce qui peut conduire à des problèmes d'accès aux ressources de la pratique et d'employabilité (Fréchette, Shrichand et Manogaran, 2019). En revanche, la décision de quitter certaines professions peuvent être attribuables à un manque de soutien efficace pour les difficultés physiques ou psychologiques en milieu de travail telles que la violence et l'intimidation en milieu de travail (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2015). D'autres facteurs influençant la mobilité peuvent comprendre le coût de la vie, un logement convenable et l'accès aux écoles pour les enfants.

La mobilité des travailleurs de la santé est de plus en plus reconnue comme un enjeu important, menant à l'élaboration d'initiatives favorisant des processus plus centralisés et à l'établissement de lois-cadres panprofessionnelles favorisant la mobilité à l'intérieur des provinces et des territoires et entre ceux-ci. En outre, on s'intéresse de plus en plus à la mise en place de plateformes et de processus nationaux de normalisation des données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé afin d'éclairer la planification de cette main-d'œuvre dans l'ensemble du pays. Ces initiatives concordent étroitement avec l'adoption de l'Accord de libre-échange canadien en 2017 (anciennement l'Accord sur le commerce intérieur), qui préconise également la conciliation des processus de réglementation entre les

gouvernements provinciaux et territoriaux pour faciliter l'établissement de règles du jeu équitables dans l'ensemble du pays (Accord de libre-échange canadien, 2017). L'accord comprend des objectifs spécifiques axés sur la promotion de la diversité culturelle et des droits des travailleurs des employés, la protection de la santé et de la sécurité du public et l'alignement sur les engagements pris dans le cadre des accords commerciaux internationaux.

La capacité de suivre et de surveiller les tendances en matière de mobilité dans l'ensemble du pays et d'une profession à l'autre pourrait aider à identifier certains facteurs influençant bon nombre des déséquilibres dans l'offre, la répartition et la composition que nous continuons de voir (Organisation internationale pour les migrations, 2014).

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ À TRAVERS LES QUESTIONS DE NOMBRE, DE RÉPARTITION ET DE COMPOSITION

La planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé se définit comme suit :

Le processus consistant à estimer le nombre de personnes et le type de connaissances, de compétences et d'attitudes qui leur sont nécessaires pour atteindre les objectifs de santé préétablis et, à terme, les objectifs en matière d'état de santé. Une telle planification implique également de préciser qui va faire quoi, quand, où, comment et avec quelles ressources pour quels groupes de population ou individus afin que les connaissances et les compétences nécessaires pour une performance adéquate puissent être mises à disposition selon des politiques et des calendriers prédéterminés. Cette planification doit être un processus continu et non sporadique, et elle nécessite une évaluation et un suivi continus.

(Hall et Mejia, 1978)

Dans certains cas, on a laissé les groupes de professionnels de la santé déterminer leur propre nombre en l'absence de lien clair avec les besoins de la population en matière de santé ou sans mesurer ceux-ci. Cette approche, bien que toujours en place aujourd'hui pour plusieurs travailleurs de la santé, est problématique en raison de la variabilité des estimations provenant de chaque profession et a entraîné des cycles d'excédent et de pénurie,

une attrition et un roulement élevés et l'instabilité du personnel de la santé. Elle a également peu fait pour répondre au décalage persistant entre la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et les besoins de la population en matière de santé.

À l'avenir, on reconnaît de plus en plus que la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est un exercice à la fois technique et politique qui nécessite la mobilisation de toutes les parties prenantes importantes de la main-d'œuvre pour garantir la pertinence des scénarios politiques testés et pour permettre une mobilisation complémentaire des ressources. De plus, des cycles itératifs de planification à court terme de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé peuvent répondre à l'incertitude inhérente à tous les systèmes de santé et atténuer la diminution de l'exactitude des projections au fil du temps. Des pratiques prometteuses dans ce domaine mettent également en évidence la valeur de la planification multiprofessionnelle fondée sur les besoins qui va au-delà de simples projections de l'offre pour répondre aux questions de la répartition et de la composition optimales de la main-d'œuvre.

NOMBRE

On emploie généralement les ratios entre le personnel de la santé et la population pour mesurer la densité en matière de personnel de la santé. Cette approche consiste à déterminer de façon empirique le nombre de professionnels de la santé dans chaque discipline travaillant actuellement dans une zone géographique donnée, puis à utiliser les données de recensement pour estimer les ratios prestataire/population. Lorsque les planificateurs emploient ces ratios pour évaluer la suffisance des projections en matière de main-d'œuvre, soit qu'ils projettent les ratios courants dans l'avenir dans la zone géographique en question, soit qu'ils utilisent les tendances en matière de croissance de la population et de la main-d'œuvre pour comparer les ratios projetés à un ratio seuil établi par des organismes normatifs tels que l'OMS, mesurant ainsi indirectement le « besoin » en services de santé. Dans certains cas, seule la population concernée est prise en compte. Par exemple, les ratios sages-femmes/population peuvent être calculés à l'aide de la population des femmes en âge de procréer, plutôt que de la population totale de la région.

Ces ratios ont l'avantage d'être faciles à calculer et de nécessiter un minimum de données, ce qui permet de les comparer et facilite la communication et la compréhension des résultats. Cependant, cette approche présente également plusieurs défauts importants :

- Elle suppose que tous les membres de la population ont un accès égal aux soins, indépendamment de la distance ou de la capacité à payer, et que tous les soins sont nécessaires.
- La question des ratios optimaux manque de clarté. Au Canada, par exemple, nous comparons souvent nos ratios à la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Mais cette moyenne ne constitue pas nécessairement une mesure optimale; il s'agit d'une moyenne mathématique des ratios dans les pays membres de l'OCDE. Il se pourrait qu'ils soient tous sous-optimaux.
- Typiquement, ces ratios sont soit uniprofessionnels (c.-à-d., environ une seule profession) ou globaux, et ne tiennent pas compte du mélange de compétences, des champs d'exercice ou des modèles de soins. Un ratio médecin/population de 2:1000 et un ratio infirmière/population de 10:1000 diffèrent grandement du même ratio médecin/population où le ratio infirmière/population est de 100:1000.
- Les ratios supposent des taux d'activité, de participation et de productivité des prestataires et des besoins constants en santé de la population dans toutes les régions pour lesquelles on effectue la planification.

Les approches fondées sur l'utilisation de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (également appelées approches fondées sur la demande) appliquent les taux d'utilisation des soins de santé observés dans divers sous-groupes de la population aux profils de population projetés afin d'estimer la demande future de services de santé et les besoins de main-d'œuvre correspondants. Cette approche, qui reflète une approche économique plutôt qu'axée sur la santé de la population, est considérée comme particulièrement appropriée dans les systèmes où l'accès et l'utilisation sont limités par la capacité de payer (Tomblin Murphy et al., 2016). Toutefois, si l'on emploie les taux d'utilisation pour prévoir les besoins futurs, les projections reposent sur le maintien du statu quo. Les taux d'utilisation sont sensibles à la fois à la sous-estimation des besoins en santé de la population dans les systèmes où subsistent des obstacles à l'accès et à la surestimation des besoins en santé de la population dans les systèmes où une offre excédentaire entraîne une demande induite par le prestataire (Birch et al., 2007).

Les approches fondées sur les besoins permettent aux planificateurs d'estimer la main-d'œuvre nécessaire pour répondre aux besoins uniques des patients sur la base des profils démographiques et épidémiologiques

et sur un niveau de service établi. Ces approches supposent que tous les besoins en matière de santé de la population peuvent et doivent être satisfaits, que les ressources nécessaires pour répondre à ces besoins sont disponibles et qu'il existe une volonté politique suffisante pour déployer ces ressources (Dreesch et al., 2005). Par conséquent, ces approches sont considérées comme compatibles avec les objectifs des systèmes de santé financés par l'État (tels que ceux du Canada) qui s'efforcent d'obtenir une couverture santé universelle indépendamment de la capacité à payer (Tomblin Murphy, 2016).

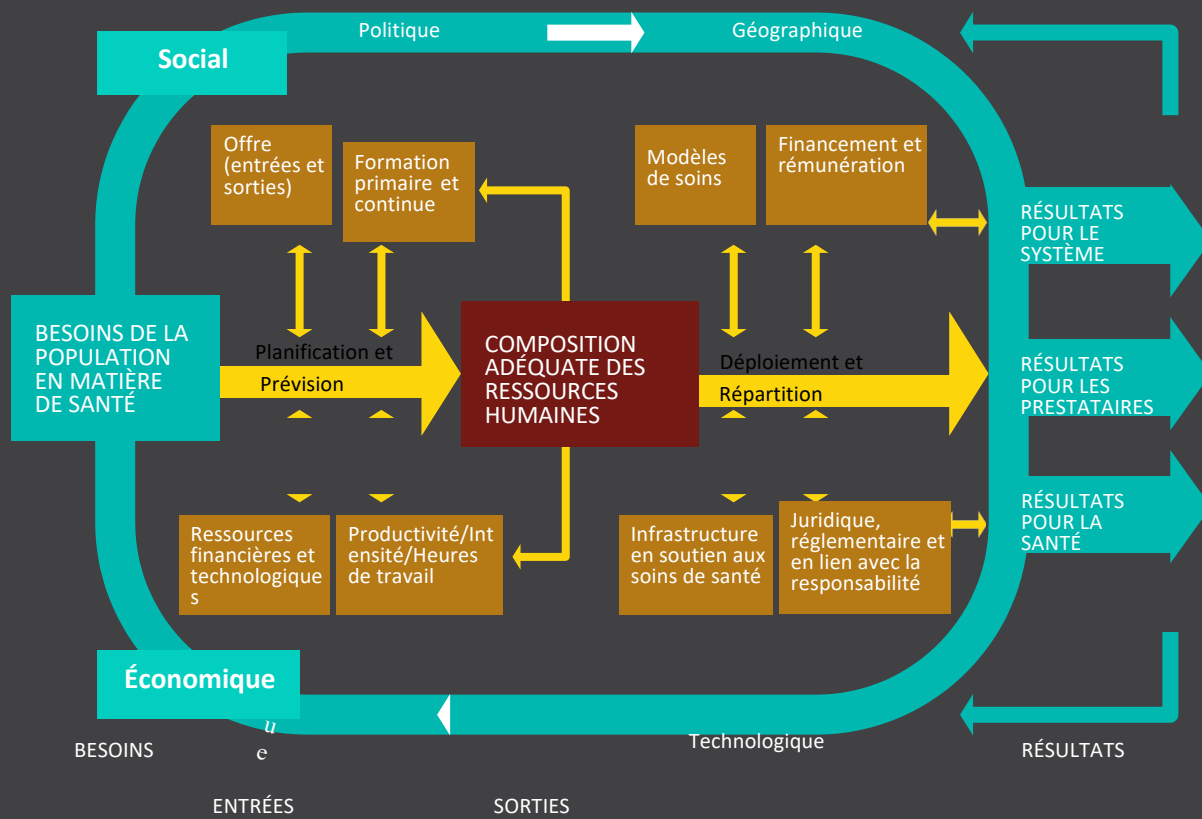
RÉPARTITION

Les exercices de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ont souvent lieu au niveau national ou provincial/territorial, sans égard à l'adéquation entre les besoins en matière de services et la capacité de la main-d'œuvre au niveau régional ou local. En conséquence, leur projections globales ne reflètent pas la possibilité d'une répartition inéquitable et inefficace de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé dans les régions de planification. Ils ne fournissent pas non plus la base factuelle nécessaire pour élaborer des politiques ciblées visant à remédier aux déséquilibres persistants sur la base de la géographie, du secteur et du mélange de compétences. Les estimations tenant compte de la répartition de la capacité de la main-d'œuvre et des besoins de la population en matière de santé peuvent éclairer des stratégies plus ciblées de déploiement et de gestion de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. La prise en compte de la mobilité et de la migration dans les modèles de capital et de flux peut également permettre aux planificateurs de personnel de la santé de produire des estimations plus robustes de la répartition de la main-d'œuvre.

COMPOSITION

Compte tenu de l'importance accrue accordée à la collaboration interprofessionnelle et aux gains d'efficacité en vue de remédier aux déséquilibres quantitatifs et qualitatifs en matière de main-d'œuvre, il devient de plus en plus évident que la planification uniprofessionnelle de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est inadéquate et inadaptée aux besoins du système de santé. La planification multiprofessionnelle est donc d'une valeur inestimable. Au cours des dernières années, les approches axées sur les objectifs en matière de services sont devenues un prolongement des approches axées sur les besoins qui emploient l'analyse des tâches et les profils démographiques et épidémiologiques pour projeter les besoins des projets concernant les services ou les compétences. Ces besoins peuvent guider un ensemble défini de services qui peut ensuite être réparti parmi une variété de professions de la santé dont les champs de pratique sont

Figure 6 : Cadre révisé de planification et de déploiement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé



Source : Bourgeault, Demers et Bray, 2015

pertinents et se chevauchent. Bien que les approches fondées sur l'utilisation et les besoins puissent être déployées séquentiellement dans plusieurs professions, la principale force des approches fondées sur les objectifs de service réside dans leur capacité à résoudre les problèmes en lien avec le mélange de compétences et à intégrer de multiples professions dans un seul exercice de planification à même d'explorer des modèles novateurs et efficaces de prestation de soins (Dreesch et al., 2005). La figure 6 présente un modèle de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé qui montre les questions essentielles de l'offre, de la répartition et de la composition.

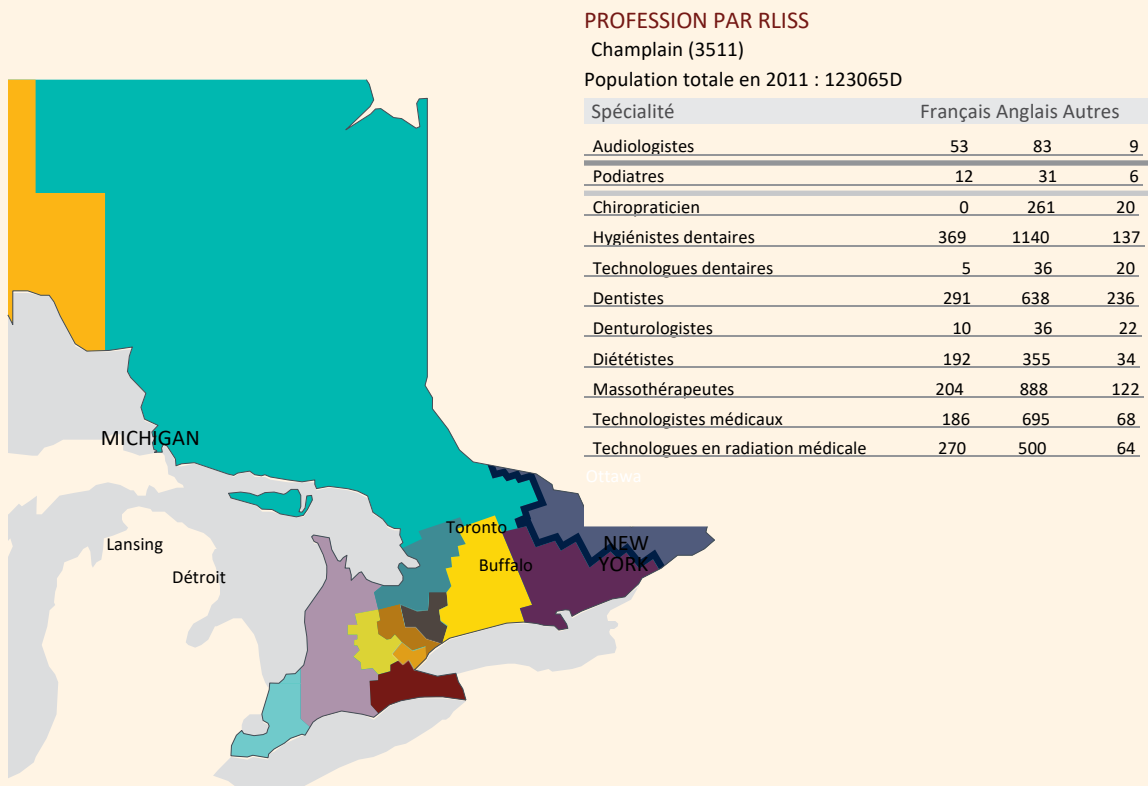
QUESTIONS EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ, DE DIVERSITÉ ET D'INCLUSION

L'un des principaux thèmes soulignés dans cette introduction est la nature très ségréguée de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. De ce fait, les travailleurs de la santé autochtones et formés à l'étranger, ainsi que ceux travaillant dans des domaines à prédominance féminine, se voient attribuer un statut secondaire. La capacité des travailleurs de la santé dans les langues officielles est également une question importante (voir le Geoportal of Minority Health). Nous avons encouragé les auteurs de chaque chapitre à mettre en évidence ces dimensions dans leurs descriptions des professions individuelles.

GEOPORTAL OF MINORITY HEALTH

Des données de haute qualité en lien avec la santé sont essentielles pour prendre des décisions en matière de politiques et de planification. Cependant, les données sur certaines populations sont souvent manquantes ou incomplètes. Le Geoportal of Minority Health vise à combler ces lacunes et à améliorer les connaissances sur la santé et l'accès aux services de santé des populations francophones en situation minoritaire de l'Ontario. Cette initiative a été mise sur pied grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 2013 - 2014.

Figure 7 : Observatoire de la santé des minorités montrant la répartition des professions de la santé par réseau local d'intégration des services de santé



Le portail a été créé pour faciliter l'élaboration d'une base de données géographiques centralisée qui comprend :

- Des données socio-économiques associées à différentes variables linguistiques;
- Des données sur les professionnels de la santé, dont leur capacité à servir les populations de langue officielle en situation minoritaire;
- Des enquêtes sanitaires nationales; et
- Des points de services de santé.

Il comprend également un système d'information géographique qui permet l'analyse spatiale des données et une application de mise en correspondance en ligne. Ce système a permis la création, l'organisation et la présentation de données spatialement référencées, ainsi que la production de plans et de cartes comme décrit ci-dessus.

Le Geoportal of Minority Health a fourni des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la connaissance des facteurs sociaux et structurels qui sous-tendent les disparités en matière de santé qui affectent disproportionnellement les populations en situation minoritaire. Sa base d'information aurait pu être utile à une grande variété d'utilisateurs des connaissances : planificateurs de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé pour la santé des minorités, réseaux locaux d'intégration des services de santé, organismes de santé publique et communautaires et chercheurs.

LE STATUT D'AUTOCHTONE

À l'époque préeuropéenne, les peuples autochtones vivaient partout sur les terres et sur les eaux de ce qui s'appelle maintenant le Canada. La colonisation par les Français puis par les Britanniques a apporté une série de politiques visant à éradiquer les pratiques de soins de santé autochtones et à ségréger l'accès

aux soins de santé des colons, ceci malgré le fait que les colons ont bénéficié des guérisseurs et des connaissances médicales autochtones. La ségrégation raciale dans les soins de santé a été adoptée en partie par la création du gouvernement fédéral d'« hôpitaux indiens » pour traiter les patients autochtones (Lux, 2018). Le traitement que ces patients

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

18. Nous demandons aux gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones de reconnaître que l'état actuel de la santé des Autochtones au Canada découle directement des politiques antérieures du gouvernement du Canada, dont les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en œuvre les droits des Autochtones en matière de soins de santé, tels qu'ils sont définis dans le droit international, le droit constitutionnel et les traités.
19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs mesurables pour cerner et combler les écarts dans les résultats sur la santé entre les communautés autochtones et non autochtones, et de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme. Ces efforts seraient axés sur des indicateurs tels que la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé des nourrissons et des enfants, les maladies chroniques, l'incidence des maladies et des blessures et l'accessibilité des services de santé appropriés.
20. Afin de régler les conflits de compétence concernant les Autochtones qui ne résident pas dans les réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître, de respecter et de répondre aux besoins particuliers des Métis, des Inuits et des Autochtones vivant hors des réserves en matière de santé.
21. Nous demandons au gouvernement fédéral d'accorder un financement durable aux centres de guérison autochtones existants et nouveaux afin de remédier aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et spirituels causés par les pensionnats, et de veiller à ce que le financement des centres de guérison au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest soit une priorité.
22. Nous demandons à ceux qui peuvent apporter des changements au sein du système de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et de les employer dans le traitement des patients autochtones, en collaboration avec les guérisseurs et les aînés autochtones, à la demande des patients autochtones.
23. Nous demandons à tous les paliers de gouvernement de :
 - i. Augmenter le nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine de la santé.
 - ii. Assurer le maintien en poste des prestataires de soins de santé autochtones dans les communautés autochtones.
 - iii. Offrir une formation sur les compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.
24. Nous demandons aux écoles de médecine et d'infirmières du Canada d'exiger de tous les étudiants qu'ils suivent un cours portant sur les questions de santé autochtones, dont l'histoire et l'héritage des pensionnats, la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, les traités et les droits autochtones, ainsi que les enseignements et les pratiques autochtones. Cela nécessitera une formation axée sur les compétences interculturelles, la résolution des conflits, les droits de l'homme et la lutte contre le racisme.

Source : Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action, 2015.

recevaient était nettement inférieur à celui que les colons européens recevaient et impliquait souvent de la maltraitance de la part du personnel médical qui ne comprenait pas les cultures ou les langues autochtones. Après la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement fédéral a élargi de façon virulente les hôpitaux indiens axés sur le remplacement total des pratiques de guérison, les sages-femmes et les médicaments traditionnels par la médecine occidentale. En 1979, après des décennies de résistance, le gouvernement fédéral a fermé la plupart des hôpitaux indiens ou les a convertis en cliniques de soins de santé primaires, mais les dommages avaient déjà eu lieu.

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) et la Commission de vérité et réconciliation (2015) ont toutes deux attiré l'attention sur les dommages que les pratiques coloniales ont infligé à la santé et au bien-être des peuples autochtones par la décimation de leurs connaissances et de leurs pratiques de guérison. Ces commissions ont également mis l'accent sur la nécessité d'accroître le nombre de travailleurs de la santé autochtones. Historiquement, les Autochtones n'étaient pas admis aux programmes de formation des travailleurs de la santé des colons et n'étaient pas autorisés à exercer les pratiques traditionnelles de guérison pour leur communauté.

En 2005, le gouvernement fédéral a financé l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone afin d'accroître le nombre d'Autochtones qui entreprennent une carrière dans le domaine de la santé grâce à deux volets clés : un programme de bourses d'études et de perfectionnement et un programme communautaire de formation culturelle à l'intention des travailleurs et des gestionnaires de la santé.

Les données du recensement de 2006 ont révélé que 1,57 % des prestataires de soins de santé canadiens s'identifiaient comme Autochtones. De ce nombre, 50 % étaient des Premières nations, 43 % des Métis et 3 % des Inuits. En 2016, les Autochtones représentaient 2,2 % du personnel de la santé canadien, soit une augmentation de seulement 0,63 %. À titre de référence, les Autochtones représentaient 4,9 % de la population totale en 2016.

Bien que les données du recensement puissent être informatives, elles ne sont pas les plus exactes : les organismes provinciaux/territoriaux délivrant les permis et les organismes de réglementation des professionnels de la santé ont généralement des données plus précises. Ces organismes ne recueillent pas systématiquement de données sur le statut autochtone des professionnels de la santé. Cette information est également absente des directives de l'ICIS sur les éléments importants concernant les données sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé à des fins de planification (2013).

GENRE

La division du travail dans les soins de santé est fortement genrée et influencée par des dynamiques complexes de genre. Plus de 80 % des travailleurs de la santé au Canada sont des femmes (Bourgeault et al., 2018), mais cela ne se reflète pas dans les rôles de direction importants. Cela est dû en partie à l'intersection du genre et de la profession dans les professions plus dominantes comme la médecine, la dentisterie et la pharmacie, qui comptaient moins de femmes jusqu'à récemment. À cela s'ajoutent les hypothèses socioculturelles concernant les distinctions fondées sur le genre entre les soins et la guérison, le travail formel et informel et le travail qualifié et non qualifié (Kuhlmann et al., 2012).

Ces distinctions sont claires dans les types de professions de la santé qui sont dominées par les femmes et généralement considérées comme « féminines », telles que les sages-femmes et les soins infirmiers. Ces professions demeurent distinctes des professions médicales dominantes, généralement par l'application d'une idéologie genrée entourant le rôle des femmes dans la société en tant qu'« aidantes » par opposition aux « guérisseurs » (Davies, 1996). Elles occupent souvent une position subordonnée à celle des professions à prédominance masculine, car leurs compétences sont sous-évaluées, reflétant la sous-évaluation sociale plus générale du travail des femmes. Les divisions genrées sont également liées aux différences d'horaires de travail, de perspectives de carrière, de rémunération et d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Armstrong et Armstrong, 1996).

La dominance de la profession médicale et le statut inférieur des professions de la santé traditionnellement féminines sont structurellement ancrés dans maints niveaux de législation et de réglementation régissant la division du travail dans le domaine des soins de santé. La profession médicale a été privilégiée en ce qui a trait aux politiques et à la rémunération (Bourgeault et Mulvale, 2007), alors que les professions de la santé dites « féminines » ont historiquement dû négocier leur travail ainsi que leur intégration et leur reconnaissance au sein du système de santé masculin et dominé par la médecine (Witz, 1992).

Cette domination de la profession médicale au sein de la division du travail de la santé a été obtenue en partie par l'exclusion des femmes (Witz, 1992). Bien qu'un nombre croissant de femmes entrent dans des professions de santé traditionnellement à prédominance masculine, la médecine reste très largement une profession à prédominance masculine, en particulier dans les rôles de direction. Il n'y a eu, par exemple, que huit doyennes dans les 17 facultés de médecine du Canada.

Toutes ces questions ont des répercussions sur la dynamique complexe de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé (George, 2007). Par exemple, en raison de la diversité des tendances en matière de travail et des approches de pratique, la féminisation de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé canadienne pourrait avoir une incidence sur l'accessibilité et la prestation des soins. La planification future de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada doit tenir compte de la diversité des tendances en matière de travail des professionnels de la santé des deux sexes, ainsi que des mesures de l'offre, de la composition et de la répartition et de l'évolution démographique de la population.

LA FORMATION INTERNATIONALE

L'immigration a joué un rôle important dans le système de santé canadien depuis la fondation du pays. Le premier programme local de formation médicale a été établi en 1824 à Montréal, au Québec, et il a fallu encore 50 ans avant qu'un programme de soins infirmiers ne soit lancé en 1874 à St. Catharines, en Ontario (Coburn et al., 1983; Coburn, 1988). Il faudra encore plusieurs années pour que le système de santé canadien en pleine expansion perde sa dépendance à l'égard des travailleurs de la santé formés à l'étranger. Encore aujourd'hui, des vagues d'immigration continuent d'attirer des travailleurs de la santé formés dans divers pays : actuellement, il y a plus de 22 500 médecins formés à l'étranger (ICIS, 2018) et plus de 36 000 infirmières formées à l'étranger (ICIS, 2019) exerçant au Canada, représentant respectivement 26 % et 8,5 % des médecins et des infirmières réglementés du Canada.

Bien que les travailleurs de la santé formés à l'étranger aient pu entrer en pratique directement après leur arrivée au Canada, ils doivent aujourd'hui subir un long et complexe processus de reconnaissance de leurs titres professionnels et de renouvellement de leur certification professionnelle, ce qui complique leur intégration au système canadien. Pour ceux qui n'ont pas été activement recrutés ou qui n'ont pas enquêté sur le processus de reconnaissance et de renouvellement de la certification avant leur arrivée, cela peut s'avérer particulièrement difficile. Les premiers programmes de transition et de navigation du système ont été identifiés comme des pratiques prometteuses qui peuvent aider les professionnels de la santé formés à l'étranger à parcourir le processus de reconnaissance et de renouvellement de certification, à les sensibiliser à la culture et au contexte des soins de santé au Canada et à renforcer leurs compétences en communication.

Une étude sur les professions de la santé formées à l'étranger a révélé que les diplômés internationaux en médecine font face aux difficultés les plus importantes. Leur processus de certification est long et coûteux, et il y a peu de possibilités d'intégration professionnelle en grande partie en raison du contrôle étroit du nombre de postes de résidence médicale qui leur sont offerts (Bourgeault et Neiterman, 2013; Covell, Neiterman et Bourgeault, 2016).

Les infirmières formées à l'étranger sont plus susceptibles d'exercer leur profession, car elles il est plus probable qu'elles aient été recrutées. Cependant, beaucoup d'entre elles ont le sentiment que leurs qualifications et leur expérience sont sous-employées (Covell, Neiterman et Bourgeault, 2015).

Les sages-femmes formées à l'étranger font face à des difficultés liées au modèle de pratique unique au Canada, où les sages-femmes sont des prestataires de soins primaires pour les accouchements à domicile et à l'hôpital. Il existe également peu de programmes de transition et un manque global de capacité d'enseignement (Bourgeault, Neiterman et LeBrun, 2011).

Recrutement international

Il y a une reconnaissance multilatérale croissante des dilemmes éthiques entourant le recrutement international actif de professionnels de la santé, qui peuvent exacerber les pénuries de main-d'œuvre préexistantes dans les systèmes de santé en développement. Néanmoins, les pays de destination à revenu élevé comme le Canada continuent d'attirer et parfois de recruter des professionnels de la santé de pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2010, toutes les nations membres de l'OMS ont signé un code de pratique volontaire concernant le recrutement international de personnel de la santé.

1. Objectifs

Le Code vise à établir et à promouvoir des principes et des pratiques volontaires de recrutement international éthique du personnel de la santé et à servir de référence pour tous les États membres.

2. Portée

Le Code a une portée mondiale et vise à guider les gouvernements de tous les États membres et les parties prenantes intéressées aux questions concernant le recrutement international du personnel de la santé.

3. Recrutement international éthique

Le Code décourage le recrutement actif de personnel de la santé de pays en développement confrontés à une grave pénurie de personnel de la santé.

4. Traitement équitable du personnel de la santé migrant

Le Code souligne l'importance de l'égalité de traitement entre les travailleurs de la santé migrants et le personnel de la santé formé à l'intérieur du pays. Tout le personnel de la santé devrait avoir la possibilité d'évaluer les avantages et les risques associés aux différents postes.

5. Développement du personnel de la santé et viabilité des systèmes de santé

Les pays devraient mettre en œuvre des stratégies efficaces de planification, d'éducation, de formation et de rétention de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé afin de maintenir une main-d'œuvre dans le secteur de la santé adaptée aux conditions spécifiques de chaque pays et de réduire la nécessité de recruter de la main-d'œuvre migrante.

6. Coopération internationale

Le Code encourage la collaboration entre les pays de destination et les pays d'origine afin que tous puissent tirer profit de la migration internationale du personnel de la santé.

7. Soutien aux pays en développement

Les États membres sont encouragés à fournir une assistance technique et un appui financier aux pays en développement ou en transition qui connaissent une grave pénurie de personnel de la santé.

8. Collecte des données

Les États membres sont encouragés à renforcer ou à mettre en place des systèmes d'information sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, y compris des informations sur la migration de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, afin de recueillir, d'analyser et de traduire les données en politiques et plans efficaces concernant cette main-d'œuvre.

9. Échange d'informations

Les États membres devraient périodiquement recueillir et communiquer au Secrétariat de l'OMS des données sur les lois et règlements relatifs au recrutement et à la migration du personnel de santé, ainsi que des données provenant des systèmes d'information sur le personnel de la santé. Les États membres sont encouragés à promouvoir l'échange d'informations sur les migrations internationales du personnel de la santé et sur les systèmes de santé aux niveaux national et international.

10. Mise en œuvre du Code

Aux fins de communication internationale, chaque État membre devrait, le cas échéant, désigner une autorité nationale responsable de l'échange d'informations concernant la migration du personnel de la santé et de la mise en œuvre du Code.

11. Suivi de la mise en œuvre du Code

Les États membres sont encouragés à mettre en œuvre le Code en collaboration avec toutes les parties prenantes. Toutes les parties devraient s'efforcer de travailler individuellement et collectivement en vue d'atteindre les objectifs du Code.

12. Suivi du processus de mise en œuvre

En ce qui concerne la mise en œuvre du Code, les États membres devraient rendre compte des mesures prises, des résultats obtenus, des difficultés rencontrées et des enseignements tirés au Secrétariat de l'OMS et ce, périodiquement. Le Directeur général de l'OMS fera ensuite rapport à l'Assemblée mondiale de la santé sur l'efficacité du Code dans la réalisation de ses objectifs déclarés et fera des suggestions visant à l'améliorer.

Source : OMS. [Guide de l'utilisateur : Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.](#)

CONCLUSION

Tout comme les systèmes de santé au sein desquels ils exercent leur profession, les travailleurs de la santé forment un réseau dynamique d'intervenants dont les interactions reposent sur des héritages sociaux, politiques et techniques. Les changements nécessaires pour développer une offre, une répartition et une composition optimales des travailleurs de la santé est donc un processus complexe susceptible à la résistance engendrée par des intérêts opposés. Étant donné que la main-d'œuvre dans le secteur de la santé est indispensable au fonctionnement de tous les systèmes de santé du Canada, nous nous devons de reconnaître cette complexité et de nous efforcer de mieux comprendre les causes profondes de ces difficultés persistantes et omniprésentes afin de trouver des moyens efficaces d'aller de l'avant. Grâce à l'utilisation d'outils de planification, de pratiques de gestion et de leviers stratégiques appropriés, les systèmes de santé peuvent faire concorder la main-d'œuvre dans le secteur de la santé disponible aux besoins des populations desservies tout en augmentant l'efficacité, l'efficience et l'équité.

Les chapitres de ce texte présentent quelques-unes des principales professions de la santé en contact avec les patients au Canada. Pour chacune, nous avons demandé aux auteurs de couvrir l'histoire, l'éducation et la formation en lien avec leurs professions, le champ de pratique, la réglementation et le profil démographique. Chaque chapitre a été soit rédigé conjointement avec des organisations partenaires importantes, soit examiné par des membres d'organisations partenaires. Cela nous a permis de mettre en évidence certaines des principales questions d'actualité auxquelles est confrontée chaque profession. Dans de nombreux cas, ces mêmes organisations partenaires ont fourni un soutien financier permettant de produire le chapitre.

Il convient de noter que l'organisation de ce texte n'a pas pour but de renforcer les silos à vocation uniprofessionnelle. Il vise plutôt à fournir une base initiale pour éclairer une analyse ultérieure plus interprofessionnelle et sectorielle.

ACRONYMES

CCPSSRH	Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
RCPS	Réseau canadien des personnels de
santé CES	Comité sur l'effectif en santé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
GHWN	Global Health Workforce Network PRHS
	Productivité des ressources humaines en
santé HWA	Health Workforce Australia
EMD	Ensemble minimal de données
CNPS	Comptes nationaux des personnels de
santé OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé

RÉFÉRENCES

Abbott, A. (1988). *The system of professions: Essay on the division of expert labour*. Chicago, Illinois : The University of Chicago Press.

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. (2007). *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*.

Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/ressources-humaines-sante/cadre-planification-concertee-ressources-humaines-sante-echelle-pancanadienne-sante-canada-2007.html>

Alberta Health Services. (2019). *Alberta Health Services: Mandate and role*. Extrait de <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-mandate-roles.pdf>

Armstrong, P. et Armstrong, H. (1996). *Wasting away: The undermining of the Canadian health care*. Toronto, Oxford University Press.

Baranek, P. (2005). *A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé.

Better Home Care in Canada Partners. (2016). *Better home care in Canada: A national action plan*. Extrait de <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/better-home-care-in-canada-a-national-action-plan-copy.pdf?la=fr&hash=D7C8B69F4E0B000F-74CE372D6DAFCA9D198ADD39>

Birch, S., Kephart, G., Tomblin Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R. et MacKenzie, A. (2007). Human resources planning and the production of health: A needs-based analytical framework. *Canadian Public Policy*, 33, S1–S16.

Bourgeault, I. L., Demers, C., James, Y. et Bray, E. (2015). *The need for a pan-Canadian health human resources strategy*. Dans S. Carson, K. Nossal et J. Dixon (éd.), *Toward a Healthcare Strategy for Canadians*, McGill-Queen's University Press.

Bourgeault, I. L., James, Y., Lawford, K. et Lundine, J. (2018). Empowering women leaders in health: A gap analysis of the state of knowledge. *Canadian Journal of Physician Leaders*, 5(2), 92. Extrait de <https://cjpl.ca/bourgeault.html>

Bourgeault, I. et Mulvale, G. (2006) Collaborative health care teams in Canada and the U.S.: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review* 15(5) décembre, 481-495. Bourgeault, I.L. et Neiterman, E. (2013) Integrating International Medical Graduates: The Canadian Approach to the 'Brain Waste' Problem.

Dans P. Triadafilopoulos (éd.) *Wanted and Welcome? Policies for Highly Skilled Immigrants in Comparative Perspectives* Policy. (p. 199-217) Springer. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-0082-0_10/fulltext.html

Bourgeault, I.L., Neiterman, E. et LeBrun, J. (2011). Midwives on the Move: Comparing the Requirements for Practice and Integration Contexts for Internationally Educated Midwives in Canada, the U.S., the U.K., and Australia. *Midwifery*, 27(3), 368-375

Bryden, P. E. (2012). The Liberty Party and the achievement of national Medicare. Dans G.P. Marchildon (éd.), *Making Medicare: New perspectives on the history of Medicare in Canada* (pp. 71–88). Toronto, ON : University of Toronto Press.

Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. (2019). *À propos de l'Alliance*. Extrait de <https://www.alliancept.org/fr/a-propos-de-lalliance/a-propos-de-lalliance/>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2012). *Myth: Canada needs more doctors*. Extrait de <https://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/12-05-29/80fe1ee3-444d-4114-b9ee-d9da20439293.aspx>

Accord de libre-échange canadien. (2017). *Accord de libre-échange canadien*. Extrait de <https://www.cfta-alec.ca/accord-de-libre-echange-canadien-alec/?lang=fr>

Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Supply, distribution and migration of physicians, 2006*. Ottawa, ON. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/SupDistandMigCanPhysic_2006_e.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Health human resources minimum data set guide— text file format*. Ottawa, ON. Extrait de https://secure.cihi.ca/free_products/HHR_MDS_Guide_Aug2013_EN.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *Les médecins au Canada*. Extrait de <https://www.cihi.ca/fr/les-medecins-au-canada>

Institut canadien d'information sur la santé. (2019). *Nursing in Canada, 2018: A lens on supply and work- force*. Ottawa, ON. Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/regulated-nurses-2018-report-en-web.pdf>

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver, C.-B. Extrait de http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210r.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2014). *The Practice of Nursing*. <http://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/the-practice-of-nursing>.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (2015). *Joint position statement: Workplace violence and bullying*. Extrait de <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/workplace-violence-and-bullying-joint-position-statement.pdf?la=en&hash=9B44AFDCF89D12F6720B1A5F7F-C6465E067E16DD>

Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. (2013). *Examining the distribution of French speaking family physicians in Ontario's Francophone communities*. Sudbury, ON : Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne. Extrait de <http://documents.cranhr.ca/pdf/focus/FOCUS13- A1e.pdf>

Coburn, E., Torrance, G. et Kaufert, J. (1983). Medical dominance in Canada in historical perspective: The rise and fall of medicine? *International Journal of Health Services*, 13, 407–432.

Conseil interprofessionnel du Québec. (2019). Mission. Extrait de <https://professions-quebec.org/en/quebec-interprofessional-council/about-us/mission>

Covell, C., Neiterman, E. et Bourgeault, I.L. (2016) Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human Resources for Health* 14:38. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0135-6>

Covell, C., Neiterman, E. et Bourgeault, I.L. (2015) Forms of Capital as Facilitators of Internationally Educated Nurses' Transition into the Canadian Nursing Workforce. *Canadian Public Policy*. Supplément 1, S150-161.

Davies, C. (1996). The sociology of professions and the profession of gender. *Sociology*, 30(4), 661–678.

Dower, C., Moore, J. et Langevier, M. (2013). It is time to restructure health professions scope-of- practice regulations to remove barriers to care. *Health Affairs*, 32(11), 1971–1976.

Dreesch, N., Dolea, C., Dal Poz, M., Goubarev, A., Adams, O., ... Youssef-Fox, M. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy & Planning*, 20(5), 267–276.

Epps, T. (2011). Regulation of health care professionals. Dabs J. Downie, T. Caulfield et C. M. Flood (éd.), *Canadian health law and policy* (4^e éd., pp. 75–114). Markham, ON : LexisNexis Canada.

Evans, R. G., Schneider, D. et Barer, M. L. (2010). *Health human resources productivity: What is it, how it's measured, why (how you measure) it matters and who's thinking about it?* Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Fédération des ordres des médecins du Canada. (2019). *About us*. Extrait de <https://fmrac.ca/about-us>

Fréchette, D., Hollenberg, D., Shrichand, A., Jacob, C. et Datta, I. (2013). *What's really behind Canada's unemployed specialists? Too many, too few doctors? Findings from the Royal College's employment study*. Ottawa, ON : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Extrait de http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/policy/employment_report_2013_e.pdf

Fréchette, D., Shrichand, A. (2011). *The Canadian health workforce planning mosaic: Background paper for Country Workforce Agency Roundtable*. Brisbane, Australie. Extrait de https://ihwc.royalcollege.ca/documents/2011/IHWC2011_The_Canadian_health_workforce_planning_mosaic.pdf

Fréchette, D., Shrichand, A., et Manogaran, M. (2019). *Employment patterns of Canada's newly certified medical specialists: Findings from the Royal College Employment Study*. Ottawa, ON : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Extrait de <http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/employment-study-e>

Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. Transaction Publishers.

George, A. (2007). *Human resources for health: A gender analysis*. Kochi, Inde : Organisation mondiale de la Santé. Extrait de http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf

Gouvernement du Canada. (2019a). *Portefeuille de la Santé*. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/portefeuille-sante.html>

Gouvernement du Canada. (2019b). *Le système de soins de santé du Canada*. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>

Gouvernement du Manitoba. (2019). *Loi sur les professions de la santé réglementées*. Extrait de <https://www.gov.mb.ca/health/rhpa/index.html>

Grobler, L, Marais, B. J., Mabunda, S. A., Marindi, P. N., Reuter, H. et Volmink, J. (2009). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review).

The Cochrane Library, 2, 1–26. Extrait de <http://www.cdbph.org/documents/Interventionsforincreasingtheproportionofhealthpersonnelinunderservedareas.pdf>

Hall, T.L., Mejia, A. (1978). *La planification des personnels de santé : principes, méthodes, problèmes*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé. (2003). *Regulating, de-regulation and changing scopes of practice in the health professions: A jurisdictional review*. Ottawa, ON : Alderson, D. et Montesano, D. Extrait de http://www.ramblenuse.com/mps/documents/HPRAC_2003_WhyRegulate_Ontario.pdf

Health Workforce Australia (HWA). (2013a). *HWA 2013-14 work plan*. Extrait de <https://www.hwa.gov.au/our-work/hwa-strategic-plan-and-work-plan>

Health Workforce Australia (HWA). (2013b, mai). *National rural and remote health workforce innovation and reform strategy*. Extrait de http://www.hwa.gov.au/sites/uploads/HWA13WIR013_Rural-and-Remote-Workforce-Innovation-and-Reform-Strategy_v4-1.pdf

Chambre des communes. (2019). *Projet de loi C-91 : Loi sur les langues autochtones*. Extrait de <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-91/premiere-lecture>

International Health Workforce Collaborative (IHCW). (2014, mars). *14th International health workforce collaborative conference report*. Extrait de http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/imwc/final_ihwc_report_march_2014.pdf

Organisation internationale pour les migrations. (2014). *Mobility of health professionals to, from and within the European Union*. Genève, Suisse : Auteur. Extrait de http://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs48_web_27march2014.pdf

Johnson, T. J. (1972). *Professions and power*. Londres, RU : Macmillan Press.

Kuhlmann, E., Bourgeault, I. L., Larsen, C. et Schofield, T. (2012) Gendering health human resource policy and management. Dans E. Kuhlmann et E. Annandale (éd.), *Handbook on gender and healthcare* (2e éd., pp. 72–91). RU : Palgrave Macmillan.

Liu, L., Bourdon, E. et Rosehart, Y. (2013). *Institut canadien d'information sur la santé : New physicians – Mobility patterns in the first ten years of work*. Extrait de http://www.cahspr.ca/web/uploads/presentations/B6.2_Lili_Liu_2013.pdf

Lux, M. (2018). Hôpitaux indiens au Canada. Dans *l'Encyclopédie canadienne*. Extrait de <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/indian-hospitals-in-canada>

Morris, J. J. (1996). *Law for Canadian health care administrators*. Markham, ON : Butterworths.

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie. (2019). *À propos*. Extrait de <https://www.napra.ca/fr/propos>

Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... Sketris, I. (2014). *Optimizing scopes of practice: New models of care for a new health care system*. Rapport du groupe d'experts nommé par l'Académie canadienne des sciences de la santé.

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2013). *Health system roles and responsibilities*. Extrait de https://nbhc.ca/sites/default/files/health_system_roles_and_responsibilities.pdf

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2015). *A guide to private legislation for self-regulated health professions*. Fredericton, NB. Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/GuidePrivateLegislationSelfRegulatingHealthProfessions.pdf>

Association des hôpitaux de l'Ontario. (2019). Module 1 : Health care in Ontario. Dans le *Physician leadership resource manual*. Extrait de <https://www.oha.com/Professional%20Issues1/Physician%20Leadership%20Resource%20Manual%20-%20Module%201%20-%20Health%20Care%20in%20Ontario.pdf>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2019). *Health Workforce Planning Branch: Health professions database*. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrs/evidence_research/health_professions_database.aspx

O'Reilly, P. (2000). *Health care practitioners: An Ontario care study in policy making*. Toronto, ON : University of Toronto Press.

Ostry, A. (2006). *Change and continuity in Canada's health care system*. Ottawa, ON : CHA Press.

Saskatchewan College of Psychologists. (2016). *Membership advisory: Self-regulation of professions in Saskatchewan*. Extrait de <http://www.skcp.ca/pdf%20files/self-regulation%20of%20professions%20in%20saskatchewan%20.pdf>

Storch, J. (2010). Division of labour in health care. *Humane Medicine*, 10(4). Extrait de http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=543

Taylor, M. G. (2009). *Health insurance and Canadian public policy: The seven decisions that created the health insurance system and their outcomes*. Kingston, ON : McGill-Queen's University Press.

Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Bradish, S. et Elliott Rose, A. (2016). A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*, 14(59). Extrait de <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0155-2>

Tomblin Murphy, G., et MacKenzie, A. (2013). Using evidence to meet population healthcare needs: Successes and challenges. *Healthcare Papers*, 13(2). Extrait de <http://www.longwoods.com/content/23521>

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Canada's Residential Schools: The Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada* (Vol. 1). McGill-Queen's Press-MQUP.

Wade, T., Bourgeault, I. L. et Neiterman, E. (2016). *Social dimensions of health and health care*. Toronto, ON : Pearson.

Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. Londres, RU : Routledge.

Organisation mondiale de la santé. (2006). *World health report 2006: Working together for health*. Extrait de <http://www.who.int/whr/2006/en/>

Organisation mondiale de la santé. (2009). *Human resources for health*. Extrait de http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_HumanResources_oct08.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2016a). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Genève, Suisse : Auteur. Extrait de <http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en>

Organisation mondiale de la santé. (2016b). *National health workforce accounts: A handbook*. Genève, Suisse : Auteur. Extrait de http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa_handbook/en