

Les dispensateurs de soins au Canada



À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme national, autonome et sans but lucratif, oeuvre à améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en fournissant une information fiable et de qualité sur la santé. Le mandat de l'Institut, tel que défini par les ministres de la Santé du Canada, consiste à développer et à entretenir un système intégré d'information sur la santé au pays. À cette fin, l'ICIS fournit l'information en vue de faire progresser les politiques canadiennes de la santé, d'améliorer la santé de la population, de renforcer notre système de santé et d'aider les dirigeants du secteur de la santé à prendre des décisions éclairées.

Voici la composition du Conseil d'administration de l'ICIS en date de septembre 2001 :

- **M. Michael Decter** (président), Lawrence Decter Investment Counsel Inc.
- **M. Tom Closson** (vice-président), président-directeur général, University Health Network
- **M. Richard Alvarez** (d'office), président-directeur général, ICIS
- **M. Daniel Burns**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- **M. Ivan Fellegi**, statisticien en chef, Statistique Canada
- **M. Rory Francis**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard
- **M. Ian Green**, sous-ministre, Santé Canada
- **D' Michael Guerriere**, président-directeur général, HealthLink Clinical Data Network Inc.
- **M. Terry Kaufman**, directeur général, CLSC Notre-Dame de Grâce
- **M. Cameron Mustard**, directeur scientifique, Institut de recherche sur le travail et la santé
- **D' Brian Postl**, président-directeur général, Winnipeg Regional Health Authority
- **M. Rick Roger**, président-directeur général, Capital Health Region
- **D' Tom Ward**, sous-ministre, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
- **M^{me} Sheila Weatherill**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority
- **M^{me} Kathleen Weil**, présidente du Conseil d'administration, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Table des matières

Remerciements	vii
Points saillants	ix
Introduction	1
Au sujet de ce rapport	2
Pour en savoir davantage	3
Partie A : L'équipe de santé	
Chapitre 1 : Qui est qui dans la santé	
Les soins infirmiers	9
Les médecins	10
Les autres professions de la santé	10
Se soigner soi-même	11
Les autres membres de l'équipe	12
Pour en savoir davantage	14
Chapitre 2 : Devenir un dispensateur de soins	
Première partie : Apprendre à dispenser les soins	17
Les dispensateurs de soins de demain	18
Types de diplômés	19
Virages démographiques	20
Le lieu d'apprentissage est important	21
Payer pour l'éducation en soins de santé	21
Emplacement des programmes	22
Deuxième partie : Après les études	23
La réglementation des professions de la santé	23
Comprendre la réglementation	24
Établir des normes professionnelles	25
Déménager au Canada	25
Venir s'installer au Canada	25
Troisième partie : L'apprentissage permanent	26
Lacunes de l'information	27
Pour en savoir davantage	29
Chapitre 3 : Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé	
L'a b c de la modélisation	35
Le défi de la planification : quelques exemples	37
La santé des Canadiens	37
Les soins de santé au Canada	38
La répartition géographique des dispensateurs	39
Une main-d'œuvre vieillissante	39
Le sexe et les soins de santé	40
Travail à temps plein, à temps partiel et occasionnel	41
Migration et immigration	42
Traverser la frontière	43
Lacunes de l'information	46
Pour en savoir davantage	47

Partie B : Travailler dans le système de santé	
Chapitre 4 : Le travail d'équipe dans les soins de santé	53
Qu'est-ce qu'une équipe de santé?	53
Former des équipes de santé au Canada	54
Les membres de l'équipe : qui fait quoi?	54
La combinaison actuelle des compétences	58
Réussir le travail en équipe	60
Les équipes : l'avenir des soins primaires?	61
Chez le médecin	61
Expériences avec des équipes de dispensateurs	61
Lacunes de l'information	63
Pour en savoir davantage	64
Chapitre 5 : Travailler dans la santé	69
Changer d'emploi	69
La journée de travail des professionnels de la santé	71
Gros plan sur les médecins	71
Payer ceux qui dispensent les soins	73
Comment les médecins sont payés	73
Les salaires des professionnels de la santé	75
La satisfaction professionnelle dans les soins de santé	76
Ce que pensent les infirmières	76
Ce que pensent les médecins	77
Plus en détail	78
Lacunes de l'information	79
Pour en savoir davantage	81
Chapitre 6 : La santé des travailleurs de la santé	85
Comment se portent les travailleurs de la santé?	86
Les blessures et la maladie au travail	87
Blessures musculo-squelettiques	88
Stress et épuisement professionnel dans les soins de santé	90
Les dangers en milieu de travail	91
Lacunes de l'information	91
Pour en savoir davantage	93
Partie C : Conclusions et nouveaux enjeux	97
À vous la parole	
Appendice : Les faits en bref	

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé désire remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport.

Nous aimerions notamment exprimer notre reconnaissance aux membres du Groupe d'experts dont les conseils judicieux se sont avérés précieux pendant le processus d'élaboration et la révision de la version provisoire du rapport. Les membres sont :

- **D^r Tom Ward**, (président), sous-ministre, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
- **M. Gerry Brown**, président, Association des collèges communautaires du Canada
- **M^{me} Arminée Kazanjian**, directrice associée, Centre for Health Services & Policy Research/ professeure agrégée, University of British Columbia
- **D^r Robert McKendry**, professeur, Université d'Ottawa
- **M^{me} Linda O'Brien-Pallas**, chaire FCRSS/IRSC, professeur en ressources humaines dans les soins infirmiers/codirectrice, Unité de recherche sur l'efficacité de l'utilisation et des résultats des sciences infirmières, University of Toronto
- **M. Don Philippon**, directeur exécutif, Health Sciences, University of Alberta
- **M. Jeff Poston**, directeur exécutif, Association des pharmaciens du Canada
- **M. Raymond Pong**, directeur de la recherche, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne
- **M^{me} Judith Shamian**, directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada
- **M^{me} Sharon Sholzberg-Gray**, présidente-directrice générale, Association canadienne des soins de santé
- **M. Steve Slade**, coordonnateur du Projet Janus, Collège des médecins de famille du Canada
- **M. John Swiniarski**, registraire adjoint, College of Physicians & Surgeons of Alberta
- **M^{me} Jennifer Zelmer** (d'office), directrice, Rapports sur la santé et analyse, ICIS

Il importe de souligner que les analyses et les conclusions contenues dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des membres du Groupe d'experts ou des organismes auxquels ils sont associés.

Le comité de rédaction du rapport était formé de : Kira Leeb, Jeanie Lacroix et Jennifer Zelmer. Les membres reconnus de l'équipe de projet comprenaient également : Matthew Alexander, Dalila Bakhti, Brent Barber, Janet Brown, Paulina Carrión, Shelley Drennan, Patricia Finlay, Jeff Green, Cheryl Gula, Sharon Gushue, Roberta Hood, Marc Lalonde, Anne Lauzon, Sarah Lenz, Christina Mathers, Karen McCarthy, Christa Morley, Bruce Petrie, Lise Poirier, Marie Pratte, Indra Pulcins, Francine Anne Roy, Paul Sajan, Karin Schoeberle, Jill Strachan, Serge Taillon, Linda Turner, Scott Young et Patricia Yow.

L'ICIS aimerait également remercier les membres de l'Institut de recherche sur le travail et la santé (particulièrement Dee Kramer, Kathy Knowles Chapeskie, Mickey Kerr, Mieke Koehoorn et Jane Bartram) pour leur contribution au chapitre La santé des travailleurs de la santé et M^{me} Linda O'Brien-Pallas, pour sa contribution au chapitre *Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé*.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans l'appui et l'aide de nombreuses autres personnes et organisations, y compris plusieurs associations de professionnels de la santé et les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, qui ont compilé des données, effectué les recherches présentées dans le rapport ou apporté un appui financier.

Points saillants

Qui est qui dans la santé

Ce que nous savons

- En 2000, plus de 1,5 million de personnes travaillaient dans la santé et les services sociaux partout au pays. Il s'agit d'environ un travailleur canadien sur 10.
- Les soins infirmiers constituent la plus grande des professions de la santé. En 2000, plus de 232 000 IA travaillaient en soins infirmiers au Canada. Il s'agit de 754 IA par 100 000 Canadiens, une hausse de presque 10 IA par 100 000 habitants comparativement à 1999, mais à peu près le même nombre qu'il y a cinq ans. Même si la plupart des IA (64 % en 2000) travaillent dans des hôpitaux, elles sont de plus en plus nombreuses dans la santé communautaire.
- En 2000, l'ICIS a compté plus de 57 800 médecins en pratique clinique et non clinique au Canada, une augmentation de 5,3 % par rapport à cinq ans plus tôt.
- Les Canadiens ont recours à divers types de services de santé et peuvent faire appel à plusieurs dispensateurs de soins différents. Selon un sondage réalisé en 1998-1999 par Statistique Canada, 85 % des femmes et 72 % des hommes interrogés avaient consulté un omnipraticien au cours de l'année précédente. Et 40 % des personnes interrogées ont déclaré avoir vu trois dispensateurs de soins ou plus, y compris des omnipraticiens ou des médecins de famille, des spécialistes de la vue, d'autres médecins, des dentistes ou des orthodontistes, des chiropraticiens, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux ou des psychologues et des orthophonistes/audiologistes/ergothérapeutes.
- L'équipe de santé au Canada est formée d'un large éventail de dispensateurs de soins réglementés, non réglementés, d'aidants naturels et de bénévoles. Les plus grands groupes de dispensateurs de soins non réglementés sont les membres de la famille, les amis et les bénévoles communautaires. Selon Statistique Canada, 2,1 millions de Canadiens adultes ont prêté leur appui à une ou plusieurs personnes âgées en 1996.

Devenir un dispensateur de soins

Ce que nous savons

- Les universités et les collèges communautaires au Canada offrent une vaste gamme de programmes de formation en soins de santé. On en compte maintenant plus de 150 offerts un peu partout au pays.
- En 1998-1999, Statistique Canada a rapporté qu'environ 38 000 étudiants étaient inscrits à temps plein ou partiel dans des programmes de premier cycle de formation en matière de santé. Plus des trois quarts (76 %) étaient des femmes. Cette combinaison a changé avec le temps. En médecine par exemple, l'inscription des femmes a augmenté de façon régulière dans les dernières années. Depuis 1996, le nombre de femmes diplômées dépasse le nombre d'hommes.

- Le nombre et la combinaison des diplômés des programmes de formation a changé au fil du temps. Ainsi, plus d'étudiants en psychiatrie, en ergothérapie et en hygiène dentaire ont obtenu leur diplôme en 2000 qu'en 1988. Par contre, les diplômés en médecine et en dentisterie étaient moins nombreux.
- Les exigences en matière de formation changent pour de nombreuses professions de la santé. Par exemple, les associations d'infirmières au Canada se dirigent vers l'adoption d'un baccalauréat en sciences infirmières comme exigence minimale pour entreprendre l'exercice de la profession.
- Les frais de scolarité moyens des programmes de premier cycle de médecine et de dentisterie sont plus élevés que ceux des autres programmes, bien que les frais varient grandement d'un programme à un autre.
- La réglementation des dispensateurs de soins change selon l'endroit au pays. Par exemple, les sages-femmes ou les massothérapeutes sont réglementés dans certaines provinces seulement. D'autres, comme les infirmières auxiliaires, travaillent en vertu d'un cadre de délivrance d'un certificat dans certains secteurs de compétence et d'un cadre d'autorisation d'exercer dans d'autres.
- Plus de 30 professions de la santé sont maintenant réglementées dans au moins une province ou un territoire.
- L'apprentissage permanent est un élément important de la vie professionnelle de nombreux professionnels de la santé. Certaines associations de professionnels de la santé demandent à leurs membres de fournir des preuves d'activité relative à la formation continue pour conserver le droit d'exercer. Ainsi, les pharmaciens dans plusieurs provinces doivent obtenir entre 15 et 20 heures d'unités de formation continue pour maintenir leur autorisation d'exercer.

Ce que nous ignorons

- Quel est le nombre de places de formation par rapport au nombre de candidats qualifiés dans les programmes de formation en matière de santé?
- Comment les changements dans le nombre de places disponibles dans les programmes de formation des professionnels de la santé (p. ex. les facultés de médecine mettant l'accent sur la pratique en régions rurales et isolées) affecteront le nombre et la répartition à venir des professionnels de la santé?
- Dans quelle mesure les dispensateurs de soins ont-ils l'occasion de suivre une formation appropriée pour maintenir et améliorer leurs compétences et s'adapter à un environnement changeant?
- Combien de Canadiens travaillent dans des professions non réglementées de la santé et quelles sont les normes de pratique pour ces professions?
- Quel sera l'impact des changements dans les modèles de réglementation et dans les cadres des fonctions sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé, sur notre capacité à répondre aux besoins futurs en matière de santé, sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services et sur la qualité des soins?

Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé

Ce que nous savons

- Il n'est pas facile de faire en sorte que nous disposions du bon nombre de dispensateurs de soins avec la bonne combinaison de compétences et de formation pour dispenser des soins au bon endroit et au bon moment. Cela dépend de plusieurs facteurs, dont les tendances démographiques, l'état de santé, la technologie, les caractéristiques de la pratique, ainsi que l'organisation et la prestation des services de santé.
- Les travailleurs de la santé au Canada prennent leur retraite plus tôt et leur moyenne d'âge augmente (elle est passée de 39,1 ans en 1994 à 40,8 ans en 2000).
- Le travail à temps partiel est plus courant dans la santé que dans tout autre secteur. Selon l'Enquête sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada, 52 % des travailleurs de la santé occupent des postes à temps plein, contre 74 % de tous les Canadiens qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé.
- L'Association médicale américaine estime qu'environ 9 800 diplômés de facultés de médecine canadiennes sont actuellement actifs (travaillent, étudient ou enseignent) aux États-Unis. Selon de nouvelles recherches réalisées par l'ICIS, la Californie, New York et le Texas sont les États préférés des médecins canadiens.
- Jusqu'à récemment, les diplômés des facultés de médecine du Royaume-Uni ou de l'Irlande étaient les plus nombreux à immigrer au Canada. Toutefois, au cours de la dernière décennie, plus de médecins formés en Afrique du Sud sont venus s'y installer que ceux de tout autre pays ou région.
- Partout au pays, des sommes importantes et beaucoup de temps sont consacrés à des initiatives visant à recruter des professionnels de la santé et à les maintenir en poste. On a recours à plusieurs stratégies. Récemment, des projets de recherche ont évalué l'efficacité de certaines des stratégies.

Ce que nous ignorons

- Quelle est la bonne combinaison des ressources humaines de la santé à l'échelle régionale, provinciale et nationale pour répondre aux besoins en matière de soins?
- En raison des tendances dans la démographie, les effectifs, la santé, les soins de santé, et d'autres tendances, est-ce que la combinaison actuelle des dispensateurs de soins répondra aux besoins en matière de soins de la population canadienne actuelle et à venir?
- Combien de dispensateurs de soins de santé réglementés et non réglementés déménagent chaque année, et quelles sont les répercussions de leur migration sur les services de santé?

Le travail d'équipe dans les soins de santé

Ce que nous savons

- Les compétences et les rôles des professionnels de la santé ne sont pas les mêmes partout au pays et se chevauchent souvent. Ils changent aussi avec le temps. Par exemple, plusieurs dispensateurs de soins de santé différents prêtent assistance aux mères lors d'un accouchement.
- Même au sein d'une même profession, les rôles et les compétences peuvent varier. Ainsi, l'exercice de la médecine familiale en milieu urbain est très différent de l'exercice en région rurale ou éloignée. En effet, les médecins de famille du Nord de l'Ontario sont plus nombreux à fournir des services d'urgence (60,8 %) que leurs collègues à Toronto (24,4 %).
- On observe aussi des différences dans la combinaison des dispensateurs de soins et dans la façon dont ils organisent leur pratique. Par exemple, selon un sondage réalisé en 2001 par le Collège des médecins de famille du Canada, 25 % des médecins de famille travaillaient en « pratique individuelle » plutôt que dans des cabinets de groupe. Il s'agit d'une baisse par rapport à 31 % en 1997.
- Dans le cadre de la réforme des soins primaires, on s'intéresse de plus en plus à ce que les médecins, les infirmières praticiennes et d'autres dispensateurs travaillent en équipe pour dispenser des services.
- Pour promouvoir la pratique de groupe, certains programmes de formation des professionnels de la santé offrent des cours interdisciplinaires.

Ce que nous ignorons

- Quels sont les effets des diverses équipes de santé sur la disponibilité et la qualité des services de santé au Canada?
- Quelles seront les répercussions des changements dans le cadre des fonctions professionnelles sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé, sur notre capacité à répondre aux besoins futurs en matière de santé, sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services et sur la qualité des soins?
- Comment différentes combinaisons de dispensateurs de soins de santé, dans divers contextes, influencent la qualité des soins, la rentabilité, ainsi que la satisfaction des patients et des dispensateurs?

Travailler dans la santé

Ce que nous savons

- Contrairement aux autres travailleurs, les employés du secteur de la santé sont beaucoup moins susceptibles de perdre leur emploi que les autres travailleurs. Leurs taux de chômage ont fluctué entre 1,3 % et 2,6 % au cours des 13 dernières années, et entre 7 % et 11 % pour le reste des travailleurs. Les travailleurs de la santé avaient également tendance à demeurer plus longtemps au service du même employeur et étaient plus susceptibles d'avoir plus d'un emploi.

- Environ un travailleur de la santé sur six (16 %) a travaillé chaque semaine des heures supplémentaires payées ou non payées en 2000. Ceux qui l'ont fait ont passé en moyenne sept heures de plus par semaine au travail. La probabilité de travailler des heures supplémentaires varie quelque peu en fonction des divers groupes de professionnels de la santé et avec le temps.
- Les modes de rémunération des dispensateurs de soins varient grandement selon la profession et le lieu de pratique. Ils sont souvent payés au moyen d'une combinaison de systèmes publics et privés de paiement.
- Même si la rémunération à l'acte est toujours un mode de paiement très répandu chez les médecins, ils sont de plus en plus nombreux à être payés d'autres façons. En 1999-2000, plus de 20 % des médecins canadiens ont reçu certains paiements pour des soins cliniques en vertu d'autres modes de rémunération.
- Pour les Canadiens travaillant dans la santé, les revenus varient beaucoup d'une profession à une autre et, dans certains cas, d'une région à une autre. Par exemple, en septembre 2001, le salaire initial d'une infirmière autorisée (sans compter les heures supplémentaires rémunérées) s'échelonnait entre un peu plus de 32 000 \$ au Québec et plus de 43 000 \$ en Nouvelle-Écosse, selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Selon l'Enquête sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada, plus de quatre Canadiens sur cinq (90 %) travaillant dans un secteur autre que la santé étaient satisfaits ou très satisfaits de leur travail en 1999. Dans les professions de la santé, cette proportion était de 85 %.

Ce que nous ignorons

- Comment diverses caractéristiques de la vie au travail des professionnels de la santé — comme la durée d'occupation d'un poste, le salaire et les avantages sociaux, la charge de travail et d'autres conditions de travail — contribuent à leur satisfaction à l'égard du travail?
- Comment et pourquoi sont-elles différentes entre les diverses professions de la santé?
- Comment sont-elles liées à l'habileté à recruter des professionnels de la santé et à les garder en poste?
- Quelles sont leurs répercussions sur la qualité des soins et la satisfaction des patients?
- Comment les changements dans la façon dont les soins de santé sont dispensés et où, ainsi que dans la technologie, ont affecté le travail des professionnels de la santé?
- Quels services sont dispensés par les médecins non rémunérés à l'acte?

La santé des travailleurs de la santé

Ce que nous savons

- Dans l'ensemble, en 1998-1999, les Canadiens œuvrant dans la santé (95 %) ont dit qu'ils étaient en bonne ou en excellente santé, à l'instar des autres travailleurs (96 %).
- Les travailleurs de la santé sont une fois et demie plus susceptibles que les travailleurs des autres secteurs de s'absenter du travail en raison de maladie ou d'invalidité. En moyenne, 7,2 % des Canadiens travaillant à temps plein dans la santé se sont absents du travail chaque semaine en 2000, par rapport à 4,8 % de tous les autres travailleurs.
- En 1998, les travailleurs canadiens de la santé et des services sociaux se classaient au quatrième rang des principaux secteurs d'activité pour ce qui est du taux de blessures au travail menant à l'absentéisme. Ensemble, ils ont subi plus de 36 000 blessures ayant entraîné un arrêt de travail — environ trois par 100 travailleurs.
- Les travailleurs de la santé, et particulièrement les infirmières, sont vulnérables aux blessures musculo-squelettiques qui résultent du soulèvement et du transport des patients. Ils peuvent aussi être exposés à d'autres dangers en milieu de travail, comme les blessures accidentelles avec des aiguilles, les infections, la maladie, le stress et la violence physique ou verbale.
- Le stress ou la surcharge de travail ne sont pas étrangers aux travailleurs de la santé. Selon des données récentes de l'Enquête nationale sur la santé de la population, le degré de surcharge de travail est le plus faible parmi les médecins, et le plus élevé chez les aides-infirmières et les préposés aux soins.

Ce que nous ignorons

- À quelle fréquence se présentent des types précis de problèmes de santé liés au travail dans le secteur de la santé au pays?
- Comment les changements organisationnels dans les soins de santé ont affecté le rendement des travailleurs de la santé autres que les infirmières? Comment ces changements ont affecté la qualité de leur vie au travail? Quels changements organisationnels sont efficaces pour améliorer la santé en milieu de travail?
- Quelle est la contribution relative de l'environnement de travail, du mode de vie, des pratiques et politiques organisationnelles et d'autres facteurs à la santé des infirmières et d'autres professionnels de la santé?

Au sujet de ce rapport

Les dispensateurs de soins au Canada s'appuie sur de nouvelles données et analyses de l'ICIS, ainsi que sur des recherches effectuées à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale et internationale, pour examiner ce que nous savons et ce que nous ignorons des dispensateurs réglementés, non réglementés et des aidants naturels. Il est conçu pour compléter les rapports détaillés publiés régulièrement par l'ICIS sur le nombre, la répartition et la migration des médecins, du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé. Il se veut également un complément aux rapports annuels sur les soins de santé au Canada.

Le présent rapport est divisé en trois parties :

- **La Partie A, L'équipe de santé**, étudie les facteurs qui affectent le nombre de dispensateurs de soins de santé dont nous disposons et dont nous avons besoin, ainsi que la façon dont l'équipe est organisée. Elle aborde également le contexte changeant dans lequel les dispensateurs de soins de santé travaillent, et met l'accent sur des données et des recherches associées à l'éducation et à la réglementation des dispensateurs de soins.
- **La Partie B, Travailler dans le système de santé**, aborde comment les équipes évoluent dans différentes parties du système et étudie aussi la santé et la vie au travail des dispensateurs de soins de santé; les environnements dans lesquels ils travaillent et leurs conditions de travail.
- **La Partie C, Conclusions et nouveaux enjeux**, présente les points saillants des principales constatations contenues dans le rapport et traite des lacunes de l'information qui demeurent.

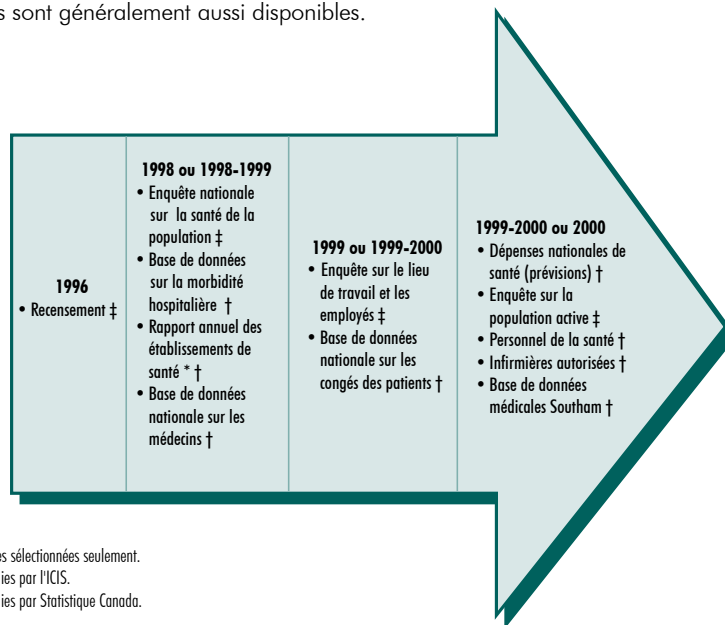
Le rapport contient aussi une section **Les faits en bref**, à la fin du rapport. Elle présente un éventail de données comparatives à jour sur les ressources humaines de la santé d'un bout à l'autre du pays et au fil du temps. Dans le texte, une icône (illustrée à droite) indique les parties pour lesquelles des données régionales, provinciales ou territoriales sont présentées dans *Les faits en bref*.



Les dispensateurs de soins au Canada contient une vaste gamme de renseignements provenant de nombreuses sources. Néanmoins, nous ne pouvons présenter que ce qui existe. Des lacunes importantes sont toujours présentes dans de nombreux domaines. Par exemple, nous en savons beaucoup plus sur le nombre, la répartition, la santé et la vie au travail du personnel infirmier et des médecins que sur ceux des autres dispensateurs réglementés. Et nous en savons relativement peu sur les dispensateurs non

D'où viennent les données

L'année des données les plus récentes pour les banques de données nationales sur la santé à l'ICIS et à Statistique Canada (en date de septembre 2001). Les données provenant des années antérieures sont généralement aussi disponibles.



réglementés, les prestataires familiaux et les aidants naturels. Au fil du temps, nous espérons poursuivre le travail avec nos partenaires de partout au pays pour combler les lacunes prioritaires en matière de ressources humaines de la santé. Pour favoriser la discussion, chaque chapitre se termine par une section qui présente des exemples pertinents de ce que nous savons et de ce que nous ignorons du domaine sur lequel le chapitre porte, et ce qui s'y passe.

Pour en savoir davantage

Les points saillants et le texte intégral du rapport, en français et en anglais, sont affichés sur le site Web de l'ICIS à www.icis.ca. Vous pouvez également visiter le site pour vous inscrire afin de recevoir des mises à jour du présent rapport et d'autres publications de l'ICIS sur les soins de santé.

Pour obtenir des exemplaires imprimés (moyennant des frais minimes pour couvrir les frais d'impression, d'expédition et de manutention), veuillez communiquer avec :

Institut canadien d'information sur la santé
Bureau des commandes
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120

À vous la parole

Nous serons heureux de connaître vos commentaires et suggestions sur le présent rapport et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. À cette fin, vous trouverez une feuille de rétroaction à la fin du rapport. Vous pouvez également envoyer vos commentaires par courriel à rappportsante@cihi.ca.

Partie A

L'équipe de santé



Chapitre 1

Qui est qui dans la santé



Qui est qui dans la santé

En 2000, plus de 1,5 million de personnes travaillaient dans la santé et les services sociaux partout au pays. Il s'agit d'environ un travailleur canadien sur 10. Plusieurs d'entre eux dispensent des soins directement aux patients. D'autres ont un rôle de soutien, enseignent, effectuent des recherches, administrent des programmes de santé ou ont d'autres responsabilités. Dans le présent rapport, nous traitons d'une vaste gamme de dispensateurs de soins de santé, y compris les dispensateurs réglementés et non réglementés, les prestataires familiaux et les aidants naturels.

Les soins infirmiers

Les soins infirmiers constituent la plus grande des professions de la santé. Les infirmières travaillent dans toutes sortes de milieux — des soins en situation de crise aux salles d'urgence débordées en passant par les soins de courte durée dans les hôpitaux. Elles peuvent aider les nouvelles mères à la maison ou promouvoir les politiques de santé publique, comme les endroits publics sans fumée. Elles font aussi de la recherche en milieu universitaire, travaillent dans les soins à domicile, et bien d'autres choses. On compte trois groupes réglementés : les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires*, et les infirmières autorisées en psychiatrie.

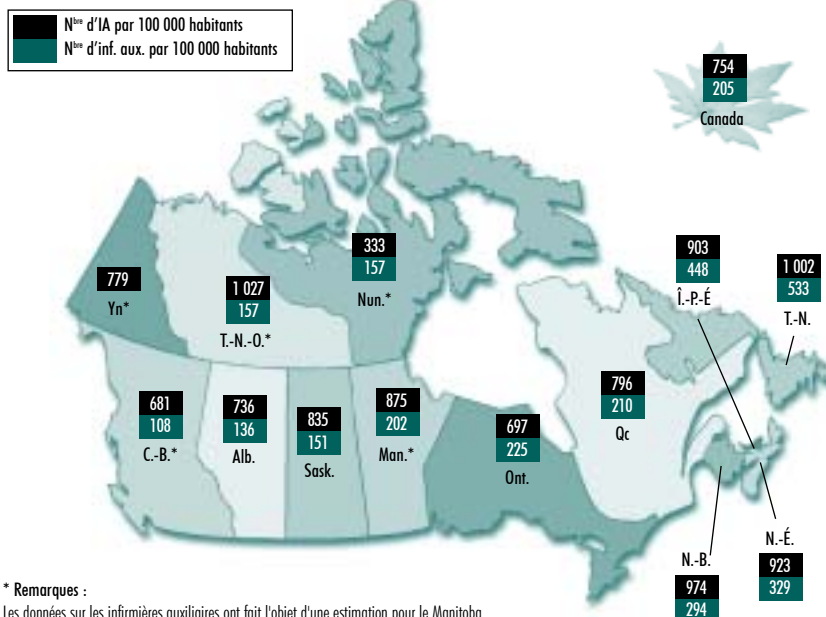


En 2000, plus de 232 000 IA (754 par 100 000 Canadiens) travaillaient en soins infirmiers au Canada. Il s'agit d'une hausse de presque 10 infirmières autorisées par 100 000

Canadiens par rapport à 1999, mais à peu près le même nombre qu'il y a cinq ans. Même si la plupart des IA (64 % en 2000) travaillent encore dans les hôpitaux, elles sont de plus en plus nombreuses dans le secteur de la santé communautaire. L'information sur les infirmières auxiliaires et les infirmières autorisées en psychiatrie est plus limitée. Toutefois, nous savons qu'en 2000, plus de 63 000 infirmières auxiliaires et plus de 5 000 infirmières autorisées en psychiatrie travaillaient au Canada. Seules les quatre provinces de l'Ouest décernent des permis de pratique aux infirmières autorisées en psychiatrie.

Les infirmières à l'échelle du pays

En 2000, on employait dans le secteur des soins infirmiers 754 infirmières autorisées pour 100 000 Canadiens et 205 infirmières auxiliaires pour 100 000 Canadiens. Mais les ratios des soins infirmiers par rapport à la population variaient au pays, comme on peut le voir au moyen de cette carte.



*** Remarques :**

Les données sur les infirmières auxiliaires ont fait l'objet d'une estimation pour le Manitoba.

Les données sur les infirmières auxiliaires ne sont pas disponibles pour le Yukon.

Les données sur les infirmières auxiliaires pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ne peuvent être séparées. Par conséquent, le même ratio (calculé au moyen des chiffres combinés sur la population) est déclaré pour les deux territoires.

Les données sur les infirmières auxiliaires de la Colombie-Britannique portent sur l'année 1999.

Sources : Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS; Base de données sur le personnel de la santé, ICIS

* Les infirmières auxiliaires s'appellent aussi infirmières auxiliaires immatriculées et infirmières auxiliaires autorisées dans différentes parties du pays.

Les médecins

Après les soins infirmiers, les médecins constituent le deuxième groupe en importance des professions réglementées de la santé. En 2000, l'ICIS a compté plus de 57 800 médecins en pratique clinique et non clinique au Canada. Il s'agit d'une augmentation de 5,3 % par rapport à cinq ans plus tôt. Pendant cette période, le nombre de spécialistes a connu une augmentation plus forte (7,4 %) que les omnipraticiens (3,2 %). En 2000, les spécialistes représentaient un peu moins de la moitié des médecins (49,6 %).

Les caractéristiques de la croissance variaient d'un endroit à l'autre au pays. Entre 1996 et 2000, on estime que l'Alberta a enregistré la croissance la plus prononcée dans le nombre de médecins (12,2 %).[†] La Nouvelle-Écosse (8,8 %), la Saskatchewan (6,5 %), la Colombie-Britannique (5,9 %) et le Manitoba (5,8 %) ont aussi connu une croissance importante. En Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, les augmentations ont été plus petites. Le nombre de médecins est demeuré stable à Terre-Neuve et a diminué de 12,8 % au Yukon et de 11,4 % dans les Territoires du Nord-Ouest/Nunavut.



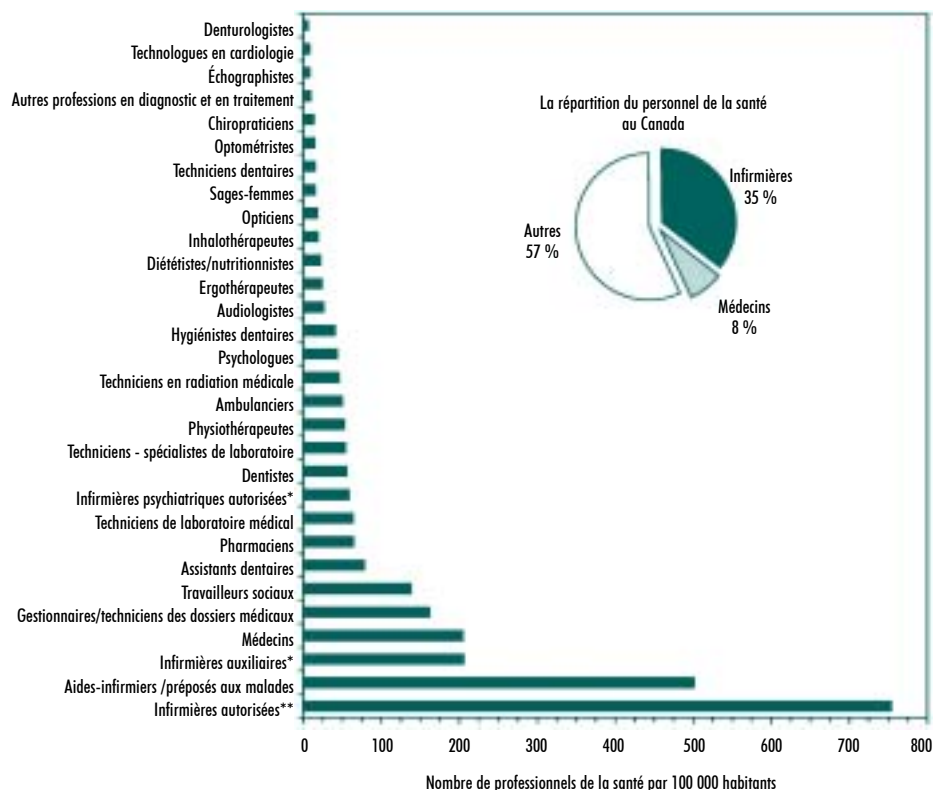
Les autres professions de la santé

Même si les soins infirmiers et la médecine constituent les deux plus grands groupes de dispensateurs de soins de santé réglementés, on en compte des douzaines d'autres qui travaillent partout au pays. Certains — comme les pharmaciens, les chiropraticiens et les dentistes — sont réglementés en vertu de lois. Ils sont beaucoup plus nombreux à ne pas l'être, comme les gestionnaires des soins de santé, les travailleurs du soutien à domicile et de nombreux praticiens de médecine complémentaire et parallèle.



Le partage des professionnels de la santé

Réunies, les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires ainsi que les infirmières psychiatriques autorisées représentent plus du tiers de tous les travailleurs en soins de santé. Le reste provient d'une vaste gamme de professions. Ce diagramme présente le nombre de professionnels de la santé pour 100 000 Canadiens pour les professions sélectionnées pour l'an 2000.



Remarque : les permis des infirmières psychiatriques autorisées ne sont délivrés qu'en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba, d'où le calcul du ratio de ce groupe au moyen des données démographiques de ces quatre provinces seulement.

Sources : Enquête sur la population active, Statistique Canada, à moins d'avis contraire.

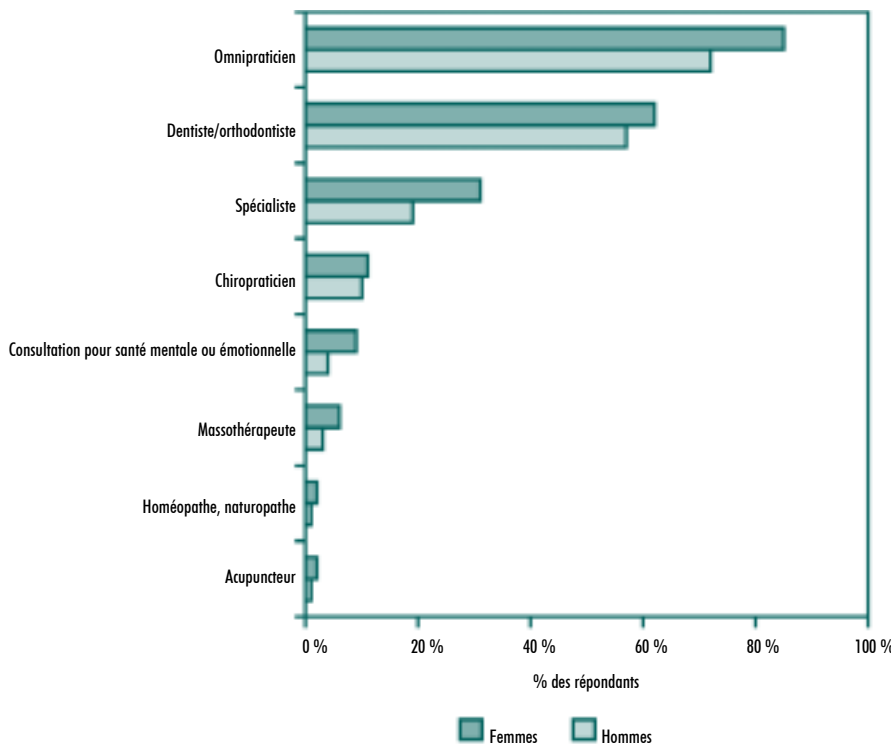
* Base de données sur le personnel de la santé, ICIS ** Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS

[†] En raison de questions récemment identifiées relatives à la transmission de données, cette estimation faisait l'objet d'une révision au moment de la publication.

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 posait des questions aux Canadiens de 12 ans et plus sur leur utilisation de plusieurs différents types de

Soins recherchés

La plupart des Canadiens âgés de 12 ans et plus (81 %) ont déclaré avoir consulté un omnipraticien ou un spécialiste au moins une fois dans l'année précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999. Ce graphique indique la proportion des personnes ayant déclaré avoir consulté divers dispensateurs de soins de santé sélectionnés, y compris des praticiens de médecine complémentaire et parallèle. Remarque : les consultations rattachées à la santé mentale ou émotionnelle peuvent avoir eu lieu avec divers professionnels, incluant des médecins de famille, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux et des conseillers.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

dispensateurs de soins. La plupart (85 % des femmes et 72 % des hommes) ont déclaré avoir consulté un omnipraticien au cours de l'année précédente. Les consultations avec d'autres types de dispensateurs étaient moins courantes.

Au fil des ans, les Canadiens peuvent avoir recours aux services de différents professionnels de la santé. Deux répondants sur cinq (40 %) ont dit avoir consulté, dans l'année précédant le sondage, trois types ou plus de dispensateurs de soins de santé, y compris des omnipraticiens/médecins de famille, des spécialistes de la vue, d'autres médecins, des dentistes ou des orthodontistes, des chiropraticiens, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux ou des psychologues, des orthophonistes/audiologistes/ergothérapeutes et des dispensateurs de médecine complémentaire et parallèle. Un peu plus de 5 % ont déclaré avoir consulté entre cinq et 10 dispensateurs.

Se soigner soi-même

Dans certains cas, les Canadiens demandent aux dispensateurs conventionnels de les soigner mais, pour des problèmes mineurs, ils se soignent souvent eux-mêmes. Par exemple, environ le tiers (31 %) des répondants à l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 ont déclaré avoir eu un mal de gorge, un rhume ou la grippe au cours du mois précédent. Lorsque les premiers symptômes sont apparus, la plupart (58 % des hommes; 67 % des femmes) se sont soignés eux-mêmes.¹ Les choix qu'ils ont fait le plus souvent étaient de prendre des médicaments en vente libre (67 % des hommes et 73 % des femmes), ou encore de réduire leurs activités ou de se reposer davantage (54 % et 65 %).

Qu'ont fait les autres? Environ le cinquième (23 % des hommes et 17 % des femmes) ont ignoré les symptômes. Ils étaient encore moins nombreux à se rendre à une clinique, un centre de santé communautaire ou un cabinet de médecin. À 11 %, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes (7 %) de demander des soins. Et moins d'un pour cent des Canadiens se sont rendus à l'urgence aux premiers symptômes.²

Les autres membres de l'équipe

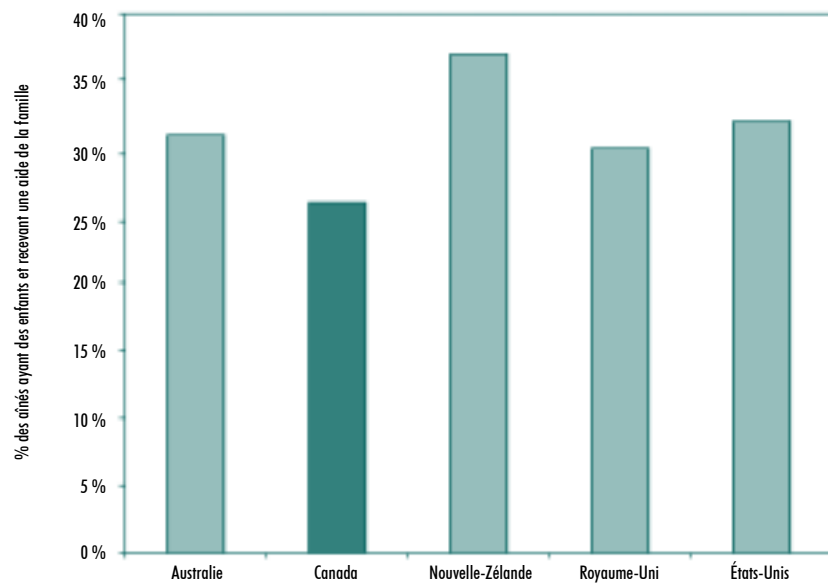
Les membres de la famille, les amis et les bénévoles dispensent également des services de façon informelle aux personnes blessées, malades ou frappées d'incapacité pour de courtes ou de longues périodes.

Selon Statistique Canada, 2,1 millions de Canadiens adultes ont prêté leur appui à une ou plusieurs personnes âgées souffrant de problèmes de santé à long terme en 1996.³ Quarante-vingt pour cent des soignants étaient des membres de la famille, y compris les conjoints, les enfants adultes, les frères ou les soeurs, et la famille élargie. La plupart (61 %) étaient des femmes. Le plus souvent, ils faisaient les travaux ménagers, prêtaient main forte pour les soins d'hygiène personnelle ou apportaient un appui émotionnel. Les hommes étaient plus susceptibles de faire des travaux d'entretien et de réparation de la maison. Les soignantes aidaient en moyenne cinq heures par semaine et les soignants, trois heures.

De nombreux répondants croyaient qu'il s'agissait d'une occasion de renforcer les liens avec la personne qu'ils soignaient ou de « rembourser » la personne ou la société en général. À l'opposé, certains ont connu un sentiment de culpabilité, des troubles du sommeil et des changements dans leurs activités sociales, y compris le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour eux. Certains ont aussi déclaré avoir encouru des dépenses additionnelles et avoir perdu des revenus à cause de retards dans l'emploi ou les études. Pour les hommes comme pour les femmes, les demandes contradictoires, y compris un emploi à temps plein et diverses autres responsabilités de soins, ont augmenté l'impact social, psychologique et économique sur leur vie.

Les soignants familiaux : Une perspective internationale

En 1999, 26 % des aînés au Canada ayant des enfants ont signalé que ces derniers les aidaient souvent lorsqu'ils étaient malades. Les taux des autres pays étudiés par le Fonds du Commonwealth allaient de 30 à 37 %.



Source : Sondage de 1999 du Fonds du Commonwealth sur les politiques en matière de santé

Les soins de relève au Canada

Dans un sondage récent,⁴ les soignants familiaux non payés et les bénévoles ont indiqué, entre autres, avoir besoin d'être reconnus, respectés et de recevoir de la formation. Ils ont aussi demandé des solutions de rechange sous forme de soins de relève. Au milieu des années 1990, l'Association canadienne de soins et services communautaires (ACSSC) a entrepris une étude nationale des soins de relève.⁵ Les premiers résultats ont mis en évidence le besoin pour ce type de service. Par contre, l'étude a aussi révélé que les services qui étaient disponibles étaient sous-utilisés. Selon les chercheurs, cela se produisait surtout parce que les soignants ne connaissaient pas les services offerts. Dans la Phase II de ce projet, l'ACSSC a mis sur pied des programmes de soins de relève à Ste-Thérèse de Blainville, Winnipeg et Nanaimo. Les évaluations semblent indiquer que les programmes de soins de relève doivent être intégrés à d'autres types de programmes de soins et que les soignants ont besoin d'être reconnus comme des clients légitimes.

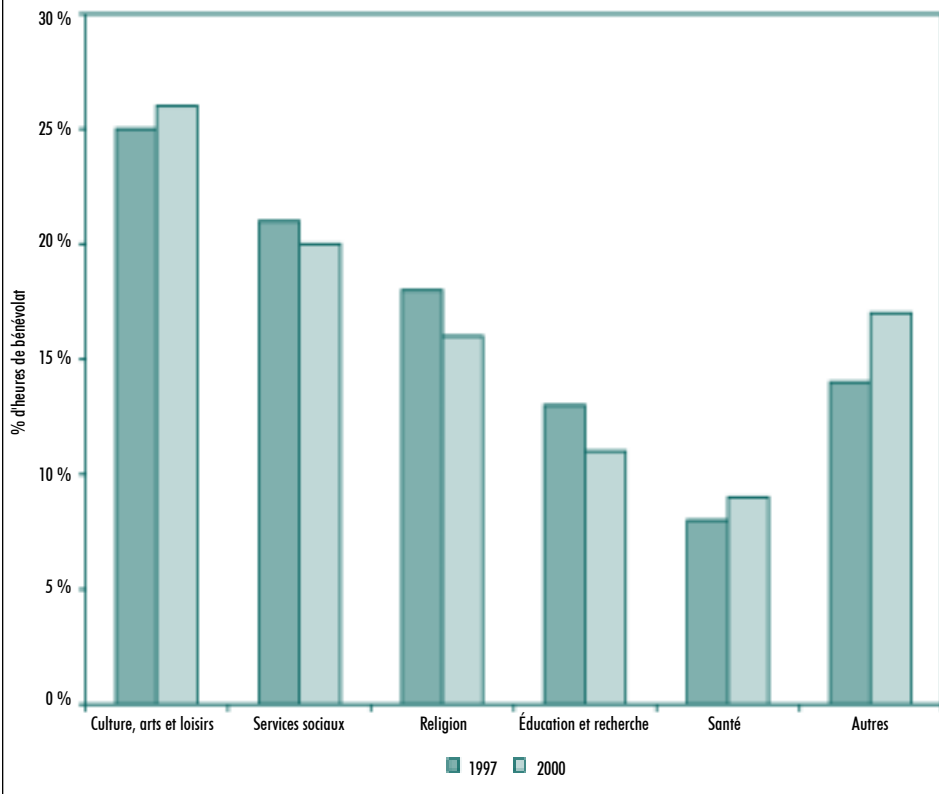
Des sondages récents confirment que les Canadiens sont encore nombreux à soigner d'autres personnes. Par exemple, plus des trois quarts des Canadiens (77 %) ont déclaré avoir fourni de l'aide gratuitement et un à un en 2000.⁶ Il s'agit d'une hausse par rapport à 73 % en 1997. Parmi ceux qui ont apporté leur aide en 2000, 42 % ont soigné des malades ou des personnes âgées.

En plus d'agir comme soignants pour des amis ou des membres de la famille, les Canadiens donnent aussi de leur temps à des groupes ou à des organisations.

Selon un sondage récent de Statistique Canada, les organismes de santé ont bénéficié d'environ 9 % des 1,05 milliard d'heures que les Canadiens ont donné en 2000 à titre de bénévoles.⁶ Il s'agit d'une proportion un peu plus élevée qu'il y a trois ans (8 % en 1997) — mais d'un ensemble moins grand. Les Canadiens ont donné 1,11 milliard d'heures en 1997.

Le bénévolat en hausse dans les soins de santé

Les données provenant de sondages nationaux sur le bénévolat réalisés en 1997 et 2000 indiquent une augmentation du pourcentage d'heures de bénévolat que les Canadiens ont déclaré avoir fait auprès d'organismes de santé. Toutefois, certains autres secteurs ont accusé une diminution.



Source : Hall, M., L. McKeown et K. Roberts (2001).
Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation.
 Statistique Canada, Catalogue 71-542-XIE

Pour en savoir davantage

¹ STATISTIQUE CANADA. La santé de la population canadienne, Rapport annuel de 2001. *Rapports sur la santé*, 12(3). N° au catalogue 82-003-XPF, 2001.

² INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*. Ottawa : ICIS, 2000.

³ DIVISION DES STATISTIQUES SOCIALES, DU LOGEMENT ET DES FAMILLES, STATISTIQUE CANADA. *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences*. Ottawa : Statistique Canada, 1999.

⁴ DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. *Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile, Résultats préliminaires*. Ottawa : DRHC, 2001.

⁵ ASSOCIATION CANADIENNE DES SOINS ET SERVICES COMMUNAUTAIRES. *Projet national de soins de relève — Résumé*, 1998. www.cacc-acssc.com/

⁶ STATISTIQUE CANADA. *Canadiens dévoués, Canadiens engagés. Points saillants de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*. Ottawa : Statistique Canada, 2001. http://www.statcan.ca/francais/freepub/71-542-XIF/free_f.htm

Chapitre 2

Devenir un dispensateur de soins



Devenir un dispensateur de soins

La médecine et la guérison sont des arts anciens, généralement pratiqués par des personnes précises au sein d'une collectivité. Par le passé, les connaissances sur la façon de se garder en santé et de soigner les malades étaient transmises d'une génération à une autre. Certaines de ces traditions persistent. Mais les systèmes d'enseignement réguliers pour les professionnels de la santé ont aussi évolué avec le temps. Aujourd'hui, la plupart des gens travaillant dans les soins de santé (87 %)* ont au moins une formation postsecondaire.

Pour de nombreux professionnels de la santé, la formation officielle ne constitue qu'un premier pas. Certains doivent passer d'autres tests, entreprendre une pratique clinique bien encadrée ou d'autres étapes avant d'être autorisés à exercer.

Première partie : Apprendre à dispenser les soins

Chaque année, des milliers de Canadiens — des jeunes et des moins jeunes — s'inscrivent pour être formés à titre de professionnels de la santé. Ils ont le choix entre des douzaines de programmes universitaires, collégiaux et autres d'un bout à l'autre du pays.

La durée de ces programmes varie entre quelques semaines et plusieurs années. Pour certains programmes, comme la pharmacie et l'optométrie, les étudiants doivent avoir complété des études de premier cycle avant de pouvoir s'inscrire. Pour d'autres, comme les

soins infirmiers et l'assistance dentaire, les étudiants peuvent s'inscrire immédiatement après l'école secondaire.

Les cours de base de plusieurs programmes sont semblables. Que vous étudiez en médecine ou en massothérapie, vous commencerez probablement par des cours comme biologie, physiologie, anatomie et pathologie. La formation clinique est aussi une partie importante du processus de formation et se déroule en classe et dans des milieux de pratique supervisés. Plusieurs programmes contiennent également une formation dans d'autres domaines, comme les méthodes de recherche, l'administration des affaires et la déontologie.



La prochaine génération

Certains programmes de formation en soins de santé sont offerts à l'échelle du pays. D'autres sont offerts seulement à quelques endroits. En outre, une province peut accueillir un programme de formation pour le compte de quelques secteurs de compétence, peut-être parce que le nombre d'étudiants n'est pas suffisant pour justifier plusieurs programmes séparés. Ce tableau présente le nombre de personnes diplômées en 1988 et 2000 dans des disciplines sélectionnées des soins de santé qui ont fait l'objet de réglementation dans les dix provinces en février 2000 et pour lesquelles les provinces/territoires offraient des programmes de formation de base pour l'année scolaire 2000-2001.

	N ^{me} dipl 1998	N ^{me} dipl 2000	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Nun.	Yn	T.-N.-O
Chiropraticiens ¹	134	239					✓	✓							
Hygiénistes dentaires ²	349	640			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Dentistes	504	459			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Infirmières auxiliaires	2 589	2 817	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Ergothérapeutes	368	583			✓		✓	✓	✓		✓	✓			
Optométristes	100	95					✓	✓							
Pharmaciens	722	876	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Physiothérapeutes	444	623			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Médecins	1 781	1 578	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Infirmières autorisées ^{3,4}	9 246	5 116	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

¹ L'Université du Québec à Trois-Rivières a décerné les premiers diplômes en 1998 pour ce programme.

² Les statistiques ne sont pas disponibles pour 2000; on présente celles de 1997.

³ Englobe les diplômes, les baccalauréats de base et les programmes de baccalauréat de niveau avancé pour les infirmières autorisées.

⁴ Les statistiques pour 2000 ne sont pas disponibles; on présente les statistiques préliminaires de 1999.

Remarque : en 1999, 15 écoles décernant des diplômes n'ont remis aucun rapport.

Sources : Données sur les diplômés (sauf les médecins et les infirmières autorisées) : Base de données sur le personnel de la santé, ICIS.

Données sur les diplômés en médecine : *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada*, 2000,

Association des facultés de médecine du Canada, 2000.

Données sur les diplômés en sciences infirmières : Division des politiques, de la réglementation et de la recherche,

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2001.

Programmes de formation : Développement des ressources humaines Canada, 2001. www.canlearn.ca,

* Ne comprend pas les titulaires d'un certificat de compétences.

Offre d'emploi : Précepteur

Les étudiants dans les programmes de santé passent beaucoup de temps en classe. Mais ils passent aussi beaucoup de temps — entre le tiers et la moitié de leur programme — en stage clinique. Ces stages sont supervisés, souvent par des professionnels cliniciens (ou « précepteurs ») qui se portent volontaires.¹

Certains programmes ont eu des difficultés à recruter des précepteurs. Par exemple, deux rapports publiés récemment ont identifié des obstacles au recrutement de précepteurs, dont les demandes concurrentielles (p. ex. le temps consacré à la formation des étudiants par rapport au temps consacré aux patients) et les coûts associés à la formation des étudiants.^{2,3} On a proposé quelques approches pour résoudre ces problèmes. Ainsi, une étude des infirmières préceptrices dans un grand hôpital d'enseignement de Toronto en 1995 a conclu qu'elles étaient plus dévouées à leur rôle lorsque les avantages, la rémunération et les appuis étaient substantiels.⁴

Au fil du temps, les exigences en formation sont devenues de plus en plus nombreuses pour plusieurs professions, peut-être en réponse à la croissance des connaissances professionnelles, technologiques, et d'autres facteurs. Par exemple, l'Université de Toronto a remis le premier doctorat en chirurgie dentaire au Canada en 1889. Les 25 candidats reçus ont suivi quatre mois d'enseignement théorique et ont passé un examen. Aujourd'hui, les candidats au même diplôme doivent avoir suivi au moins trois ans de formation universitaire avant d'être admis au programme. Suivent quatre ans de cours avant l'obtention du diplôme.

Les soins infirmiers offrent un exemple plus récent. Jusque dans les années 1960, la plupart des infirmières recevaient leur formation de base dans des programmes de soins infirmiers en milieu hospitalier. Puis, les choses ont changé et la formation était alors dispensée dans les collèges et les universités.

Pendant bon nombre d'années, le programme le plus populaire a été un programme de collège communautaire de deux ou trois ans. Cela change. Les associations d'infirmières au Canada se dirigent vers l'adoption d'un baccalauréat en sciences infirmières (généralement quatre ans) comme exigence minimale pour les nouvelles infirmières commençant l'exercice de la profession. Ces changements récents dans les

exigences scolaires ne touchent que celles qui commencent leur carrière. Les infirmières déjà en exercice et titulaires d'un diplôme n'auront probablement pas besoin d'un grade pour continuer à pratiquer. Déjà, les étudiants en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard doivent obtenir un baccalauréat en sciences infirmières puisqu'il n'y a plus de programmes menant à un diplôme dans ces provinces. Ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et des territoires ont encore le choix entre un programme menant à un diplôme ou à un grade. En 2005, l'Ontario se joindra au premier groupe.

Une formation spécialisée supplémentaire est aussi offerte. Par exemple, les infirmières autorisées peuvent opter pour un diplôme universitaire supérieur ou une formation menant à l'un des 11 certificats de spécialité. Ces certificats s'obtiennent sur une base volontaire et, en général, ne constituent pas une exigence pour travailler comme infirmière. Par contre, la législation en Alberta, en Ontario et à Terre-Neuve permet aux infirmières qui possèdent certains types de formation spécialisée d'être reconnues à titre d'« infirmière praticienne ».[†] Elles peuvent dispenser toute une gamme de services, comme demander des tests spécifiques, diagnostiquer des malaises courants et prescrire certains médicaments.

Les dispensateurs de soins de demain

Les diplômés des programmes de formation d'aujourd'hui sont les dispensateurs de soins de demain. Le nombre et le type de diplômés auront des répercussions importantes sur l'avenir de notre système de santé, tout comme le lieu de leur pratique et leur façon de travailler.

[†] Récemment, la Nouvelle-Écosse a également apporté des changements à sa Loi sur les soins infirmiers pour autoriser les infirmières praticiennes, mais ils n'avaient pas été adoptés au moment de la publication.

Types de diplômés

Le nombre d'étudiants diplômés des programmes de formation, ainsi que leur combinaison, ont changé avec le temps. Ainsi, plus d'étudiants en physiothérapie, en ergothérapie et en hygiène dentaire ont obtenu leur diplôme en 2000 qu'en 1998. Pendant la même période, le nombre de diplômés des programmes de médecine et de dentisterie a diminué.

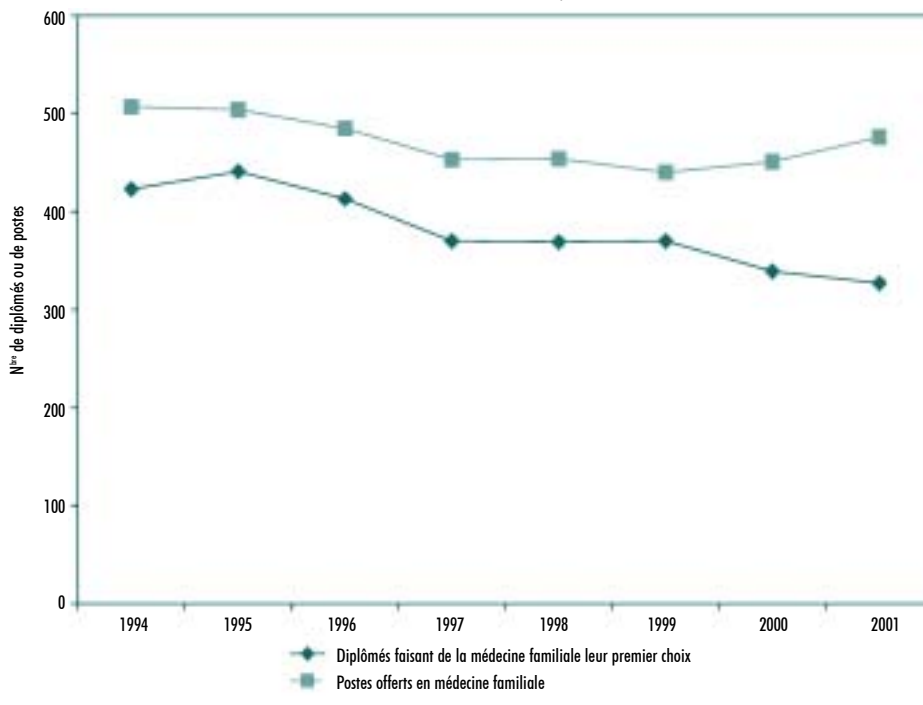
D'autres changements se produiront sûrement à l'avenir. Les diplômés en soins infirmiers, médecine, et certaines autres professions, seront probablement plus nombreux dans un proche avenir. En effet, plusieurs provinces ont récemment annoncé des augmentations dans le nombre de places disponibles pour la formation dans ces domaines.

Chaque année, partout au pays, plusieurs programmes reçoivent plus de demandes d'inscription que le nombre de places disponibles. Cela signifie qu'il ne suffit pas de répondre aux exigences minimales d'admissibilité pour être accepté à un programme. Par exemple :

- L'Université de Toronto reçoit presque 700 demandes pour son programme de pharmacie chaque année et n'en accepte environ que le quart (180 demandes).⁵
- En 2000, seulement 24 % (78 sur 319) des demandes pour le programme d'optométrie de l'Université de Montréal ont été acceptées.⁶
- Depuis l'année scolaire 1996-1997, le nombre de demandes d'inscription dans les programmes de médecine dépasse le nombre de places disponibles dans une proportion de presque 13 contre 1.^{7†}
- En 1999, 5 729 étudiants ont été admis à des programmes de soins infirmiers. Plus de 12 000 demandes avaient été faites.^{8‡}

Choisir la médecine familiale

Chaque année, les diplômés des facultés de médecine choisissent une spécialité. Selon le Service canadien de jumelage des résidents, plus de places en médecine familiale ont été récemment offertes, mais moins d'étudiants en font leur premier choix.



Source : Service canadien de jumelage des résidents, *Rapport sur le jumelage des résidents*

Le jumelage des candidats et des postes de formation est aussi une tâche difficile dans certaines professions. Par exemple, les diplômés des facultés de médecine doivent se spécialiser ou non. En médecine, le nombre de places de formation est plus élevé en médecine familiale que dans tout autre discipline. Par contre, depuis plusieurs années, le nombre de places disponibles dépasse le nombre de candidats qui en font leur premier choix. Par ailleurs, selon le Service canadien de jumelage des résidents, les candidats voulant se spécialiser de préférence en dermatologie, en ophtalmologie ou en chirurgie plastique étaient plus nombreux que le nombre de places disponibles dans une proportion de deux contre un en 2001.

† En raison du nombre de programmes de formation disponibles au Canada, certains candidats font une demande à plus d'un programme. Par conséquent, le nombre de demandes est plus élevé que le nombre de candidats individuels.

À l'opposé, aucun candidat n'a indiqué la pathologie générale, la microbiologie médicale ou la chirurgie thoracique comme premier choix.

Virages démographiques

Aujourd'hui, plus de femmes que d'hommes travaillent dans les soins de santé. Les inscriptions aux programmes universitaires indiquent que cette tendance se poursuivra. En 1998-1999, selon Statistique Canada, environ 38 000 étudiants étaient inscrits à des programmes de santé de premier cycle, à temps plein ou partiel. Plus des trois-quarts (76 %) étaient des femmes. Elles formaient aussi une partie importante de la population étudiante à temps partiel, soit 89 %, par rapport à 72 % des étudiants à temps plein.

Ces tendances générales sont également vraies pour la plupart des professions. Mais, pour certaines d'entre elles, la combinaison change. Par exemple, la médecine a historiquement été une profession à prédominance masculine. En 1958, seulement 5,3 % des diplômés en médecine étaient des femmes. Depuis, l'inscription des femmes a augmenté de façon constante. En 1996, elles étaient plus nombreuses que les hommes à obtenir leur diplôme.

Ces tendances sont importantes pour bien des raisons, comme les différences dans les caractéristiques de pratique des hommes et des femmes. Ainsi, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être des médecins de famille. Elles ont aussi tendance à choisir des spécialités différentes, comme la pédiatrie et l'obstétrique/gynécologie. De plus, les femmes médecins travaillent souvent moins d'heures par semaine que leurs collègues masculins; elles présentent également d'autres différences de pratique (pour plus de renseignements, voir le chapitre *Travailler dans la santé*).

Préférences des diplômés en médecine

Tous les ans, un service pancanadien assure le jumelage des diplômés en médecine aux postes de résidence offerts. Ce tableau présente le nombre de demandeurs qui ont indiqué une spécialité donnée comme premier choix en 2001 et le nombre de postes offerts pour les programmes de résidence choisis. Remarque : la différence entre le nombre de demandeurs et le nombre de places offertes peut être moins élevée après la seconde phase du processus de jumelage.

	# 1 ^{er} choix demandeurs	Contingent
Anesthésie	76	58
Anatomopathologie	3	7
Chirurgie cardiaque	7	8
Médecine communautaire	10	8
Dermatologie	13	5
Radiodiagnostic	63	39
Médecine d'urgence	30	17
Médecine familiale*	296	415
Médecine familiale en milieu rural	31	61
Pathologie générale	0	3
Chirurgie générale	48	61
Médecine interne	151	165
Médecine de laboratoire**	10	17
Générité médicale	3	5
Neurologie	21	16
Neurologie pédiatrique	1	2
Neurochirurgie	11	12
Médecine nucléaire	5	3
Obstétrique/gynécologie	36	49
Médecine du travail	1	1
Ophthalmologie	35	16
Chirurgie orthopédique	33	38
Oto-rhino-laryngologie	20	13
Pédiatrie	88	64
Physiatrie et réadaptation	11	12
Chirurgie plastique	26	10
Psychiatrie	72	81
Radio-oncologie	12	17
Chirurgie thoracique	0	1
Urologie	19	15
Total	1 132	1 219

* Englobe sept postes parrainés par le milieu militaire.

** Englobe l'hématologie et la neuropathologie.

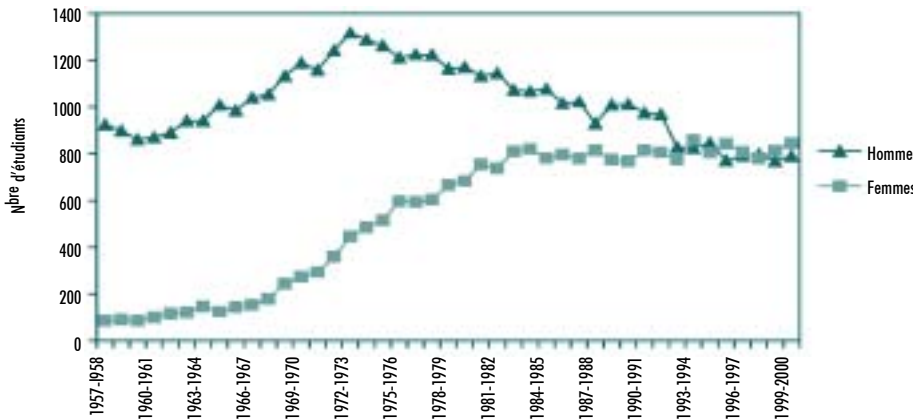
Source : Rapport sur le jumelage des résidents — 2001, Service canadien de jumelage des résidents

La nature de la profession médicale change aussi d'autres façons. Par exemple, l'âge moyen des étudiants en médecine augmente. Entre 1977-1978 et 1999-2000, la proportion d'étudiants âgés entre 19 et 28 ans s'inscrivant à une faculté de médecine est demeurée relativement constante (environ 85 %). Mais les candidats de plus de 28 ans étaient beaucoup plus nombreux (de 7,4 % à 12,5 %). Et ceux de moins de 19 ans étaient moins

nombreux (de 5,3 % à 1,9 %).⁹ Par conséquent, l'âge moyen à l'obtention du diplôme est plus élevé. Cette situation peut avoir diverses répercussions, y compris la durée de la carrière médicale d'un diplômé typique.

Inscription à une faculté de médecine — Différences entre les hommes et les femmes

L'inscription à la première année à une faculté de médecine au Canada a évolué entre les hommes et les femmes au fil des ans. Jusqu'au début des années 1990, on notait tous les ans une inscription plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Dans les années 1990, on comptait un nombre semblable d'inscriptions entre les hommes et les femmes. Pour la première fois, en 1993-1994, les femmes étaient plus nombreuses à s'inscrire.



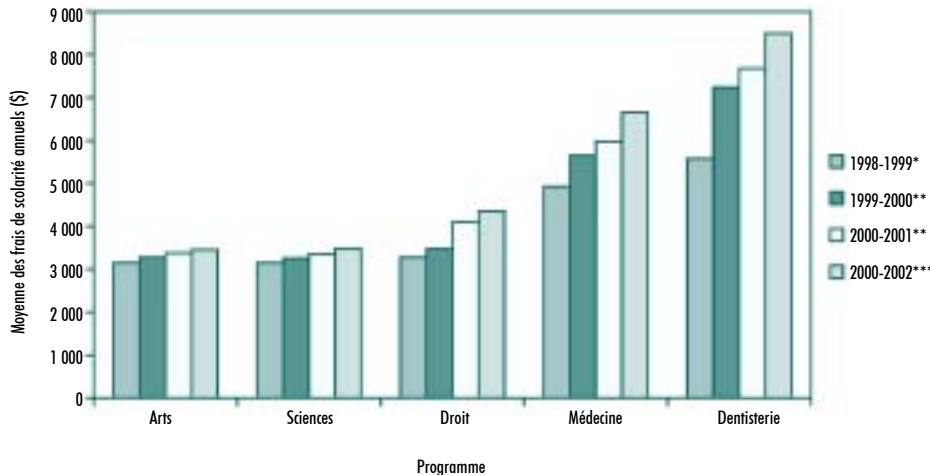
Source : Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada, Association des facultés de médecine du Canada.

Le lieu d'apprentissage est important

Les étudiants d'un bout à l'autre du pays partagent de nombreuses expériences, mais il peut y avoir des différences importantes d'un programme à un autre. Ainsi, les frais de scolarité peuvent varier, tout comme la durée et le contenu des programmes. Certaines études semblent indiquer que le lieu de la formation peut peser dans la balance lorsqu'un étudiant décide où et comment exercer sa profession.¹⁰

Les frais de scolarité dans le domaine de la santé

Les frais de scolarité moyens augmentent dans les universités canadiennes. Les programmes médicaux et dentaires comptent des frais de scolarité plus élevés en moyenne pour les programmes de premier cycle que les autres facultés — et on note des augmentations plus prononcées depuis 1998-1999. Ce diagramme présente une moyenne des frais de scolarité des programmes de premier cycle par année et type de programmes. À l'aide des données les plus actuelles sur l'inscription, les moyennes sont pondérées selon le nombre d'étudiants inscrits à chaque université par programme.



Sources : *Statistique Canada, (25 août 1999). Frais de scolarité à l'université. *Le Quotidien*.
 ** Statistique Canada, (28 août 2000). Frais de scolarité à l'université. *Le Quotidien*.
 *** Statistique Canada, (27 août 2001). Frais de scolarité à l'université. *Le Quotidien*.

Payer pour la formation en soins de santé

Au Canada, les coûts associés à la formation des professionnels de la santé sont partagés. Les gouvernements octroient un financement de base aux collèges et aux universités. Les étudiants paient des frais de scolarité, parfois au moyen de bourses d'études. Les subventions de recherche, les frais pour les services cliniques, ainsi que d'autres activités, subventionnent aussi en partie certains programmes de formation.¹¹ De plus, de nombreux organismes de soins de santé prêtent leur personnel et leur équipement pour appuyer la formation clinique.

Les frais de scolarité moyens dans les universités canadiennes ont augmenté régulièrement dans les dernières années.¹² Cette observation est valable pour les programmes de premier, de deuxième et de troisième cycles et la plupart des types de programmes. On observe aussi des différences marquées dans les frais de scolarité d'un bout à l'autre du pays, à la fois au sein des programmes et entre ceux-ci. Par exemple, les frais de scolarité de certaines facultés de médecine sont le quadruple de ceux demandés dans d'autres universités. Les différences sont encore plus prononcées dans les programmes de dentisterie.

Pourquoi de si grandes différences entre les provinces? Elles peuvent s'expliquer en partie par les politiques provinciales en matière de frais de scolarité. Certaines provinces — comme la Colombie-Britannique — ont adopté, il y a plusieurs années, une législation pour geler les frais de scolarité des étudiants canadiens. D'autres — comme l'Ontario — ont récemment « déréglementé » les frais de scolarité pour certains programmes, dont la médecine et la dentisterie. En vertu de cette politique, les universités établissent leurs propres frais (souvent plus élevés).

En 1995 (avant la déréglementation des frais de scolarité), les étudiants des programmes de premier cycle pour les professions de la santé (en excluant la dentisterie et la médecine) étaient en moyenne plus endettés à la fin de leurs études que ceux dans d'autres programmes menant à un diplôme ou à un grade. Par contre, après deux ans, les premiers avaient réduit leur dette davantage que ceux qui n'avaient pas étudié dans un domaine lié à la santé.¹³

Lieu de formation

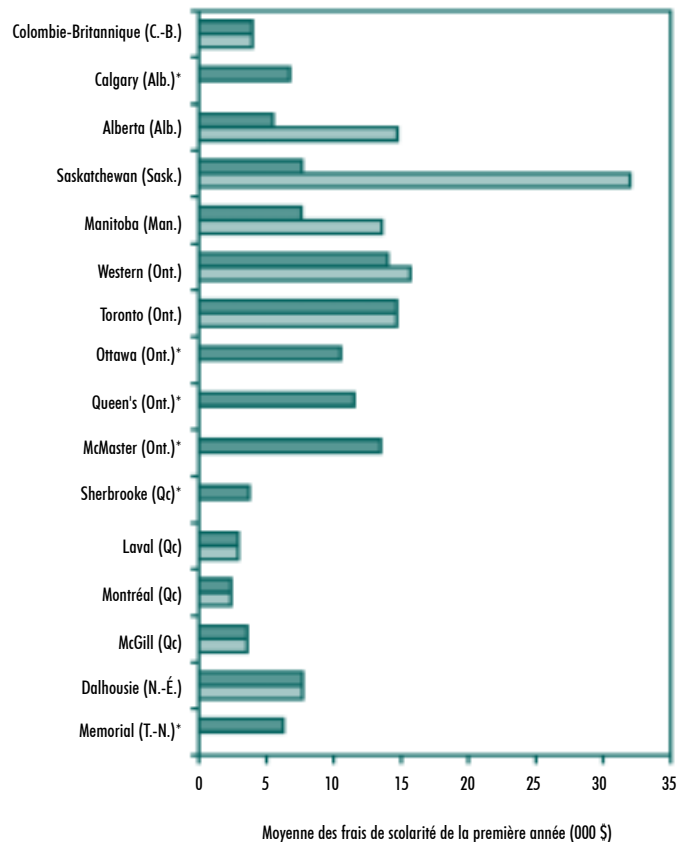
Le lieu de formation des étudiants peut aussi influencer leur pratique après l'obtention de leur diplôme. En effet, des recherches permettent de penser qu'il y a un lien entre où les médecins sont élevés, où ils sont formés et où ils pratiquent.^{10,14}

Par exemple, les médecins formés dans les régions rurales ou isolées, ou qui se spécialisent en médecine rurale, sont plus susceptibles d'y travailler.

Dans certaines parties des États-Unis, en Norvège et en Australie, l'élargissement des programmes de formation en milieu rural a porté fruit quant au recrutement et au maintien en poste des médecins dans les régions rurales.¹⁵ Cette approche est aussi mise à l'essai au Canada. La première nouvelle faculté de médecine au Canada en 30 ans ouvrira ses portes

Comment comparer les frais

La moyenne des frais de scolarité en 2001-2002 pour les résidents canadiens à leur première année de dentisterie ou de médecine varie largement à l'échelle du pays, comme on le voit dans ce diagramme. Les étudiants peuvent également être tenus de payer des frais autres que scolaires. Ces frais varient d'un programme à l'autre. Remarque : les universités québécoises demandent des frais moins élevés aux résidents de la province qu'aux autres Canadiens. Ce diagramme présente les frais imposés aux résidents québécois. L'Université de la Saskatchewan offre une bourse de 18 000 \$ (renouvelable pour trois autres années au même niveau de financement) aux 15 meilleurs résidents de la Saskatchewan qui sont admis au collège de dentisterie tous les ans. Divers programmes de bourses d'études existent également dans d'autres établissements.



*Ces universités n'offrent pas de programmes de dentisterie.

■ Médecine ■ Dentisterie

Source : Données compilées par l'ICIS d'après les renseignements obtenus sur les frais de scolarité dans les divers sites Internet des universités.

dans le nord de l'Ontario en 2004. Le campus principal sera situé à l'Université Laurentienne à Sudbury. Certains stages cliniques auront lieu à Thunder Bay. De même, l'Université du nord de la Colombie-Britannique (UNBC) et l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) ont proposé de créer un programme de médecine dans le Nord. Il commencerait en 2004 au plus tard, et les étudiants recevraient un diplôme de l'UBC. La moitié de leurs études prendraient place à l'UNBC à Prince George et l'autre moitié, à l'UBC.¹⁶

Des stratégies connexes sont aussi mises à l'essai pour d'autres professions. Par exemple, le *Saskatchewan Indian Federated College* a récemment commencé à offrir un programme d'un an pour aider les étudiants autochtones à se diriger en soins infirmiers. Le collège prévoit offrir à l'avenir un programme complet de diplôme en sciences infirmières.¹⁷

Qui est réglementé et à quel endroit?

Plus de 30 professions de la santé sont actuellement réglementées dans au moins un territoire/province. Ce tableau dresse un sommaire de la situation de la réglementation à partir de février 2000. Depuis, certains changements ont été apportés. En outre, la Colombie-Britannique est récemment devenue la première province à régir les praticiens de la médecine chinoise. Ils seront régis par le mandat du Collège des acupuncteurs de la Colombie-Britannique.

	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.-N.-O.	Nun.
Hygiénistes dentaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dentistes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	#	✓	✓	✓
Infirmières auxiliaires/aides-infirmières	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Médecins**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Optométristes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pharmaciens	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Infirmières autorisées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chiropraticiens	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Denturologistes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psychologues	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opticiens d'ordonnances/opticiens	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Physiothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ergothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prothésistes/techniciens dentaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diététistes et nutritionnistes	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assistants dentaires accrédités	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Travailleurs sociaux	✓	✓	✓	✓	✓	+++	✓	✓	✓	##	✓	✓	✓
Podologues/podiatres	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Techniciens en radiation médicale/technologues en radiologie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	++	✓	✓	✓	✓
Audioprothésistes/spécialistes de l'acoustique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Techniciens spécialistes de laboratoire médical	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Naturopathes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Inhalothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+	✓	✓	✓
Orthophonistes et audiologistes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dentothérapeutes	***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sages-femmes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	^	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Infirmières psychiatriques autorisées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ostéothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	===	x	==	==	✓	✓	✓
Acupuncteurs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Techniciens ambulanciers - médicaux d'urgence/ambulanciers	✓	✓	✓	✓	✓	✓	+	+	+	✓	+	✓	✓
Massothérapeutes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Technologues de laboratoire et/ou autorisés	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Remarque s :

- ✓ réglementé
- ^ loi à venir
- ** comprend les omnipraticiens et les spécialistes
- *** à l'étude
- x loi devant être abrogée
- # réglementé en vertu de la Loi sur les dentistes
- ## réglementé en vertu de la Loi sur les travailleurs sociaux

- + ne fait pas l'objet d'une auto-réglementation
- ++ ne comprend pas les électroneurophysiologues
- +++ auto-réglementation par le ministère des Services sociaux et communautaires
- Diététistes — oui; nutritionnistes - non
- == régi par le Collège des médecins et chirurgiens
- === Loi sur l'ostéopathie abrogée

Deuxième partie : Après les études

Pour plusieurs professions de la santé, un grade ou un diplôme n'est qu'un début. De nombreux diplômés doivent passer un examen pour obtenir l'autorisation d'exercer ou répondre à d'autres exigences pour pratiquer de façon indépendante. Dans le cas des professions réglementées en vertu de lois, il peut être illégal d'effectuer certains types de travail (p. ex. chirurgie) ou de s'approprier un titre professionnel (p. ex. diététiste) sans avoir satisfait aux exigences.

La réglementation des professions de la santé

Les gouvernements réglementent bien des choses que les gens font tous les jours ou dans leur travail, surtout s'il y a un risque pour le public. Vous devez avoir un permis pour conduire une automobile. Vous devez avoir un permis pour agrandir votre maison. Et un chirurgien qui enlève votre appendice a besoin d'un permis pour pratiquer la médecine. En fait, plus de 30 professions de la santé sont maintenant réglementées en vertu de lois dans au moins une province ou un territoire. Et la liste s'allonge.

Comprendre la réglementation

La réglementation des professions peut se faire sous forme de délivrance d'un certificat, d'autorisation d'exercer ou d'enregistrement. Dans le cas de la délivrance d'un certificat, les personnes qui répondent à certaines exigences peuvent obtenir un certificat leur permettant d'utiliser un titre en particulier. Par exemple, dans certaines provinces, seulement les personnes possédant certaines compétences peuvent se donner le titre de physiothérapeute, d'hygiéniste dentaire ou de diététiste. Les personnes non accréditées peuvent effectuer un travail similaire mais n'ont pas le droit d'utiliser les titres.

Dans le cas de l'autorisation d'exercer, seules les personnes possédant un permis peuvent légalement effectuer certains types de travail.¹⁸ Ainsi, seuls certains dispensateurs autorisés à exercer la profession peuvent donner des médicaments de prescription à des patients. Une personne non autorisée peut être accusée d'une infraction en vertu de la loi.

Certains secteurs de compétence ou certaines associations professionnelles peuvent aussi exiger que les membres des groupes professionnels s'enregistrent, même si la profession n'est pas réglementée en vertu d'un cadre de délivrance d'un certificat ou d'autorisation d'exercer. Par exemple, avant 1990, l'association dentaire de l'Alberta maintenait un registre volontaire des hygiénistes dentaires dans la province. Toutefois, à l'automne 1990, la loi sur les disciplines dentaires a été adoptée et exigeait de tous les hygiénistes dentaires en exercice qu'ils s'enregistrent auprès de l'association des hygiénistes dentaires de l'Alberta.¹⁹

Les systèmes de réglementation varient au pays. Toutes les provinces et les territoires exigent que certains groupes, comme les médecins et les dentistes, aient un permis d'exercice. Mais il y a moins de cohérence dans le cas de nombreux autres groupes. Plusieurs, comme les sages-femmes ou les massothérapeutes, sont réglementés dans certains secteurs de compétence seulement. D'autres, comme les infirmières auxiliaires, travaillent en vertu d'un cadre de délivrance d'un certificat dans certaines provinces et d'un cadre d'autorisation d'exercer dans d'autres.²⁰

Jusqu'à tout récemment, la plupart des professionnels de la santé qui doivent détenir un permis d'exercice définissaient leur propre « cadre de fonctions ». Les cadres de fonctions précisent les services que les membres peuvent dispenser et les méthodes qu'ils utilisent (pour plus de renseignements, voir le chapitre *Le travail d'équipe dans les soins de santé*).

Dernièrement, les modèles de réglementation « fondés sur les tâches » ont fait leur apparition. En vertu de cette approche, seules les tâches jugées comme comportant des risques importants si elles sont mal effectuées exigent un permis. En 1993, l'Ontario est devenu la première province à adopter un tel modèle. Depuis, la Colombie-Britannique lui a emboîté le pas et l'Alberta se prépare à faire de même. En Ontario, ces tâches sont appelées « actes autorisés », en Colombie-Britannique, « actes réservés », et en Alberta, « activités restreintes ». Les membres d'une ou de plusieurs professions peuvent être autorisés à effectuer les actes ou les activités désignés. Parfois, ces actes ou activités peuvent être délégués à d'autres ou effectués sous la supervision d'une personne autorisée.²¹

Modèle des « actes réservés » : comment il fonctionne en Colombie-Britannique

Qui dans l'équipe de santé a le droit de poser un diagnostic, de réduire une fracture ou de donner une injection? Dans certaines provinces, les lois définissent les tâches — comme celles-ci — qui comportent des risques si elles sont mal effectuées et les attribuent à des professions de la santé précises.

En Colombie-Britannique, la loi précise 12 actes « réservés ». En voici quelques exemples : test d'allergie, prescription et dosage de médicaments, ajustement de prothèses dentaires ou auditives.

La plupart des actes réservés ont été confiés à plus d'un groupe professionnel. Par exemple, les membres de plusieurs professions de la santé peuvent poser un diagnostic pour identifier la cause des signes ou des symptômes chez une personne. Médecins, podiatres, chiropraticiens, infirmières autorisées, médecins naturopathes, tous peuvent poser un diagnostic. Par contre, les membres de certains groupes professionnels peuvent effectuer quelques parties d'un acte réservé seulement ou peuvent le faire d'une façon bien précise. Les médecins naturopathes, par exemple, sont autorisés à poser un diagnostic au moyen de méthodes naturopathes. De même, les médecins, les podiatres et les dentistes peuvent tous réduire une fracture. Mais un podiatre ne peut réduire qu'une fracture au pied ou à la jambe inférieure, alors qu'un dentiste ne peut réduire qu'une fracture de la mâchoire ou des autres os autour de la bouche.²²

Établir des normes professionnelles

La réglementation définit le cadre légal de l'exercice professionnel. En vertu de ce cadre, de nombreuses professions de la santé sont « autorégulatrices ». C'est donc dire que les membres de la profession (par l'entremise d'un collège professionnel ou d'un autre organe) décident :

- des compétences, des connaissances et du jugement nécessaires pour obtenir un certificat ou l'autorisation d'exercer;
- des normes de pratique et des codes de déontologie de la profession;
- des façons d'évaluer les plaintes du public et de discipliner les membres.

L'autorégulation est permise pour autant que le groupe agit principalement pour protéger les intérêts du public plutôt que de ses membres.¹⁸ Cette approche a ses pour et ses contre.¹⁸ D'un côté, certains experts avancent que l'autorégulation peut être moins onéreuse pour le public que les autres approches. Un autre avantage est que les membres du groupe professionnel, qui connaissent mieux que quiconque ce qu'ils font, peuvent établir des normes pour accéder à la profession et la pratiquer. De l'autre côté, d'autres affirment qu'il faut veiller à ce que les normes ne soient pas trop élevées car des conditions plus exigeantes d'accès à la profession peuvent diminuer le nombre de praticiens et possiblement accroître les coûts des services qu'ils dispensent.

Déménager au Canada

Chaque province et territoire réglemente des professions de la santé. Supposons que vous avez l'autorisation d'exercer dans une province et que vous voulez déménager dans une autre. Qu'arrive-t-il? Pour certaines professions, des cadres de réglementation différents dans les provinces rendent les déménagements difficiles.

L'Accord sur le commerce intérieur (ACI) de 1995 devait régler ce problème. Les ministres de toutes les provinces et des territoires, à l'exception du Québec, ont également ratifié un deuxième accord qui s'appuie sur l'ACI. Il prévoyait une plus grande liberté de circulation pour les travailleurs dans des professions réglementées à compter du 1^{er} juillet 2001. L'Accord énonçait aussi que les organismes professionnels autorégulateurs dans les provinces et les territoires devaient essayer de s'entendre sur des normes communes pour l'accès à la profession et la pratique. En attendant, les ministres ont convenu de faciliter le processus pour les gens qui possèdent des titres de compétences dans une partie du pays et désirent travailler dans une autre.²³

Venir s'installer au Canada

De nombreux professionnels de la santé immigreront au Canada chaque année. Même s'ils sont autorisés à exercer dans leur pays d'origine, ils doivent souvent subir un long processus avant d'être autorisés à travailler dans une profession réglementée au Canada.²⁴

Par exemple, les médecins formés à l'étranger doivent normalement subir une procédure rigoureuse d'octroi de permis avant de pratiquer la médecine au Canada. La première étape consiste souvent en un examen du Conseil médical du Canada. De plus, de deux à six ans de formation médicale postdoctorale peuvent être demandés. Viennent ensuite d'autres examens.²⁵ Cependant, on peut faire exception à ces règles à l'occasion. Ainsi, des hôpitaux au Nouveau-Brunswick embauchent parfois des spécialistes formés à l'étranger même s'ils n'ont pas passé les étapes nécessaires.²⁶ D'autres provinces étudient aussi des façons d'accélérer l'octroi du permis d'exercice des diplômés étrangers en médecine, et ce, dans des circonstances spéciales.

Historiquement, le Canada a toujours beaucoup compté sur les diplômés étrangers en médecine. Dans les années 1970, 30 % de nos médecins avaient été formés à l'extérieur du Canada. Par contre, cette proportion a récemment diminué. En 2000, les données de l'ICIS révèlent qu'environ 23 % des médecins au Canada se classaient dans cette catégorie.

Cette tendance reflète peut-être les limites dans le nombre de places disponibles pour la formation postdoctorale et d'autres facteurs. En 2001, 387 diplômés étrangers en médecine ont fait une demande au Service canadien de jumelage des résidents. De ce nombre, 15,5 % ont obtenu un poste. Ils représentaient environ 5 % de toutes les places de formation postdoctorale²⁷ (pour plus de renseignements sur les diplômés formés à l'étranger, voir le chapitre *Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé*).

Troisième partie : L'apprentissage permanent

En raison de l'explosion rapide des connaissances, il n'est pas facile de se tenir au courant des meilleures pratiques et des nouvelles technologies. Supposons par exemple que vous avez obtenu un diplôme en pharmacie en avril 2000. Un an plus tard, vous voulez vous mettre à jour sur les nouveautés dans votre domaine. Pendant cette période, environ 400 000 nouvelles références ont été ajoutées à MEDLINE, une base de données de journaux biomédicaux de la *National Library of Medicine* des États-Unis,²⁸ dont plus de 10 000 nouveautés dans la catégorie des préparations pharmaceutiques. Et cette situation ne s'applique pas qu'à la pharmacie.

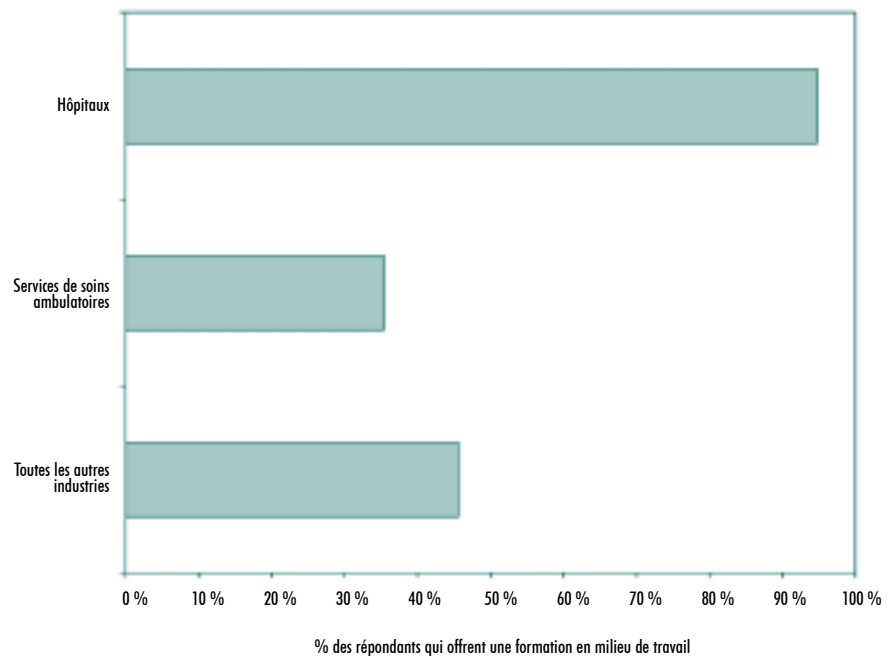
Les associations de professionnels de la santé recommandent donc fortement à leurs membres de prendre part à des activités de formation pendant leur carrière. Certains groupes vont plus loin. Leurs membres doivent participer à des activités de formation continue pour maintenir leur capacité de pratiquer. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a instauré

le *Programme de maintien du certificat* le 1^{er} janvier 2001. Les associés doivent obtenir 400 unités de formation pendant cinq ans de pratique active en participant à des activités d'éducation appropriées à leur discipline. Chaque activité reçoit un certain nombre d'unités de formation par heure, en fonction du cadre de référence du Collège. Le programme est obligatoire pour l'obtention et le renouvellement du titre d'associé au Collège. Même si leur organisme de réglementation ne l'exige pas, de nombreux professionnels de la santé renouvellent régulièrement et mettent à jour leurs connaissances et leurs compétences.

Les employeurs en soins de santé parrainent une partie de cette formation. La nouvelle Enquête sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada contient des questions sur l'ampleur de la formation que les travailleurs reçoivent en milieu de travail et en classe.

La formation en cours d'emploi

Certains employeurs appuient la formation en milieu de travail ou à l'extérieur. En 1999, presque tous les hôpitaux canadiens (95 %) ont déclaré offrir une certaine formation en cours d'emploi à leur personnel. Par contre, ce pourcentage était moins élevé (35 %) dans les cabinets de médecins, les services de soins en cliniques externes, les laboratoires médicaux et diagnostiques, les organismes de soins à domicile et d'autres milieux de soins ambulatoires. Remarque : les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes n'ont pu être inclus dans ce graphique. Le nombre d'établissements sondés était peu élevé, rendant les estimations moins fiables.



Source : Enquête sur le lieu de travail et les employés, Statistique Canada

Dans toutes les industries, 45 % des employeurs ont indiqué que leurs employés ont reçu une forme quelconque de formation en milieu de travail en 1999. Les sujets couverts étaient la formation professionnelle, la promotion du travail d'équipe, le leadership et la communication, l'hygiène et la sécurité du travail, et beaucoup plus.

On dispose de renseignements plus détaillés pour certaines professions. Par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada a récemment fait un sondage auprès des **médecins de famille** sur les divers aspects de leur pratique médicale. Les répondants ont indiqué que, dans une semaine moyenne, ils consacraient 2,7 heures à la formation médicale continue. Cela comprend suivre des cours, lire des journaux, écouter des bandes sonores ou revoir des vidéos. Les médecins de famille ont aussi déclaré que, dans une année moyenne, ils s'absentaient 1,3 semaine à des fins de formation médicale continue.²⁹

La formation médicale continue se donne dans une conférence ou en classe, mais d'autres choix s'offrent aussi aux médecins. Selon un sondage réalisé en 2000 par l'Association médicale canadienne, plus de la moitié des **médecins** sondés ont déclaré utiliser des CD-ROM, l'Internet, des vidéos et des bandes sonores dans le cadre de leur formation médicale continue. Toujours d'après ce sondage, les hommes médecins étaient plus susceptibles que les femmes d'accéder à l'information au moyen de ces outils (65 % contre 52 %).³⁰

D'autres professionnels doivent également se tenir au fait des nouveaux développements cliniques. Par exemple, les **pharmaciens**, dans la plupart des provinces, ont besoin de 15 à 20 heures d'unités de formation continue pour maintenir leur autorisation d'exercer.³¹ En raison de la mise en œuvre du nouvel *Accord de reconnaissance mutuelle pour la profession de la pharmacie*, cette exigence est remplacée par un processus d'évaluation et de révision des compétences.

Comme les médecins, certains pharmaciens reçoivent des unités de formation continue pour avoir assisté à des cours. Selon un sondage réalisé en 2000 par l'Association des pharmaciens de l'Ontario, trois pharmaciens d'hôpital sur quatre reçoivent leur salaire habituel lorsqu'ils prennent des cours de formation continue. Cela se compare à 12 % de ceux qui travaillent dans les magasins à rayons ou les épiceries et à environ le tiers de ceux employés par les chaînes de pharmacies communautaires.³¹ Et comme les médecins, les pharmaciens n'ont pas à être physiquement présents aux cours pour obtenir les unités de formation. Ainsi, 29 sources gratuites de formation continue sur le Web ont été accréditées en Ontario en 1999.³¹

Lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Le lieu, les exigences minimales d'admission et les frais de scolarité annuels moyens des programmes universitaires de formation des professionnels de la santé.
- Le nombre d'étudiants inscrits dans de nombreux programmes de formation des professionnels de la santé et le nombre de diplômés.
- La répartition selon l'âge et le sexe des étudiants et des diplômés pour certaines professions de la santé.
- Des recherches choisies sur les effets du lieu des programmes de formation et des différentes structures des programmes pour certaines professions.
- La proportion d'employeurs en soins de santé qui offrent une formation en milieu de travail à leurs employés et l'information sur les activités d'apprentissage permanent pour certaines professions.
- Quelles professions de la santé sont réglementées dans quelles provinces et quels territoires.

Ce que nous ignorons

- Quel est le nombre de places de formation par rapport au nombre de candidats qualifiés dans les programmes de formation en matière de santé?
- Quelles seront les répercussions des changements dans les frais de scolarité sur les caractéristiques des étudiants et des diplômés?
- Comment les changements dans le nombre de places disponibles dans les programmes de formation des professionnels de la santé (p. ex. les facultés de médecine mettant l'accent sur la pratique en régions rurales et isolées) affecteront le nombre et la répartition à venir des professionnels de la santé?
- Quel est le coût total de la formation des nouveaux professionnels de la santé, y compris l'enseignement en classe, les stages cliniques, les contributions des précepteurs et des organismes de soins de santé, et autres coûts connexes?
- Dans quelle mesure les dispensateurs de soins de santé ont-ils l'occasion de suivre une formation appropriée pour maintenir et améliorer leurs compétences et s'adapter à un environnement changeant?
- Comment les nouvelles exigences scolaires (p. ex. l'abandon du diplôme en soins infirmiers au profit d'un grade universitaire) affecteront le nombre à venir des professionnels de la santé et comment ils dispensent les soins?
- Combien de Canadiens travaillent dans des professions de la santé non réglementées et quelles sont les normes de pratique pour ces professions?
- Quel sera l'impact des changements dans les modèles de réglementation et dans les cadres des fonctions sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé, sur notre capacité à répondre aux besoins futurs en matière de santé, sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services et sur la qualité des soins?

Ce qui se passe

- Le programme de partenariats de formation en matière de santé en Alberta réalise une étude pour évaluer le coût de la formation clinique pour les disciplines de la santé dans toute la province.
- Les résultats finals du Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale, qui traite de la formation médicale continue et d'autres sujets, seront disponibles à l'automne 2001.

Pour en savoir davantage

- ¹ COMMUNIQUÉ PERSONNEL : Philippon, Donald J., directeur exécutif, Sciences de la santé, University of Alberta.
- ² COMITÉ CONSULTATIF DU MINISTRE. *Recruitment and Retention of Registered Nurses and Registered Psychiatric Nurses in British Columbia*. Colombie-Britannique : Comité consultatif du ministre, 1999
- ³ GREY BRUCE HURON PERTH DISTRICT HEALTH COUNCIL. *Final Report. Nursing in Grey Bruce Huron Perth: Issues and Actions*. Ontario : Grey-Bruce-Huron-Perth DHC, 2001.
- ⁴ DIBERT, C. et GOLDENBERG, D. Preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1144-51, 1995.
- ⁵ UNIVERSITY OF TORONTO. Admission to the B.SC.PHM. Degree Program, 2001. www.phm.utoronto.ca/undergrad/introAdmit.html
- ⁶ UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. Cote de rendement au collégial et statistiques d'admission, 2001 www.regis.umontreal.ca/special/coteCRC.html
- ⁷ ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA. *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada*, volumes 18-22. Ottawa : Association des facultés de médecine du Canada, 2000
- ⁸ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. Information fournie par la Division de la politique, de la réglementation et de la recherche, septembre 2001
- ⁹ ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA. *Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada 2000, volume 22*. Ottawa : Association des facultés de médecine du Canada, 2000.
- ¹⁰ CHAN, B. et BARER, M. *Access to Physicians in Underserved Communities in Canada: Something Old, Something New*. Dans Fifth International Medical Workforce Conference 2000 : Papers. Australian Medical Workforce Advisory Committee and Commonwealth Department of Health and Aged Care, 213-242, 2000
- ¹¹ CAPPON, P. et WATSON, D. Improving the social responsiveness of medical schools: Lessons from the Canadian experience. *Academic Medicine*, 74(8), S81-S90, 1999
- ¹² STATISTIQUE CANADA. Frais de scolarité à l'université. *Le Quotidien*, 2000. www.statcan.ca/Daily/Francais/000828/tq000828.htm
- ¹³ CLARK, W. Le remboursement des prêts étudiants. *L'emploi et le revenu en perspective*, 11(1), 28-33. Statistique Canada, Catalogue n° 75-001-XPf, 1999.
- ¹⁴ EASTERBROOK, M., GODWIN, M., WILSON, R., HODGETTS, G., BROWN, G., PONG, R. et NAJGEBAUER, E. Rural background and clinical rural rotations during medical training: Effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal*, 160(8), 1159-63, 1999
- ¹⁵ NORTHERN RURAL MEDICAL SCHOOL LIAISON COUNCIL.. A Proposal to Increase Rural Medical Graduates in Ontario. Préparé par la Northern Ontario Rural Medical School (NORMS) Council, 2000
- ¹⁶ UNIVERSITY OF NORTHERN BRITISH COLUMBIA. UNBC and UBC Create the Northern Medical Program to Expand Rural Training Opportunities for New Doctors. University of Northern British Columbia, 2001, www.unbc.ca/nmp/newsrelease.htm
- ¹⁷ SASKATCHEWAN INDIAN FEDERATED COLLEGE. SIFC and Partners Sign Memorandum of Understanding. (le 20 juin 2001). Communiqué. www.sifc.edu/communications/newsre;eamses/2001/rls%20jun%2020%2001%20%20-%20Nursing%20Event.htm
- ¹⁸ COMMISSION MANITOBAINE DE RÉFORME DU DROIT. *Regulating Professions and Occupations*. Manitoba : Commission de réforme du droit, 1994.
- ¹⁹ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Le personnel de la santé au Canada, de 1988 à 1997*. Ottawa : ICIS, 2000.
- ²⁰ CASEY J.T. *Status Report and Analysis of Health Professional Regulations in Canada*. Préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé. Edmonton : Field Atkinson Perraton, 1999.
- ²¹ CONSEIL CONSULTATIF DE RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ. *Question d'équilibre : Étude de la loi sur les professions de la santé*, 1999. www.hprac.org/francais/Public/Question.pdf
- ²² GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET MINISTÈRE RESPONSABLE DES AÎNÉS. *Health Professions Council Scope of Practice Review. Part 1, Volume 1*, 2001. www.hlth.gov.bc.ca/leg/hpc/review/part-i/scope-review.html
- ²³ GOUVERNEMENT DU CANADA, Conseil ministériel sur la refonte des politiques sociales. *Rapport du gouvernement du Canada, présenté au Conseil ministériel sur la refonte des politiques sociales. Engagements concernant la mobilité pris dans le cadre de l'ECUS*, 2001. www.socialunion.gc.ca/sufa-mob_f.htm

²⁴ CENTRE D'INFORMATION CANADIEN SUR LES DIPLÔMES INTERNATIONAUX. Fiche n° 2.

Évaluation et reconnaissance des diplômes et qualifications aux fins d'emploi au Canada. Toronto : CICDI. (mai 2001). www.cicic.ca/factsheets/factsheet2fre.stm

²⁵ SANTÉ CANADA. *Le permis d'exercice de la médecine au Canada. Renseignements à l'intention des médecins diplômés à l'étranger*, 1997

www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesanté/pubs/medical_licensure/medicallicensure.html

²⁶ COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Délivrance des permis au Nouveau-Brunswick*, 1998. www.cpsnb.org/french/license-fr.html

²⁷ BANNER, S. *Residency Match Report*. Ottawa : Service canadien de jumelage des résidents, 2001.

²⁸ UNITED STATES NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Fact Sheet Medline. *National Library of Medicine*, 2001. www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html

²⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC). *Sondage national sur les effectifs médicaux en médecine familiale*. Ontario : CMFC, 2001.

³⁰ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. Results from CMA's 2000 Physician Resource Questionnaire. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000. www.cma.ca/cmaj/vol-163/issue-5/prq/pdf/prq-24.pdf

³¹ DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. *Analyse de situation des ressources humaines pour la profession de pharmacien*. Ottawa : DRHC, (mai 2001).

Chapitre 3

Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé



Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé

« Est-ce qu'il y a assez de professionnels de la santé au Canada? Est-ce qu'ils seront là quand j'aurai besoin d'eux? » — deux questions qui semblent bien simples mais dont les réponses sont complexes et mal comprises.

Nous prenons tous des décisions chaque jour — fumer ou non, quoi manger, quelle quantité d'exercice faire - qui affectent dans quelle mesure nous aurons besoin de divers types de soins à l'avenir. Les dispensateurs de soins de santé, les organismes, les gouvernements, et d'autres intervenants, prennent également des décisions lourdes de conséquences. En voici quelques exemples : combien de centres de formation doit-on financer, quels types d'établissement de santé doit-on construire et où, comment doit-on organiser les services de santé.

La planification des ressources humaines de la santé se fait dans ce contexte. La disponibilité des dispensateurs de soins, leur combinaison et la demande pour leurs services dans une région donnée sont influencées par de nombreux facteurs. De même, ces facteurs peuvent affecter les types et les niveaux de service offerts.¹

- La démographie et la situation socio-économique de la population, p. ex. combien de personnes habitent la région, leur âge et leur revenu annuel.
- Les besoins et les comportements de la population en matière de santé, p. ex. est-ce que les gens sont en bonne santé, est-ce qu'ils fument, font de l'exercice ou souffrent de maladies chroniques.
- La façon dont les services de santé sont organisés et dispensés.
- La façon dont les connaissances cliniques, les caractéristiques de la pratique et la technologie évoluent.
- La répartition géographique et la combinaison des dispensateurs de soins de santé dans la région.
- La gamme de services dispensés par des professionnels de la santé spécifiques.
- Les taux de participation et les ententes relatives à l'emploi pour les praticiens, p. ex. la proportion en pratique clinique, à temps plein par rapport à temps partiel.
- Les caractéristiques démographiques des dispensateurs de soins de santé.
- La formation, la migration, le marché du travail, l'environnement de travail et les questions connexes.
- La disponibilité de divers types de soins, p. ex. les hôpitaux, la technologie de diagnostic, les services communautaires.
- Les préférences sociétales et le niveau de la demande pour les services.

L'histoire récente du nombre de médecins canadiens

Le nombre de médecins en pratique clinique et non clinique par Canadien a fluctué au fil du temps. Quelques événements ont eu des répercussions importantes sur les dernières tendances. Par exemple, la Commission royale de 1964 (rapport Hall) a recommandé de doubler la capacité de formation des médecins au Canada pour faire en sorte que le nombre de médecins par habitant soit relativement stable. À la suite de cette recommandation, de nouvelles facultés de médecine ont ouvert leurs portes aux universités de Calgary (1965), McMaster (1965) et Memorial (1967).

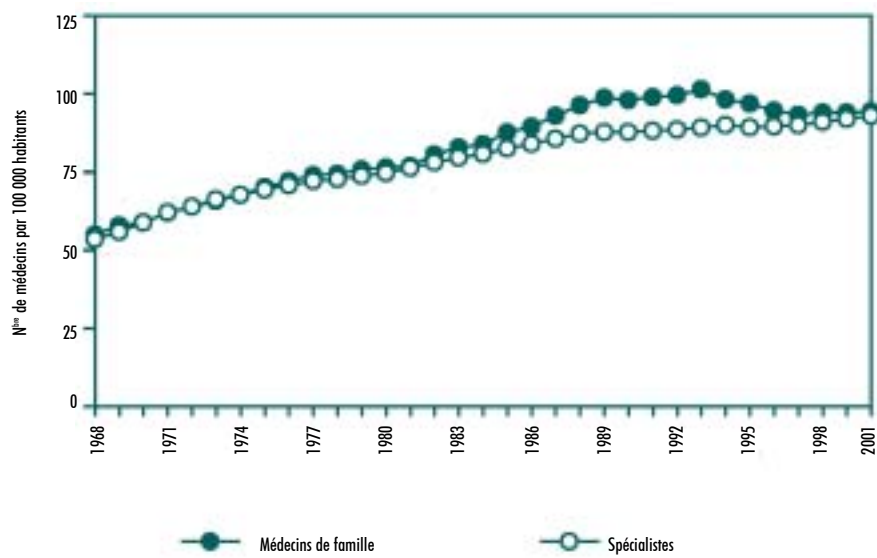
Les conseils de Hall s'appuyaient, entre autres, sur l'hypothèse que l'explosion démographique se poursuivrait. Cela ne s'est pas produit, et le nombre de médecins par habitant a augmenté plus rapidement que prévu.

En 1975, le statut d'immigrants « privilégiés » des médecins formés à l'extérieur du Canada a été aboli.² Et trois rapports distincts déposés entre 1980 et 1991 recommandaient de diminuer le nombre de diplômés des facultés de médecine. Entre 1993 et 1997, l'inscription aux facultés de médecine a chuté de 10 %. En 1999, les inscriptions étaient en baisse de 18 % par rapport au sommet atteint en 1980.³ Le rapport « Barer-Stoddart »⁴ a été déterminant dans cette décision.⁵ Il a présenté toute une gamme de recommandations sur les soins de santé, qui n'ont pas toutes été mises en oeuvre. Dans ce contexte, les auteurs ont suggéré que le nombre de médecins par habitant devait être stabilisé.

Plus récemment, certaines questions ont été soulevées au sujet de la pénurie possible de médecins.² En conséquence, les provinces ont augmenté les inscriptions dans les facultés de médecine. Et, pour la première fois en trente ans, une nouvelle faculté de médecine (spécialisée en médecine dans le Nord) ouvrira ses portes en 2004.⁶ Les effets de ces niveaux d'inscription plus élevés devraient commencer à se faire sentir d'ici 10 ans. Les retombées finales ne seront connues que des années plus tard, une fois que ces étudiants auront complété leur programme de formation.

Tendances dans le nombre de médecins

Le nombre de médecins en pratique clinique et non clinique par habitant a changé avec le temps au Canada. Ce graphique illustre le nombre de médecins de famille et de spécialistes par 100 000 Canadiens.



Source : Base de données médicales Southam, ICIS

L'a b c de la modélisation

Pour aider à planifier les besoins en ressources humaines, les chercheurs et les gouvernements ont mis au point des modèles mathématiques complexes. Ces modèles font appel à de nombreuses méthodes pour prévoir les besoins en services de santé et le nombre de dispensateurs nécessaires pour les dispenser. Le choix de la méthode est souvent influencé par les données disponibles et les questions soulevées. Par le passé, les modèles qui mettaient l'accent sur les questions associées au nombre ont été utilisés plus souvent pour prévoir et planifier. Il n'existe pas de façon correcte unique de modéliser les besoins à venir en services de santé.⁷ Le meilleur choix peut dépendre de la question posée, par exemple.⁸

- Combien d'infirmières ou de médecins sont nécessaires pour continuer à desservir la population comme on le fait à l'heure actuelle?
- Combien sont nécessaires pour appuyer les services requis pour répondre à tous les besoins prévus de la population, ou à certains d'entre eux?
- Combien sont nécessaires pour répondre au développement prévu et aux plans pour la prestation à venir des services de santé?

Certains chercheurs⁹ avancent que ces trois questions reflètent trois approches différentes : la planification « **fondée sur l'utilisation** », « **fondée sur les besoins** » et « **fondée sur la demande réelle** ». Les trois prévoient la même mesure générale ou « unité d'analyse » (p. ex. consultations médicales, séries de traitement des dentistes et heures de soins infirmiers). Toutefois, elles s'appuient sur des hypothèses différentes.

Normalement, une approche **fondée sur l'utilisation** part du principe que :

- Le niveau actuel de dispensateurs de service, leur combinaison et leur répartition sont appropriés.
- Les besoins en ressources par âge et sexe demeureront stables.
- La taille et le profil démographique de la population changeront au fil du temps conformément aux tendances observées actuellement dans les taux de mortalité, les taux de fécondité (ajustés selon l'âge et le sexe), les caractéristiques de la migration et d'autres facteurs semblables.

Par ailleurs, une approche **fondée sur les besoins** s'appuie sur trois hypothèses sous-jacentes :

- On peut et on doit répondre à tous les besoins en soins de santé.
- On peut mettre au point des méthodes rentables pour répondre aux besoins, et les mettre en oeuvre.
- On utilise les ressources de la santé selon les degrés relatifs des besoins.

Finalement, l'approche **fondée sur la demande réelle** tient compte de questions d'ordre économique qui complètent les principes de l'approche fondée sur les besoins. Cette troisième approche fait surtout en sorte que les ressources humaines sont réparties avec efficacité (c.-à-d. de façon à répondre le plus possible aux besoins en matière de santé). Mais en assouplissant l'hypothèse qu'on peut et doit répondre à tous les besoins, elle s'attache aux degrés relatifs des besoins dans toute la population qui a des besoins.

D'une certaine façon, chaque approche s'appuie sur les principes d'une approche antérieure en y ajoutant des nouveaux facteurs.⁹ Par exemple, O'Brien-Pallas et ses collègues¹⁰ ont mis au point un cadre dynamique « **fondé sur le système** » pour modéliser les besoins à venir en ressources humaines. Leur cadre englobe :

- (1) les schémas de l'utilisation des services et de la répartition des professionnels de la santé (facteurs fondés sur l'utilisation);
- (2) les caractéristiques démographiques associées aux degrés de santé et aux risques (facteurs fondés sur les besoins);
- (3) les enjeux économiques, sociaux et politiques qui peuvent influencer les dépenses de santé (facteurs fondés sur la demande réelle);
- (4) la situation clinique et l'état de santé de la population, le dispensateur et les résultats pour le système en fonction des différents types d'utilisation des soins infirmiers et des autres dispensateurs de soins.

Ce modèle inclut des hypothèses de chacune des trois approches décrites ci-dessus. Puis, il les place dans un contexte d'évaluation des besoins et des résultats de la façon dont les services sont dispensés. Et il peut être utilisé pour tester les hypothèses sur la planification des ressources qui tient compte des activités intégrées.

Les hypothèses sont importantes. Par exemple, des chercheurs⁹ ont eu recours aux trois approches pour prévoir les besoins en ressources infirmières en Ontario en 2010. Ils ont constaté que les approches généraient des estimations différentes du nombre d'infirmières nécessaires. Ainsi, selon l'estimation fondée sur l'utilisation, le point médian était 83 000 infirmières autorisées (IA) équivalentes à temps plein (ETP). Le point médian pour l'approche fondée sur la demande réelle était 70 808 IA ETP.

Même quand la même approche de base est utilisée, des changements dans les autres hypothèses (p. ex. taux de croissance démographique ou utilisation de certains services de santé) peuvent grandement influencer les prévisions.⁸ Par exemple, les récentes projections du nombre de médecins par habitant en Ontario en 2020 réalisées par McKendry³ variaient entre 610 et 870. L'éventail variait suivant les hypothèses de futurs scénarios sur la croissance démographique, l'immigration et l'émigration des médecins, leur taux de retraite et le nombre de médecins formés. Il devient donc très difficile de prévoir le nombre exact et le type de médecins requis. Certains chercheurs affirment plutôt que les séries d'estimations qui s'appuient sur différentes hypothèses donnent une indication plus significative des besoins à venir.¹¹

Les résultats des projections passées donnent également d'autres indications des difficultés en jeu. Par exemple, une série de projections de l'utilisation des hôpitaux réalisée dans les années 1960 a surestimé l'utilisation actuelle dans une proportion de 20 à 50 %. Des hypothèses erronées sur la croissance démographique et sur la façon dont l'utilisation des hôpitaux allait changer en sont partiellement responsables.¹²

Puisque l'environnement des soins de santé est en constante évolution, les modèles qui établissent des projections à long terme sont souvent moins justes que ceux qui font des projections pour quelques années seulement.^{10,13} Cela s'explique en grande partie par le fait que les hypothèses sous-jacentes peuvent devenir moins exactes au fil du temps.

Le défi de la planification : quelques exemples

Le suivi de l'évolution du nombre de dispensateurs de soins de santé et de leurs tendances peut apporter d'importantes indications pour la planification. Mais de simples chiffres ne brossent pas un tableau complet. D'autres facteurs sont aussi importants pour comprendre le nombre actuel et à venir de professionnels de la santé et le lien aux besoins des Canadiens en matière de santé. Par exemple, la population canadienne a augmenté et a vieilli au cours des dernières années et ces tendances devraient se poursuivre. Cette situation peut avoir des répercussions sur la demande pour différents types de services de santé. Les changements dans la santé de la population, les régimes de travail changeants des professionnels de la santé, les réformes dans l'organisation et la prestation des services de santé, tous ces facteurs, et bien d'autres, sont tout aussi importants, sinon plus.

La santé des Canadiens

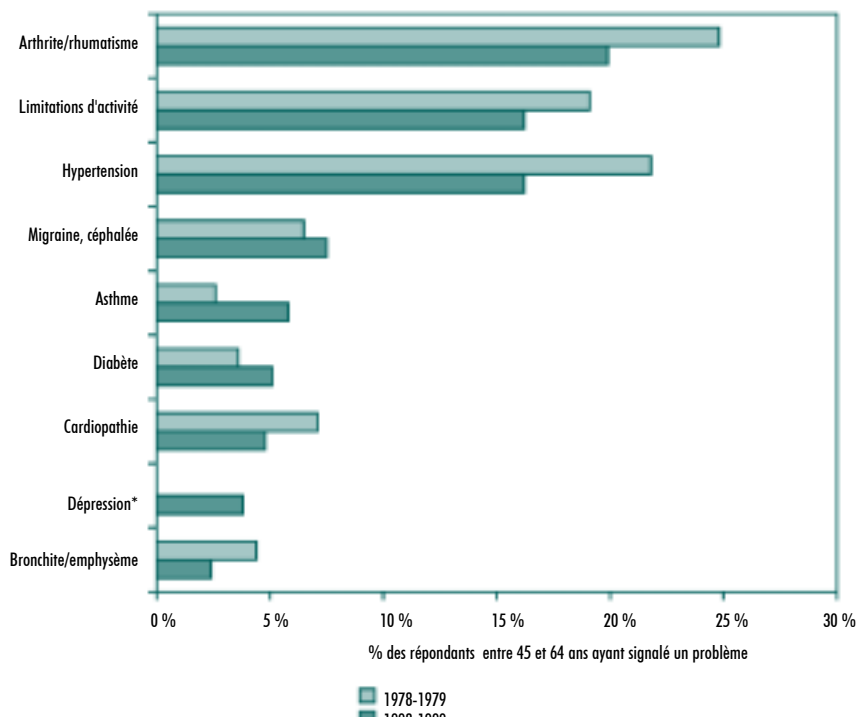
La santé de la population canadienne continue de changer graduellement. Par exemple, l'espérance de vie des Canadiens grimpe toujours. En 1920, l'espérance de vie à la naissance était de 59 ans. Dans les années 1950, elle avait monté à 69 ans et était de 79 ans en 1997. Par rapport aux autres pays, le Canada jouit de l'une des espérances de vie les plus élevées. Depuis plusieurs décennies, le Canada se situe presque au sommet des classements internationaux.

Toutefois, les Canadiens n'ont pas tous les mêmes chances de vivre longtemps et en bonne santé. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes. L'écart entre les sexes est de presque cinq ans. De plus, l'espérance de vie varie d'un endroit à l'autre au pays. Par exemple, en 1996, certaines régions du Québec affichaient un écart de 10 ans dans l'espérance de vie.¹⁴ On ne comprend que partiellement les raisons de ces différences.

Selon Statistique Canada,¹⁴ dans l'ensemble, non seulement les Canadiens vivent plus longtemps qu'avant, mais ils sont en meilleure santé. Par exemple, entre 1978-1979 et 1998-1999, on a observé une baisse importante du nombre de femmes et d'hommes âgés entre 45 et 64 ans atteints de maladies chroniques, comme l'arthrite/le rhumatisme, l'hypertension et de maladies cardiaques. À l'opposé, le nombre de personnes souffrant d'autres maladies (p. ex. l'asthme et le diabète) a augmenté pendant la même période.

Caractéristiques changeantes des maladies

Aujourd'hui, les Canadiens vivent plus longtemps qu'avant. Les caractéristiques de la maladie changent aussi. Ainsi, des études indiquent que les Canadiens âgés de 45 à 64 ans couraient moins de risques de souffrir de certaines maladies chroniques — telles que l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension et la cardiopathie — en 1998-1999 qu'en 1978-1979. Par contre, d'autres conditions, y compris l'asthme et le diabète, sont plus susceptibles d'être déclarées aujourd'hui.



* Pour 1978-1979, il n'existe pas de données comparables concernant la dépression.
Source : Statistique Canada. La santé de la population canadienne. *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999. D'après l'Enquête canadienne sur la santé de 1978-1979 et l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, Statistique Canada

Les comportements personnels qui influent sur la santé ont également changé. Par exemple, en 1978-1979, 37 % des Canadiens adultes (15 ans et plus) ont déclaré fumer tous les jours. En 1998-1999, cette proportion était tombée à 24 %. Et, entre 1996-1997 et 1998-1999, plus de Canadiens adultes ont déclaré se livrer à des activités physiques au moins modérées pendant leurs loisirs (40 % par rapport à 44 %). Néanmoins, la proportion de Canadiens adultes dont le poids est excédentaire s'est accrue pendant cette période (27 % comparativement à 30 %).

Les soins de santé au Canada

Les soins de santé changent aussi. Dans les années 1980, les pressions fiscales et un intérêt grandissant pour la santé de la population ont donné lieu à un certain nombre de revues du système de santé. À cause de ces revues et d'autres facteurs, les années 1990 ont été caractérisées par des changements importants dans les soins de santé partout au pays. Le rythme des changements variait d'un endroit à l'autre, mais, dans l'ensemble, leur orientation était la même.

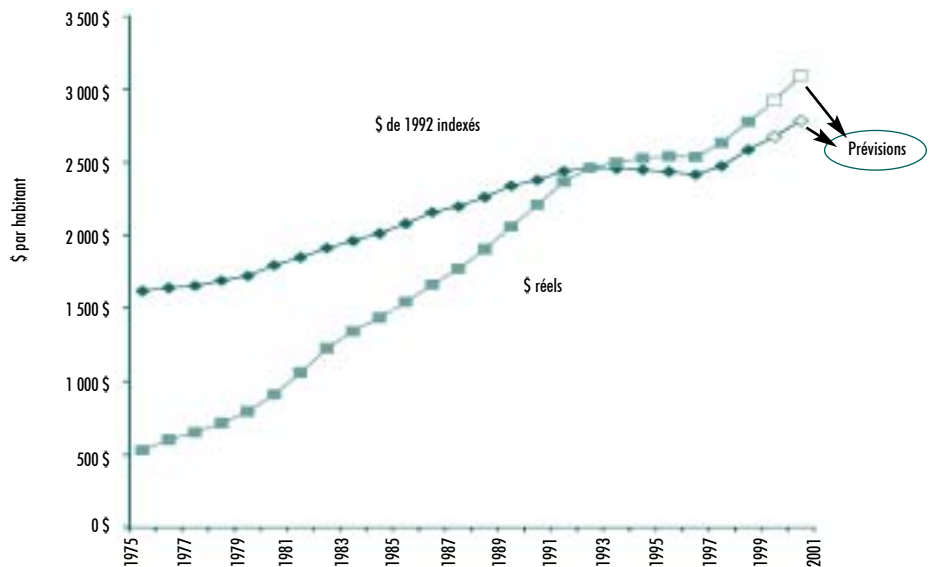
Aujourd'hui, les Canadiens consacrent plus de 95 milliards de dollars aux soins de santé, selon les estimations de l'ICIS.¹⁵ Le niveau de dépenses des secteurs public et privé a changé dans les dernières années, tout comme la façon de dépenser l'argent. Il y a 25 ans, une part beaucoup plus grande allait aux hôpitaux — 44,7 % en 1975 par rapport à 31,8 % en 2000. Les paiements aux médecins — 15,1 % en 1975 comparativement à 13,5 % en 2000 — constituaient la deuxième catégorie de dépenses en importance. Les ventes au détail de médicaments ont maintenant pris leur place (8,8 % à l'époque, maintenant au deuxième rang à 15,5 %).

Ces tendances des dépenses de santé se sont accompagnées de changements dans la façon dont les soins de santé sont organisés et dispensés. Par exemple, plusieurs provinces ont créé des régions sanitaires et les ont chargées du fonctionnement quotidien des divers services de santé. En même temps, nous avons connu des modifications dans les caractéristiques des soins dispensés et dans la technologie employée dans le secteur de la santé. Dans certains cas, l'étendue de la pratique des professionnels de la santé et leur façon de travailler ont également changé (pour de plus amples renseignements, voir le chapitre *Le travail d'équipe dans les soins de santé*).

D'autres changements sont à prévoir. En Saskatchewan, au Québec et dans d'autres endroits du pays, les résultats de la dernière ronde de révisions en profondeur des soins de santé ont récemment été publiés. Tout comme les rapports antérieurs, certains de ces documents auront des retombées importantes sur notre système de santé de demain — et sur ceux qui y travaillent. On assistera probablement à des changements dans d'autres domaines, comme des progrès en génomique, des schémas changeants de pratique, et beaucoup plus.

La progression des dépenses de santé

Au Canada, les dépenses de santé réelles et rajustées selon l'inflation par habitant en 1999 et en 2000 ont continué à augmenter. Les chiffres comprennent les dépenses des secteurs public et privé.



Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

La répartition géographique des dispensateurs

La plupart des Canadiens vivent à moins de cinq kilomètres d'un médecin.¹⁶ Mais la répartition des services médicaux — et d'autres types de soins — n'est pas uniforme au pays. Par exemple, on comptait 94 médecins de famille par 100 000 Canadiens en 2000. Dans certaines régions sanitaires, le taux était beaucoup plus élevé — plus de 140 par 100 000 habitants. Dans d'autres, il était moins de la moitié de ce taux. Comme le démontre le présent chapitre, le « bon » taux pour une collectivité en particulier dépend de nombreux facteurs, dont la géographie.



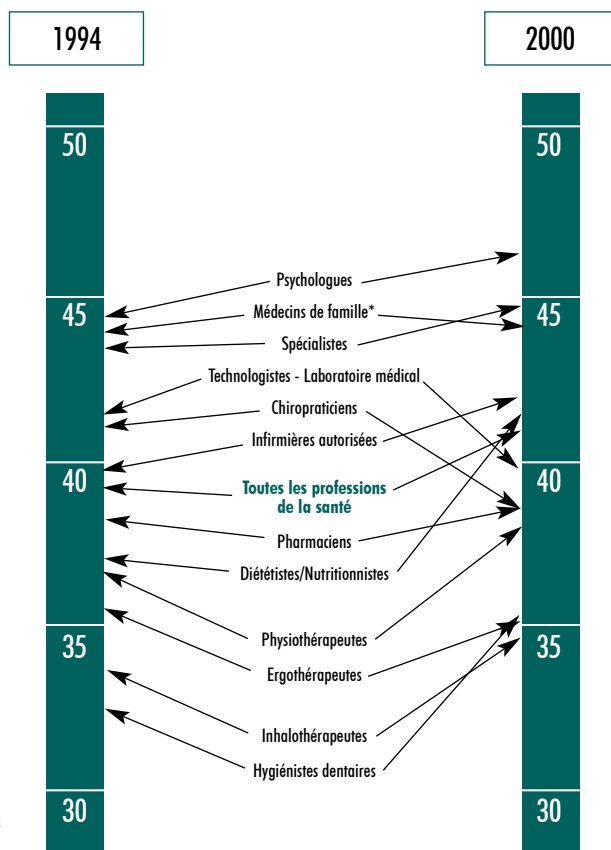
Dans les régions rurales et isolées du Canada, les soins de santé présentent des difficultés particulières pour ceux qui ont besoin de soins, tout comme pour ceux qui les dispensent. L'éloignement des établissements et de l'équipement spécialisé, le soutien par les pairs et la disponibilité de collègues, ainsi que le besoin à l'égard de l'élargissement des rôles et de l'ensemble des compétences, ne sont que quelques-uns des problèmes auxquels sont confrontés les dispensateurs de soins dans ces collectivités.^{17,18}

Certains secteurs de compétence ont introduit des mesures incitatives pour encourager les professionnels de la santé à travailler dans les régions rurales : financement spécial pour la

formation ou les stages cliniques en milieu rural, restriction des endroits de pratique et primes ou autres ententes financières.¹⁸ On étudie aussi d'autres options. Ainsi, certaines provinces favorisent l'élargissement du rôle des infirmières pour combler les lacunes dans les régions mal desservies. Plusieurs provinces évaluent également comment la télésanté peut être utilisée pour régler les problèmes d'accès en milieu rural.¹⁶

Le vieillissement des professionnels de la santé

L'âge moyen des travailleurs dans la plupart des professions de la santé augmente. Il est passé de 39,1 ans en 1994 à 40,8 ans en 2000. Dans certains cas, cette hausse peut s'expliquer en partie par le nombre moins élevé de gens qui choisissent cette carrière ou par la moyenne d'âge plus élevée des nouveaux venus. Ce graphique montre le changement dans la moyenne d'âge pour certaines professions de la santé entre 1994 et 2000.



* Inclut les résidents et les internes

Une main-d'oeuvre vieillissante

À l'heure où la génération du baby-boom se dirige vers la retraite, l'âge moyen des Canadiens augmente. Les professionnels de la santé n'y font pas exception. De 1994 à 2000, l'âge moyen dans les métiers de la santé au Canada a augmenté de presque deux ans — de 39,1 à 40,8 ans.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada.

Gros plan sur les infirmières

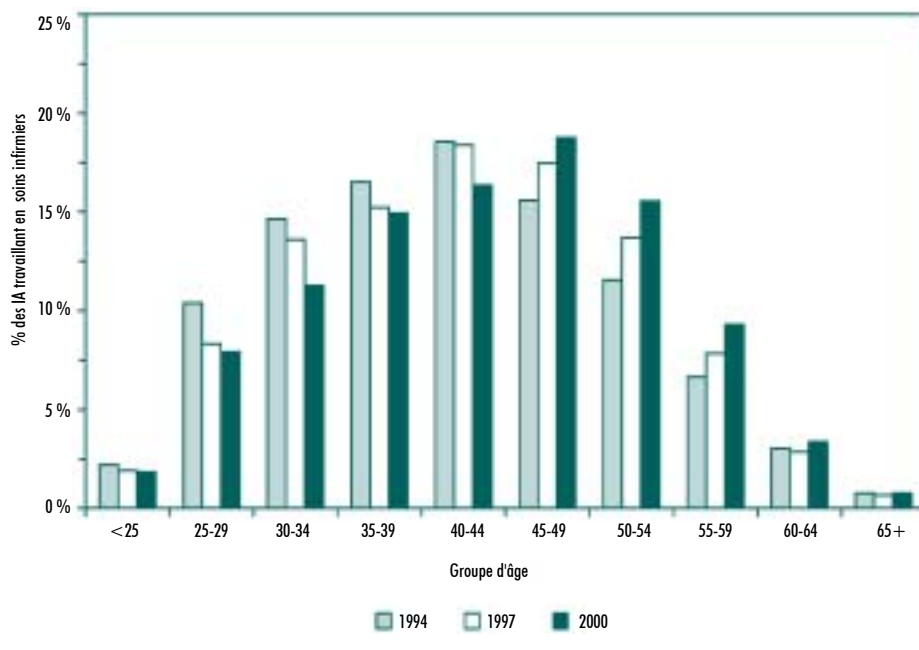
Les infirmières canadiennes vieillissent et moins de jeunes accèdent à la profession. En 2000, l'âge moyen des infirmières actives était de 43 ans, une hausse par rapport à 41 ans en 1994. Pendant cette même période de six ans, le nombre d'IA travaillant en soins infirmiers âgées entre 50 et 54 ans a augmenté de 34 %.

Que se passe-t-il? Un des facteurs est que les IA qui obtiennent leur diplôme aujourd'hui sont plus âgées qu'avant. Selon les données de l'ICIS, l'âge moyen des IA diplômées dans les années 1950 était de 21,7 ans, par rapport à 26,7 pour celles ayant obtenu leur diplôme après 1990. Voici d'autres explications possibles : une baisse dans le nombre d'IA formées au Canada, les IA nouvellement diplômées qui cherchent un emploi à l'extérieur du Canada¹⁹ et les départs de la profession (dans un sondage réalisé en 1998-1999, 24,5 % des IA de moins de 30 ans dans les hôpitaux en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario ont dit avoir l'intention de quitter la profession dans l'année suivante).²⁰ De plus, si le nombre d'inscriptions aux programmes d'IA change, le nombre de diplômés changera aussi.

Bien sûr, les étudiants ont besoin de professeurs. Que savons-nous des infirmières qui enseignent aux futurs diplômés? Les IA qui indiquent que l'enseignement aux étudiants est leur champ d'activité principal ont tendance à être plus âgées, en moyenne, que celles en pratique clinique. En 2000, leur âge moyen approchait 49 ans. Répondre aux besoins en formation des futurs étudiants est un autre élément dont on doit tenir compte dans la planification des soins infirmiers et d'autres professions.

Le vieillissement des infirmières

Depuis plusieurs années, l'âge moyen des infirmières autorisées (IA) travaillant en soins infirmiers augmente régulièrement. Ce graphique illustre comment la répartition selon l'âge des IA a changé entre 1994 et 2000.



Source : Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS.

De plus, les professionnels de la santé, à l'instar des autres travailleurs, prennent leur retraite à un âge plus précoce. Selon un sondage de Statistique Canada, l'âge moyen de la retraite des Canadiens travaillant dans la santé et les services sociaux entre 1976 et 1980 était presque 65 ans. De 10 à 15 ans plus tard, l'âge moyen était passé à un peu plus de 62 ans.²¹

Les deux tendances sont importantes. En effet, de nombreux travailleurs plus âgés choisissent de modifier ou de diminuer leur charge de travail.²² Éventuellement, tous quittent le marché du travail. Le vieillissement et la retraite précoce peuvent donc influencer la disponibilité des services de santé aujourd'hui et demain.

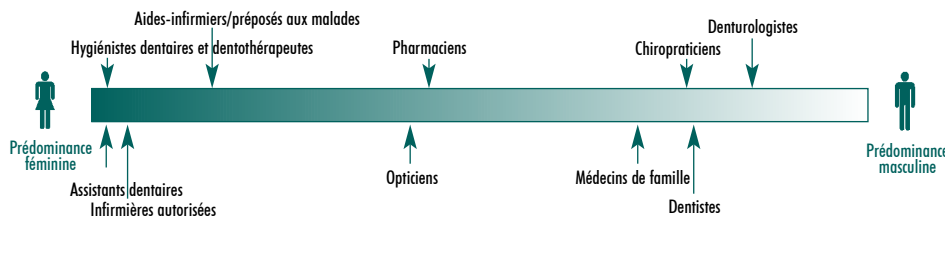
Le sexe et les soins de santé

Dans l'ensemble, presque 80 % de tous les professionnels de la santé au Canada en 2000 étaient des femmes. Par contre, supposons que vous choisissiez au hasard une personne dans chaque profession de la santé. Il y a de fortes chances que le médecin, le dentiste et le technicien médical d'urgence soit un homme. La femme sera infirmière autorisée, hygiéniste dentaire, physiothérapeute. Mais cette combinaison change.

Par exemple, les femmes médecins sont plus nombreuses que jamais. Et, le nombre de femmes s'inscrivant dans les facultés de médecine étant en hausse, elles seront encore plus nombreuses dans les années à venir. Ces tendances peuvent avoir des répercussions importantes sur les services de santé parce que les femmes ont tendance à exercer leur profession différemment de leurs collègues masculins²³ (pour de plus amples renseignements, voir le chapitre *Travailler dans la santé*).

La combinaison des sexes selon la profession de santé

En 1996, les femmes représentaient presque tous les assistants dentaires (98 %) et les hygiénistes dentaires (98 %) au Canada. À l'opposé, elles ne constituaient que 16 % des denturologistes et 22 % des dentistes. Ce graphique illustre la combinaison des sexes pour certaines professions de la santé.



Source : Recensement de 1996, Statistique Canada

Travail à temps plein, à temps partiel et occasionnel

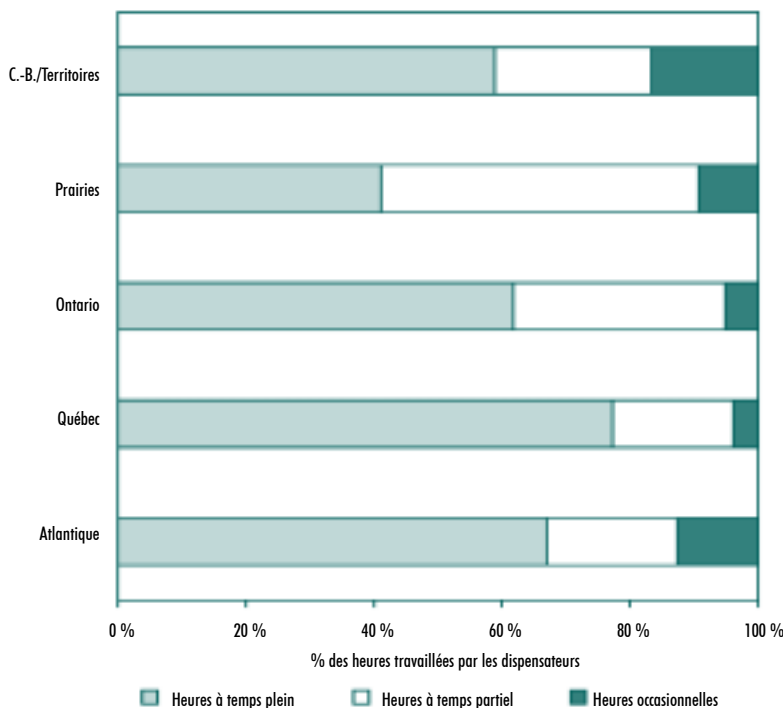
La plupart des Canadiens qui travaillent ont un emploi à temps plein. Cela se vérifie également dans les soins de santé, mais le travail à temps partiel y est plus courant que dans les autres secteurs. Selon l'Enquête sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada, 52 % des travailleurs de la santé occupent des postes à temps plein, par rapport à 74 % des autres travailleurs canadiens.²⁴

Mais même dans le secteur de la santé, on observe des variations. Le travail à temps partiel est plus courant dans certains milieux, comme les hôpitaux et d'autres milieux de services ambulatoires (p. ex. les cabinets de médecins et de dentistes).

Les gains professionnels ont aussi été répartis différemment. Les données de l'Enquête sur le lieu de travail et les employés révèlent que le nombre d'employés permanents à temps plein dans les soins de santé a augmenté de 6,5 % entre 1998 et 1999. L'augmentation a été de 9 % dans le cas des employés dont les modalités de travail sont différentes (p. ex. travailleur contractuel ou à temps partiel).

Différences régionales dans la situation professionnelle du personnel infirmier

Selon un sondage réalisé auprès d'un échantillon d'employeurs de la santé, le pourcentage du personnel infirmier (aides-infirmières, infirmières auxiliaires, IA et infirmières psychiatriques autorisées) et d'autre personnel* travaillant à temps plein, à temps partiel et à titre occasionnel en 1998 variait d'un endroit à l'autre au pays. Les répondants du Québec ont rapporté le plus haut pourcentage d'heures de travail à temps plein (77,2 %) et ceux des Prairies, le moins élevé (41,1 %). Ce graphique présente les données en fonction des établissements individuels seulement. Remarque : exclut les heures des répondants dont la situation professionnelle est inconnue.



Source : Kazanjian, A., Rahim-Jamal, S., MacDonald, A., Wood, L. et Cole C. *Nursing Workforce Study Volume IV - Nursing Workforce Deployment: A Survey of Employers*. Vancouver : Centre for Health Services and Policy Research, UBC, 2000.

*Comprend : adjoints aux programmes, travailleurs des services à l'enfance, travailleurs de l'aide personnelle, visiteurs en ressources aux patients, travailleurs des troubles de développement, représentants de la santé communautaire, travailleurs de soutien en santé mentale, conseillers auprès des jeunes et des familles, assistants en réadaptation, et ainsi de suite.

On dispose de renseignements plus détaillés sur quelques groupes professionnels seulement, comme les infirmières autorisées. Les IA peuvent être engagées à titre permanent ou occasionnel (le travail occasionnel se traduit en général par des heures irrégulières, peu ou pas d'avantages sociaux). Certaines infirmières choisissent un travail à temps partiel ou occasionnel. D'autres non. Une étude récente sur les IA dans les hôpitaux a révélé que plus de 40 % de celles en Colombie-Britannique et plus de 60 % en Alberta qui travaillaient à titre occasionnel le faisaient par choix.²⁰

Les données de l'ICIS pour 2000 indiquent que les taux d'emploi occasionnel pour les IA ont atteint leur niveau le plus bas en sept ans. D'un bout à l'autre du pays, quelque 34 500 IA (un peu moins de 15 %) avaient un emploi occasionnel. Ce nombre est inférieur à celui enregistré en 1999 (18 %) mais semblable à celui de 1994 (15 %). Des caractéristiques similaires ont été observées dans la plupart des régions. Entre 1999 et 2000, l'emploi occasionnel a diminué dans huit des 13 secteurs de compétence. Seuls la Colombie-Britannique, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont affiché des augmentations. Les chiffres pour le Yukon sont demeurés stables.

L'augmentation du nombre de postes permanents s'est accompagnée d'une hausse du pourcentage des IA travaillant à temps plein. Le pourcentage était d'un peu moins de 55 % en 2000, une hausse par rapport à 51 % en 1999. Les chiffres de 2000 sont semblables à ceux enregistrés il y a six ans.

Migration et immigration

Chaque année, des milliers de dispensateurs de soins déménagent d'un endroit à l'autre au Canada. Les données du recensement indiquent qu'environ 4 % d'entre eux n'habitaient pas la même province en 1996 qu'en 1991. Grâce à la mise en oeuvre intégrale de l'Accord sur le commerce intérieur en juillet 2001, il sera bientôt plus facile pour les professionnels de la santé, et d'autres groupes, de se déplacer entre les provinces et les territoires. L'Accord couvre 97 % des travailleurs dans les professions réglementées.

Attirer les dispensateurs de soins de santé et les garder

Partout au pays, des sommes importantes et beaucoup de temps sont consacrés à des initiatives visant à recruter des professionnels de la santé et à les maintenir en poste. On a recours à plusieurs stratégies. Elles peuvent aller du financement des études et de la formation, au soutien communautaire pour les dispensateurs et leur famille.

Quelles stratégies sont les plus efficaces? Elles n'ont pas toutes été évaluées. Et différentes situations peuvent faire appel à des approches différentes. Néanmoins, des chercheurs ont commencé à étudier l'efficacité de certaines des approches utilisées jusqu'à maintenant. Voici quelques constatations :

- Offrir des incitations en argent aux infirmières de l'Ontario, comme des subventions et des bourses, a semblé donner des avantages à court terme seulement.²⁵
- Les collégiens et les résidents qui font une partie de leur formation dans une région rurale sont plus susceptibles d'y travailler au début de leur carrière.^{26,27,28}
- Créer un environnement de travail de qualité semble avoir réussi à attirer et à garder les dispensateurs de soins de santé.^{29,30}

Politiques pour attirer et garder les travailleurs de la santé

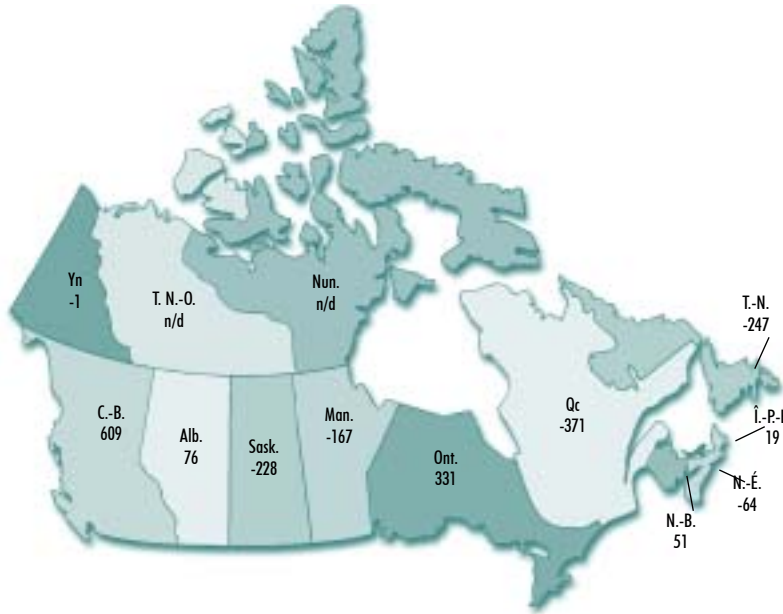
Partout au pays, diverses politiques ont été instaurées pour tenter de recruter ou de maintenir en poste des professionnels de la santé. Les plus courantes sont le financement direct ou les incitations financières, toutes les provinces et les territoires y participant. Ce tableau présente un sommaire des approches utilisées en 1999, représentées par un crochet pour chaque province/territoire y ayant eu recours en 1999 pour recruter et conserver des dispensateurs de soins de santé.

Approches	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	Yn.	T. N.-O/Nun.
Régulatoire/administrative (p. ex. restrictions des lieux de pratique des diplômés étrangers)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		
Financement direct associé à la pratique (p. ex. prime pour pratiquer dans les collectivités insuffisamment desservies)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Financement direct associé à l'éducation (p. ex. prêts étudiants, subventions, bourses en échange de services)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓
Éducation/formation (p. ex. formation en milieu rural)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
Initiatives axées sur le marché (p. ex. visites de recrutement)		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		
Autres initiatives (p. ex. appui au conjoint)	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓		

Source : Chan, B. et Barer, M. Access to Physicians in Underserved Communities in Canada: Something Old, Something New. In Fifth International Medical Workforce Conference 2000: Papers Australian Medical Workforce Advisory Committee and Commonwealth Department of Health and Aged Care, 213-242.P.20, 2000.

La migration des médecins au Canada

D'une année à l'autre, les provinces et les territoires gagnent et perdent des médecins en raison de la migration interprovinciale. Cette carte illustre la migration nette sur cinq ans des médecins cliniques et non cliniques (y compris les résidents) entre 1996 et 2000. Les nombres sont en fonction de la province ou du territoire de résidence des médecins au début de chaque année. Remarque : ces données ne sont pas disponibles pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.



Source : Base de données médicales Southam, ICIS.

Pour la plupart des professions, on dispose de très peu d'information sur le nombre et les caractéristiques des gens qui se déplacent d'un endroit à l'autre au pays. Les médecins y font exception. Entre 1996 et 2000, les tendances de la migration des médecins au Canada ont été relativement stables. Certaines parties du pays perdent généralement des médecins chaque année. D'autres enregistrent normalement des gains.

Traverser la frontière

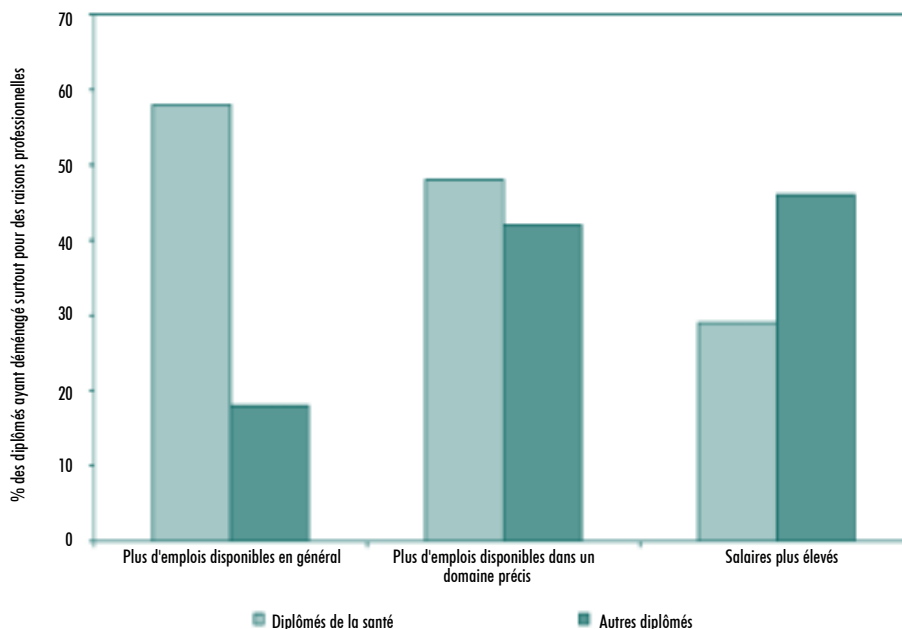
La migration semble être cyclique à l'échelle internationale. Chaque année, des centaines de diplômés étrangers viennent au Canada avec l'intention de travailler dans le secteur de la santé. Avant d'obtenir leur permis d'exercice, ils doivent normalement être soumis à un long processus de reconnaissance professionnelle (pour de plus amples renseignements sur la reconnaissance professionnelle et l'autorisation d'exercer, voir le chapitre *Devenir un dispensateur de soins de santé*).

L'inverse est également vrai. Certains professionnels de la santé décident de quitter le pays chaque année. On en sait très peu sur qui choisit de déménager, pourquoi, la durée de leur séjour et si, ou quand, ils reviennent. Par contre, certains résultats ont vu le jour grâce à des recherches récentes.

Par exemple, une étude récente de Statistique Canada a suivi un échantillon d'un peu plus de 43 000 diplômés de collèges et d'universités de 1995.¹⁹ Environ 4 600 d'entre eux ont déménagé aux États-Unis entre 1995 et 1997. À leur arrivée, presque un diplômé sur cinq a travaillé en soins infirmiers. En tout, les diplômés dans le domaine de la santé

Pourquoi les États-Unis?

Plus de 85 % des diplômés de la santé de la promotion de 1995 qui ont déménagé aux États-Unis l'ont fait surtout pour des raisons professionnelles. Les principales raisons de leur déménagement (par rapport aux diplômés d'autres domaines qui ont déménagé pour des raisons liées au travail) sont présentées dans ce graphique.



Source : Frank, J. et Belaire, E. *Cap vers le sud*, Ottawa : Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1999.

constituaient presque le tiers (30 %) de ceux qui ont déménagé. En 1999, un peu plus de 20 % d'entre eux étaient revenus au Canada — un taux légèrement supérieur à celui des autres diplômés (18 %).

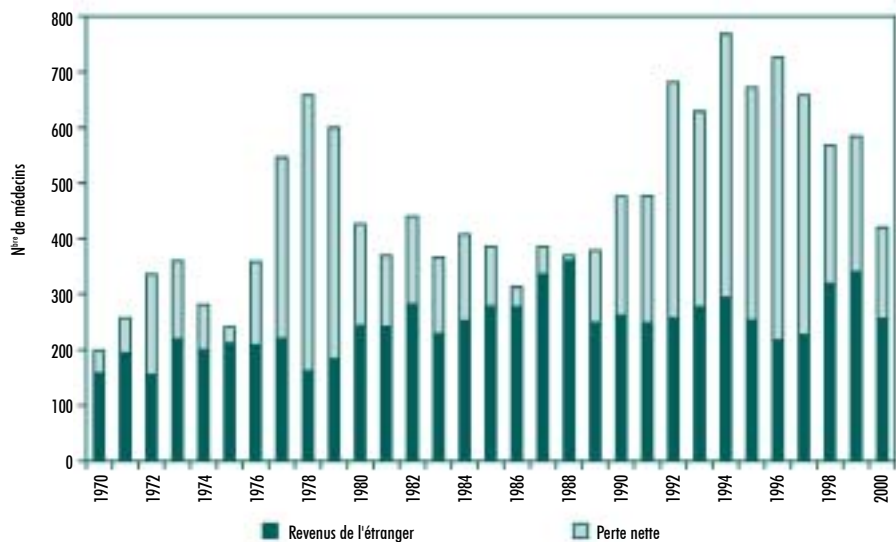
Lors d'un sondage effectué auprès des IA en Ontario qui ont quitté le Canada entre 1991 et 2000, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario en est venue à des conclusions semblables.³¹ La plupart des IA (69,5 %) ont indiqué que les perspectives d'emploi étaient la raison principale de leur départ. Venaient ensuite les raisons familiales ou personnelles (25,5 %), le salaire et les avantages sociaux (12,9 %), puis les voyages et le climat (5,5 %).

La migration des médecins a également fait l'objet d'études approfondies. Le nombre de médecins qui quittent le Canada et y reviennent varie d'année en année. En pourcentage du nombre total de médecins, le dernier sommet dans le cycle de la migration a été enregistré du milieu à la fin des années 1970, suivi d'un autre sommet (moins élevé mais plus long) au milieu des années 1990. Un rapport de Statistique Canada qui s'appuie sur les données pour cette période de pointe indique que les médecins ont quitté le Canada à un taux environ 10 fois supérieur à celui de tous les autres travailleurs canadiens émigrants; cela représente toutefois moins de un pour cent des médecins canadiens par année.³² Selon une étude réalisée en 1995, un nombre important de médecins qui ont déménagé aux États-Unis avaient pris la décision de déménager avant même d'entreprendre leur formation médicale postdoctorale.³³

Les données de l'ICIS indiquent que 420 médecins ont déménagé à l'étranger en 2000, une baisse d'environ 28 % par rapport à 1999. La plupart étaient des hommes médecins spécialistes qui avaient suivi leur formation médicale dans les 10 années précédentes. Dans la même année, 256 sont rentrés au pays, une baisse d'environ 25 % comparativement à l'année précédente. Leurs caractéristiques se rapprochaient de celles des médecins ayant déménagé à l'étranger.

Les médecins canadiens en mouvement

Chaque année, certains médecins — environ 1 % du nombre total dans les dernières années — quittent le Canada. D'autres y reviennent. Dans les 30 dernières années, ce mouvement a connu un flux et un reflux. Le haut de la barre grise dans ce graphique montre combien de médecins ont quitté chaque année de 1970 à 2000. La barre noire indique combien sont revenus au pays pour travailler en pratique clinique ou non clinique. La différence est la perte nette annuelle.



Source : Base de données médicales Southam, ICIS.

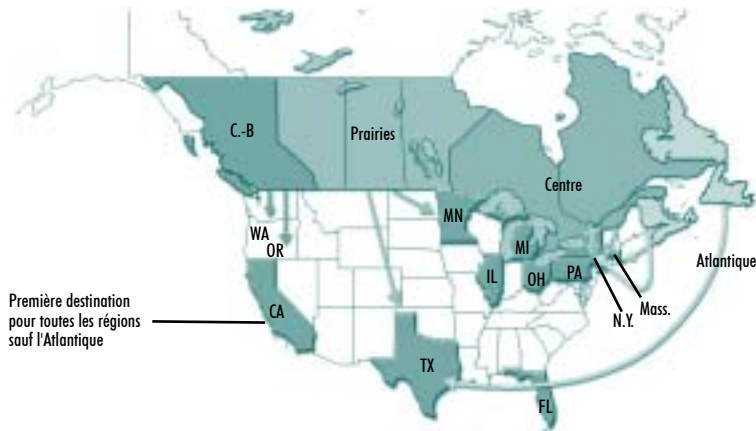
L'Association médicale américaine estime qu'environ 9 800 diplômés de facultés de médecine canadiennes sont actuellement (p. ex. employé, en formation ou dans l'enseignement) aux États-Unis. Selon les nouvelles recherches réalisées par l'ICIS, la Californie, New York et le Texas sont les États préférés des médecins canadiens. Toutefois, on observe des variations dans la destination des médecins de différentes provinces (voir la carte ci-dessous).

Bien sûr, la frontière est ouverte dans les deux sens. En 2000, 335 médecins sont devenus résidents permanents au Canada, une hausse par rapport à 243 en 1999, mais à peu près le même nombre qu'en 1996 (339). Les médecins peuvent aussi arriver au pays en vertu d'un visa de travail temporaire.

D'où viennent les médecins qui immigreront au Canada? Jusqu'à récemment, les diplômés des facultés de médecine du Royaume-Uni et de l'Irlande constituaient le groupe d'immigrants le plus important. En 1985, ils représentaient 35 % de ceux qui entraient au pays. Ce pourcentage est passé à un peu plus de 5 % en 2000. Aujourd'hui, de tous les pays ou les régions, ce sont les médecins formés en Afrique du Sud qui sont les plus nombreux à immigrer au Canada. Ils représentaient 24 % des immigrants en 2000, une hausse par rapport à moins de 9 % en 1985.

Les 10 destinations préférées des médecins canadiens aux États-Unis

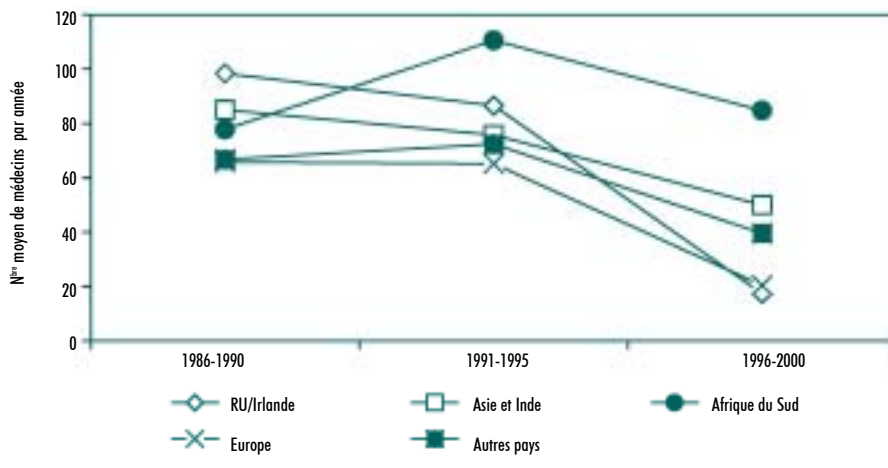
Les médecins canadiens ayant déménagé aux États-Unis entre 1978 et 1999 ont choisi certains États plutôt que d'autres. La Californie était le lieu de prédilection des médecins de partout au pays, sauf ceux de la région de l'Atlantique. Cette carte illustre les 10 destinations préférées des médecins canadiens ayant déménagé pendant cette période et les trois destinations de choix pour chaque région.



Sources : Base de données médicales Southam, ICIS, et données de l'American Medical Association.

Les « nouveaux » médecins au Canada

Au fil du temps, le Canada a attiré des médecins originaires de divers pays. Ce graphique présente le nombre de médecins entrés au Canada, selon le pays d'obtention du diplôme en médecine (moyenne sur cinq ans entre 1986 et 2000).



Source : Base de données médicales Southam, ICIS.

Ces tendances, ainsi que bien d'autres, influenceront vraisemblablement les demandes à venir pour divers types de services de santé et, bien sûr, pour différents dispensateurs de soins de santé.

Lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Le nombre de médecins, ainsi que certains renseignements sur les tendances démographiques et de pratique, la charge de travail et la migration.
- Le nombre d'infirmières autorisées et certaines caractéristiques démographiques et professionnelles.
- Le nombre de professionnels dans certaines professions autres que les soins infirmiers ou la médecine.

Ce que nous ignorons

- Quelle est la bonne combinaison des ressources humaines de la santé à l'échelle régionale, provinciale et nationale pour répondre aux besoins en matière de soins?
- En raison des tendances dans la démographie, les effectifs, la santé, les soins de santé et d'autres tendances, est-ce que la combinaison actuelle des dispensateurs de soins de santé continuera de répondre aux besoins en matière de soins de la population canadienne actuelle et à venir?
- Combien de dispensateurs de soins de santé réglementés et non réglementés déménagent chaque année, et quelles sont les répercussions de leur migration sur les services de santé?
- Comment la mise en oeuvre de l'*Accord sur le commerce intérieur* affectera la mobilité des professionnels de la santé?

Ce qui se passe

- Le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) a demandé au Groupe de travail sur les professionnels paramédicaux d'élaborer un cadre de planification coordonnée qui servira de base pour déterminer les besoins en information sur les ressources humaines de la santé au Canada.
- L'ICIS, en collaboration avec certaines provinces, a mis sur pied un projet pilote pour orienter le développement de l'infrastructure de l'information nécessaire pour suivre l'évolution de la migration et les tendances à long terme de l'emploi du personnel infirmier au Canada.
- *L'étude nationale sur les soins infirmiers dans les régions rurales et éloignées* a été lancée en mai 2001. Ce projet de recherche de trois ans vise à décrire et à examiner la nature de la pratique des infirmières autorisées dans divers milieux des régions rurales et éloignées au Canada.
- Un certain nombre d'initiatives provinciales, comme le comité multilatéral de la planification des ressources médicales en Alberta, se penchent sur les enjeux et les solutions possibles dans différents secteurs de compétence.

Pour en savoir davantage

- ¹ O'BRIEN-PALLAS, L., BAUMANN, A., DONNER, G., TOMBLIN, MURPHY G. GERLACH, J.L. et LUBA, M. Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 2001, p. 120-129.
- ² GROUPE DE TRAVAIL DU FORUM MÉDICAL CANADIEN SUR LES EFFECTIFS MÉDICAUX AU CANADA. *Sommaire du rapport du Groupe de travail du Forum médical canadien sur les effectifs médicaux au Canada*. Ottawa. Association médicale canadienne, 1999. www.cma.ca/advocacy-f/taskforce/summary.htm
- ³ MCKENDRY, R.J.R. *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond*. Report of the Fact Finder Commission on Physician Resources in Ontario, décembre, 1999.
- ⁴ BARER, M.L., et STODDART, G.L. *Toward Integrated Medical Resources Policies for Canada*. Préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, 1991.
- ⁵ STODDART, G. et BARER, M. Will increasing medical school enrolment solve Canada's physician supply problems? *Journal de l'Association médicale canadienne*. 161(8), 1999, p. 983-4.
- ⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. Le gouvernement Harris annonce la création d'une école de médecine dans le Nord et l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, (le 17 mai 2001). www.newswire.ca/government/ontario/french/releases/may2001/17/c5709.html.
- ⁷ LAVIS, J.N. et BIRCH, S. The answer is.... Now what was the question? Applying alternative approaches to estimating nurse requirements. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(1), 1997, p. 24-44.
- ⁸ O'BRIEN-PALLAS, L., BIRCH, S., BAUMANN, A. et TOMBLIN, Murphy G. Integrating workforce planning, human resources, and service planning. *Human Resources Development Journal* (numéros de mai à août), 2001 in press.
- ⁹ BIRCH, S., LAVIS, J., MARKHAM, B., WOODWARD, C. et O'BRIEN-PALLAS, L. Nursing requirements for Ontario over the next twenty years: Development and application of estimation methods. Ontario: McMaster University (CHEPA Working Paper Series Paper 94-13), 1994.
- ¹⁰ O'BRIEN-PALLAS, L., BAUMANN, A., DONNER, G., GERLACH, J.L., LUBA, M., LAKATS, L., AMARSI, Y., et MALLETTE, C. *Health Human Resources: An Analysis of Forecasting Models*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1998.
- ¹¹ LOMAS, J. STODDART, G.L. et BARER, M.L. Supply projections as planning: A critical review of forecasting net physician requirements in Canada. *Social Science and Medicine*, 20, 1985, p. 411-424.
- ¹² INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada*. Ottawa : ICIS, 2001.
- ¹³ COOPER, R.A., PRADISH, L. et CRAIG, D. Current and projected workforce of nonphysician clinicians. *Journal of the American Medical Association*, 289(9), 1998, p. 788-794.
- ¹⁴ STATISTIQUE CANADA. La santé de la population canadienne? *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999.
- ¹⁵ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*. Ottawa : ICIS, 2000.
- ¹⁶ PITBLADO, R.J., et PONG, R.W. *Geographic Distribution of Physicians in Canada*. Ontario : Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne, 1999.
- ¹⁷ BARER, M.L. et STODDART, G.L. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*. British Columbia: Centre for Health Services and Policy Research, 1999.
- ¹⁸ CHAN, B. et BARER, M. *Access to Physicians in Underserved Communities in Canada: Something Old, Something New*. Dans Fifth International Medical Workforce Conference 2000: Papers Australian Medical Workforce Advisory Committee and Commonwealth Department of Health and Aged Care, p. 213-242, 2000.
- ¹⁹ FRANK, J. et BÉLAIR, É. *Au sud de la frontière : les diplômés de la promotion de 1995 qui sont déménagés aux États-Unis*. Ottawa : Statistique Canada, 1999.
- ²⁰ CLARKE, H., GIOVANNETTI, P. et SHAMIAN, J. *Hospital and Patient Outcomes An International Study: Canadian Component Nurse Survey Results*. Présenté à la conférence sur le leadership en soins infirmiers, février 2001.
- ²¹ GOWER, D. Measuring the age of retirement. *Perspectives on Labour and Income*, 9(2), 1997. p. 11-17.
- ²² ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. Questionnaire sur les effectifs médicaux, 2000. www.cma.ca/statinfo-f/index.htm
- ²³ COHEN, M. *Women In Medicine, The Canadian Perspective*. 4th International Invitational Medical Workforce Conference. San Francisco : É.-U., 1999.
- ²⁴ STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur le lieu de travail et les employés (demande spéciale de données)*. Ottawa : Statistique Canada, 1999.

²⁵ O'BRIEN-PALLAS, L. et BAUMANN, A. Towards evidence based policy decisions: A case study of nursing human resources in Ontario, Canada. *Nursing Inquiry*, 7(4), 2000, p. 248-257.

²⁶ ROURKE, J.T.B. Politics of rural health care: Recruitment and retention of physicians. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 148(8), 1993, p. 1281-1284.

²⁷ NORTHERN RURAL MEDICAL SCHOOL LIAISON COUNCIL. *A Proposal to Increase Rural Medical Graduates in Ontario*. Préparé par le Northern Ontario Rural Medical School (NORMS) Liaison Council, 2000.

²⁸ EASTERBROOK, M., GODWIN, M., WILSON, R., HODGETTS, G., BROWN, G., PONG, R. et NAJGEBAUER, E. Rural background and clinical rural rotations during medical training: Effect on practice location. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160(8), 1999, p.1159-63.

²⁹ KANE, D. Job sharing: A retention strategy for nurses. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(4), p. 16-22, 1999.

³⁰ FYKE K.J. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan : Commission on Medicare, 2001.

³¹ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO. *Earning Their Return: When and Why Ontario RNs Left Canada, and What Will Bring Them Back*. Toronto: RNAO, 2001.

³² ZHAO, J. Exode et afflux de cerveaux : migration des travailleurs du savoir en provenance et à destination du Canada. *Revue trimestrielle de l'éducation*, 6(3), 2000, p. 8-35.

³³ MCKENDRY, R.J.R., WELLS, G.A., DALE, P., Adams, O., BUSKE, L. STRACHAN, J. et FLOR, J.L. Factors influencing the emigration of physicians from Canada to the United States. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 154(2), 1996. p.171-181. (Résumé du rapport disponible en français.)

Partie B

Travailler dans le système de santé



Chapitre 4

Le travail d'équipe dans les soins de santé



Le travail d'équipe dans les soins de santé

Des sports professionnels aux banques et à l'assurance, en passant par l'industrie automobile et l'armée, de nombreuses organisations encouragent leurs employés à travailler en équipe. Bien que les équipes n'atteignent pas toutes leurs objectifs, les experts en gestion affirment que :

*Une vraie équipe — bien ciblée et rigoureusement disciplinée — est l'unité la plus polyvalente dont disposent les organismes pour relever le défi du rendement et de l'évolution dans le monde complexe d'aujourd'hui.*¹ (traduction)

Les enjeux liés à la complexité, au changement et au rendement sont courants dans les soins de santé. Dans ce contexte, les équipes sont parfois vues comme une façon d'exploiter le potentiel et les compétences d'une vaste gamme de dispensateurs de soins de santé en vue de réaliser des buts communs.² Ainsi, l'Organisation mondiale de la Santé a identifié la « collaboration à l'intérieur des diverses catégories de personnel de santé et entre ces catégories et après accord sur la division du travail comme une composante de base importante dans sa Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. »³

Y parvenir n'est pas une mince affaire. Il est souvent difficile de parvenir à la collaboration réelle et à l'efficacité dans les équipes. Plusieurs auteurs décrivent une gamme d'obstacles dans la conception et la formation des équipes de soins de santé en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles.^{4,5}

Le présent chapitre se penche sur les équipes de santé et certains des enjeux auxquels elles sont confrontées. Ce faisant, il s'appuie sur la recherche actuelle et de nouvelles données du Canada et d'ailleurs. Il se termine par une section ciblée sur les soins primaires — un des secteurs où on discute beaucoup de la formation de différentes équipes de dispensateurs.

Qu'est-ce qu'une équipe de santé?

Les définitions d'une équipe de santé varient, mais plusieurs thèmes sont communs. En premier lieu, il ne suffit pas simplement de travailler ensemble ou d'appeler un groupe une « équipe ». Selon plusieurs auteurs, une vraie équipe doit avoir des aspirations et une approche communes. Certains font valoir la nécessité des objectifs de rendement et des habiletés complémentaires communs. Par exemple :

*Une équipe est un petit nombre de personnes compatibles dévouées à un objectif pertinent commun, avec des objectifs de rendement communs, des habiletés complémentaires se recouvrant et une approche commune à leur travail. Les membres de l'équipe se tiennent mutuellement responsables des résultats de l'équipe.*² (traduction)

Les équipes n'ont rien de nouveau dans les soins de santé. Depuis longtemps, des groupes de professionnels de la santé travaillent ensemble dans les salles d'urgence, les salles d'opération, les programmes de réadaptation et dans bien d'autres milieux.² Certains auteurs affirment néanmoins que les équipes interdisciplinaires deviennent peut-être le fondement de l'organisation et de la prestation des services de santé.²

La gestion des programmes : réorganiser en fonction des équipes

Des centaines de milliers de Canadiens travaillent dans les hôpitaux. Par le passé, la majorité du personnel travaillait dans un service structuré selon la discipline ou la fonction professionnelle : un pour le travail social, un pour la physiothérapie, et ainsi de suite.

Toutefois, depuis les années 1980, de nombreux grands organismes de santé ont adopté des structures de « gestion des programmes ». Cette nouvelle approche a été conçue et introduite de façon différente selon les organismes.⁶ Par exemple, certains ont défini les programmes selon les groupes de patients. D'autres ont utilisé les maladies ou les problèmes de santé, les besoins des patients, les types de services ou les grandes spécialités médicales.⁶

Peu importe l'approche retenue, les nouvelles structures se fondent largement sur les équipes. En général, les programmes réunissent différents types de dispensateurs de soins de santé en vue de donner des soins de haute qualité orientés vers le patient.⁷ Par conséquent, l'accent est mis davantage sur la formation polyvalente et la collaboration que dans le passé.⁶ Certains établissements ont aussi créé des postes de chef clinique ou ont eu recours à d'autres moyens pour faire en sorte que le leadership, les normes et les liens professionnels soient maintenus.⁶

Qu'est-ce que la gestion des programmes signifie pour les soins aux patients et la vie professionnelle des employés d'un hôpital? Ces changements surviennent à l'heure des restrictions fiscales, des caractéristiques de pratique en mutation et d'autres modifications. Dans ce contexte et en raison de la diversité des approches utilisées, les répercussions précises sont difficiles à définir. Un certain nombre de chercheurs canadiens ont étudié la question.^{8,9,10,11,12,13} La plupart des études portent sur des programmes ou des établissements spécifiques et mettent en évidence les résultats positifs de l'adoption du nouveau modèle et les obstacles.

Former des équipes de santé au Canada

Au Canada, comme dans bien d'autres pays, on encourage vivement les équipes de santé. Selon une revue effectuée en 1996, des douzaines de projets, petits et gros, étaient en cours au pays.¹⁴ Certains touchaient à la revue des cadres des fonctions des professionnels ou des changements dans les modèles de régulation. D'autres portaient sur la formation interdisciplinaire, la formation et la sensibilisation du public, et bien d'autres aspects.

Comme l'éventail des activités l'indique, les équipes se forment de différentes façons et pour différentes raisons. De nombreux facteurs influencent leur organisation. Les gouvernements et les organismes professionnels établissent des paramètres au moyen de lois et de règlements, et déterminent comment les services sont financés. D'autres facteurs peuvent aussi entrer en jeu, comme le nombre et le type de dispensateurs, le cheminement de l'information et l'environnement de travail. De même, les besoins et les attentes des patients et des collectivités ne sont pas à négliger, tout comme la formation des dispensateurs, leurs compétences et leurs préférences.

Les membres de l'équipe : qui fait quoi?

Une combinaison complexe de professions de la santé a évolué avec le temps. Certains rôles sont distincts, d'autres sont partagés. Le « cadre des fonctions » définit les services que les membres d'une profession dispensent et les méthodes qu'ils utilisent.¹⁵ Chaque profession tend à se spécialiser dans certains domaines, quoique les compétences et les rôles varient au pays et se chevauchent souvent.

Par exemple, plusieurs dispensateurs de soins de santé différents prêtent parfois assistance aux mères lors d'un accouchement. En cas d'urgence, les professionnels paramédicaux et d'autres personnes sont formés pour aider, mais les médecins assistent à presque tous les accouchements au Canada. Les médecins de famille et les obstétriciens dispensent normalement ce type de soins. Par contre, les médecins de famille ne fournissent

Les services dispensés par les médecins de famille

Même au sein de la même profession, les cadres des fonctions peuvent varier. En effet, l'exercice de la médecine familiale à Toronto n'est pas le même que dans une région rurale. À titre d'exemple, ce tableau présente le pourcentage de médecins du Nord de l'Ontario, à Toronto et dans le reste du Canada qui ont déclaré dispenser certains services médicaux et certaines procédures cliniques en 2001.

	Nord de l'Ontario*	Toronto	Canada
Gestion des maladies chroniques	91,2 %	81,5 %	85,2 %
Psychothérapie/counselling	86,4 %	86,6 %	84,6 %
Soins palliatifs	82,8 %	49,3 %	69,3 %
Soins obstétricaux	76,7 %	63,9 %	64,0 %
Médecine d'urgence	60,8 %	24,4 %	49,2 %
Toxicomanie	56,0 %	33,7 %	40,0 %
Anesthésie	8,1 %	2,3 %	5,2 %
Tests de Pap	87,9 %	84,4 %	86,8 %
Pose de plâtres/d'attelles	61,5 %	16,7 %	45,4 %
Biopsie cutanée	73,6 %	31,9 %	55,0 %
Sutures	84,6 %	65,5 %	80,9 %

* Comprend les conseils de santé du Nord-Ouest de l'Ontario et Algoma, Cochrane, Manitoulin et Sudbury.

Source : Sondage national de 2001 auprès des médecins de famille, Collège des médecins de famille du Canada

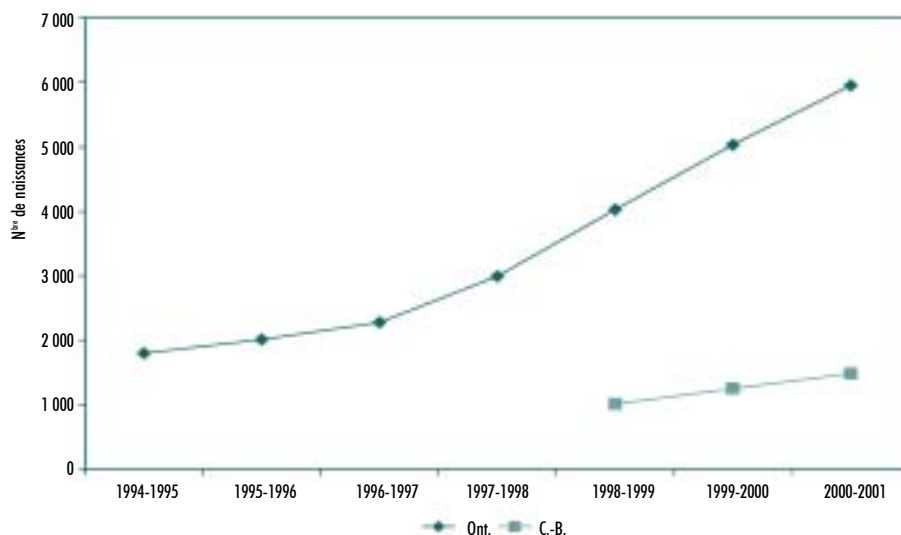
pas tous ce service. Ainsi, les médecins de famille en milieu rural sont plus susceptibles que leurs collègues des grandes villes de le faire. En 2001, selon un sondage réalisé par le Collège des médecins de famille du Canada, 64 % des médecins de famille de Toronto ont dispensé des soins obstétricaux. Dans le cas de ceux travaillant dans le nord de l'Ontario, cette proportion était de 77 %.*

D'autres options sont offertes dans certaines régions du pays. Certains secteurs de compétence ont récemment autorisé les sages-femmes à gérer les accouchements planifiés à domicile et à l'hôpital. De nos jours, la sage-femme combine connaissance de l'obstétrique et habiletés traditionnelles. L'Ontario, le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique financent maintenant les services des sages-femmes à même les deniers publics. Les doulas sont une autre option à laquelle certaines mères ont recours. Les doulas sont des dispensateurs de soins non réglementés qui reçoivent une formation pour aider les femmes lors de l'accouchement. Leur rôle principal est d'apporter un appui émotionnel et physique aux mères. Leurs services sont en général payés directement par les utilisatrices.

On recense de nombreux exemples semblables de chevauchement des cadres de fonctions dans les soins de santé. Par exemple, les médecins de famille et les infirmières praticiennes peuvent tous deux remplir bon nombre de fonctions de soins primaires. Un rapport publié en 2000 par le Collège des médecins de famille de l'Ontario

Interventions des sages-femmes dans les naissances en Colombie-Britannique et en Ontario

Dans certaines provinces, comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, les services des sages-femmes sont financés par l'État. Ce graphique illustre les changements dans le temps dans le nombre d'interventions des sages-femmes dans les naissances à l'hôpital et à la maison dans ces deux provinces. Les données de l'Ontario révèlent que la plupart des naissances auxquelles les sages-femmes assistent se déroulent de plus en plus dans un hôpital. Par exemple, au cours des sept dernières années, les interventions des sages-femmes dans les naissances à l'hôpital sont passées de 61 % à 72 %. Remarque : les premières finissantes des programmes de formation des sages-femmes ont commencé leur carrière en 1996. En Colombie-Britannique, les sages-femmes ont été réglementées pour la première fois en 1998.



Sources : Programme de formation des sages-femmes, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le Children's and Women's Health Centre de la Colombie-Britannique

* Comprend les médecins de famille des conseils régionaux de santé du Nord-ouest de l'Ontario et Algoma, de Cochrane, de Manitoulin et de Sudbury.

semble indiquer que même si certains services devraient être dispensés par les médecins seulement, plusieurs pourraient être partagés. En voici des exemples : examen physique, formation en matière de santé, surveillance des patients atteints de maladies chroniques, coordination des ressources communautaires de la santé.¹⁶ Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires partagent aussi certaines tâches.

Dans les cas où les cadres de fonctions se chevauchent, qu'arrive-t-il si différents dispensateurs de soins se remplacent? De nombreuses études canadiennes et étrangères ont documenté des situations où de tels soins peuvent être sans risques et de haute qualité, même si la solidité des preuves varie pour différents groupes et rôles professionnels.¹⁷ En outre, les preuves sont moins nombreuses en ce qui concerne la rentabilité de la substitution des rôles en contexte canadien.¹⁷

Selon un autre point de vue, même si les compétences et les rôles se chevauchent, des professions différentes ont une conception unique de la santé et des soins de santé ainsi qu'une expertise qui leur est propre.² Par exemple, la formation des médecins a tendance à mettre l'accent sur le diagnostic et le traitement des maladies. Par conséquent, leurs connaissances pathophysiologiques sont approfondies.¹⁸ Les infirmières se concentrent davantage sur le patient (et la famille), y compris les réactions physiques et psychosociales aux problèmes de santé et aux soins.¹⁹

Certains chercheurs affirment que les effets de ces points de vue différents peuvent être généralisés. Par exemple, ils peuvent influencer comment les professionnels de la santé définissent les problèmes de santé, évaluent les questions liées à la qualité de vie des patients et y réagissent, et envisagent la collaboration avec d'autres professionnels.²⁰ De plus, chaque groupe peut être plus compétent qu'un autre pour effectuer certaines tâches et peut apporter une perspective importante à l'équipe en matière de soins.²¹ Même dans les cas où différents groupes peuvent faire des tâches semblables, leurs connaissances, compétences et habiletés fondamentales peuvent être différentes. Dans ce contexte, plusieurs auteurs ont recommandé de considérer les différents types de dispensateurs comme complémentaires plutôt qu'interchangeables.^{2,19, 21}

Qui fait quoi? Une perspective ontarienne

Les soins primaires englobent un large éventail de services, dont plusieurs peuvent être dispensés par plus d'un type de professionnel de la santé. En 2000, une équipe de médecins et d'infirmières praticiennes a résumé ses opinions sur les fonctions communes et distinctes des médecins de famille (MF) et des infirmières praticiennes (IP) pour le Collège des médecins de famille de l'Ontario. (La liste des services a été adaptée des travaux du Sous-comité des soins primaires du Comité provincial de coordination des relations communautaires et universitaires en sciences de la santé.)

Service	MF	IP	Service	MF	IP
Évaluation de santé			Soins palliatifs		
• Interrogatoire	✓	✓	• Visites à domicile	✓	✓
• Examen physique	✓	✓	• Soutien individuel et familial	✓	✓
• Évaluation en laboratoire ou diagnostique	✓	✓	• Traitement initial	✓	✓
			• Traitement inadéquat, ajustement	✓	✓
			• Surveillance de l'état stable	✓	✓
Prévention de la maladie			Soins primaires en santé mentale		
• Examen périodique	✓	✓	• Gestion du stress	✓	✓
• Prévention primaire	✓	✓	• Adaptation à la maladie	✓	✓
• Prévention secondaire	✓	✓	• Trouble psychiatrique aigu/chronique	✓	✓
• Prévention tertiaire	✓	✓	• Diagnostic et traitement initial	✓	✓
			• Traitement inadéquat, ajustement	✓	✓
			• Surveillance de l'état stable	✓	✓
Promotion de la santé			Coordination et prestation de services de réadaptation		
• Counselling en mode de vie	✓	✓	• Renvoi aux services de réadaptation	✓	✓
• Déterminants de la santé	✓	✓	• Participation à la planification et au suivi	✓	✓
			• Éducation et défense des droits	✓	✓
			• Élaboration de plans de soins	✓	✓
Éducation et appui pour soins auto-administrés			Coordination et renvoi à d'autres services de santé		
• Éducation en santé	✓	✓	• Aux ressources communautaires	✓	✓
• Conseils par téléphone	✓	✓	• Aux spécialistes médicaux	✓	✓
			• À l'hôpital pour admission	✓	✓
Diagnostic et traitement de maladies et blessures épisodiques			Soins de soutien		
• Maladie aiguë mineure	✓	✓	• À l'hôpital	✓	✓
• Blessure aiguë mineure	✓	✓	• À la maison	✓	✓
• Maladie aiguë complexe	✓	✓	• Dans les établissements de soins de longue durée	✓	✓
• Blessure aiguë complexe	✓	✓			
Diagnostic et traitement de maladies et blessures chroniques					
• Diagnostic initial et traitement	✓	✓			
• Traitement inadéquat, ajustement	✓	✓			
• Surveillance de l'état stable	✓	✓			
Soins génésiques primaires					
• Counselling en contrôle des naissances	✓	✓			
• Dépistage et traitement des MTS	✓	✓			
• Diagnostic de grossesse	✓	✓			
• Counselling sur les choix	✓	✓			
• Soins prénatals jusqu'à 32 semaines	✓	✓			
• Soins prénatals > 32 semaines	✓	✓			
• Travail et accouchement	✓	✓			
• Soins immédiats à la mère	✓	✓			
• Soins immédiats au nouveau-né	✓	✓			

Source : Way, D.O., Jones, L. et Busing, N. Implementation Strategies: "Collaboration in Primary Care – Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care". Toronto : Ontario College of Family Physicians, 2000.

Un contexte changeant : l'évolution des cadres des fonctions

Les cadres des fonctions professionnelles changent au fil du temps. Par exemple, la pharmacie est devenue une profession autonome dans les années 1870 au Canada.²² Aujourd'hui, les pharmaciens ne font pas que préparer et délivrer des médicaments. Ils sont nombreux à remplir les fonctions de spécialistes de l'information sur les médicaments en conseillant d'autres professionnels de la santé et le public, ou en jouant d'autres rôles.²³

Plusieurs études ont été réalisées — ici et ailleurs — sur l'impact des conseils cliniques dispensés par les pharmaciens. Par exemple, une revue systématique internationale des données s'est penchée sur les effets des services des pharmaciens communautaires sur l'utilisation des services de santé, les coûts et l'évolution de l'état de santé des patients.²⁴ La revue englobait 25 études et plus de 16 000 patients.

En premier lieu, les chercheurs ont examiné les études faisant état de pharmaciens qui conseillaient des patients. Ils ont constaté qu'en général, les conseils menaient à une baisse de l'utilisation d'autres services de santé et à l'amélioration des résultats pour les patients. Par contre, les conseils ne semblaient pas avoir affecté la qualité de vie des patients. Deuxièmement, les chercheurs ont concentré leurs efforts sur les études de pharmaciens donnant des conseils aux médecins. Toutes les études ont conclu que les conseils influençaient la façon dont les médecins prescrivaient les médicaments. Finalement, les auteurs ont cherché des études qui comparaient les interventions des pharmaciens auprès des patients et des médecins à celles d'autres professionnels de la santé. Ils n'en ont trouvé que quelques-unes. Ils ont donc conclu qu'il n'y avait pas assez de preuves pour comparer les effets des services dispensés par différents types de professionnels.

Les soins infirmiers constituent une autre profession où le cadre des fonctions continue de changer. Aujourd'hui, l'infirmière remplit plusieurs rôles, dont certains sont hautement spécialisés. Cette situation a évolué avec le temps. Au milieu du XVII^e siècle, les premières infirmières « formées » sont venues s'installer sur le territoire de ce qui est devenu la ville de Québec.²⁵ À leur arrivée, elles effectuaient plusieurs tâches, de la fabrication de médicaments aux fonctions administratives, en passant par la chirurgie.

Le rôle des infirmières a graduellement changé et change toujours. Ainsi, le Québec a récemment changé ses lois pour permettre aux infirmières de remplir les fonctions d'adjointes aux chirurgiens. Elles peuvent donc maintenant effectuer certaines tâches chirurgicales, comme faire des points de suture et fermer des plaies. De même, certains secteurs de compétence ont reconnu un rôle pour les infirmières praticiennes de soins primaires. Ces infirmières reçoivent une formation avancée pour dispenser une vaste gamme de services de santé primaires. D'autres fonctions spécialisées en soins infirmiers existent aussi.

Tout comme pour les soins infirmiers, un éventail plus vaste de spécialités semble se former pour bon nombre de professions de la santé.²⁶ Cela va souvent de pair avec une formation formelle plus longue. Parallèlement, le nombre de professions de la santé augmente. Aujourd'hui, les étudiants peuvent choisir entre des douzaines de programmes de formation en matière de santé.

Ces tendances pourraient affecter les gens qui dispensent divers types de soins et comment ils travaillent ensemble. Comment les expliquer? Certains experts indiquent que plusieurs facteurs y contribuent, dont l'élargissement du savoir, l'apparition de nouvelles technologies et les changements dans la prestation des soins de santé.²⁶



La combinaison actuelle des compétences

En l'absence de données probantes sur quelle combinaison de professionnels de la santé travaille le mieux dans différentes situations,^{27,28} un large éventail d'approches ont été adoptées. À l'échelle internationale, les variations sont marquées entre les pays industrialisés.²⁹ La combinaison des professionnels de la santé diffère grandement, tout comme la gamme de leurs compétences et de leurs activités.

Même à l'intérieur du Canada, on observe des écarts importants entre les provinces et les territoires. Toronto, Montréal, Vancouver, et d'autres grands centres urbains, sont à un extrême. Ils disposent d'un éventail considérable de spécialistes, de sous-spécialistes et des douzaines de types de professionnels de la santé. Les collectivités isolées et éloignées se trouvent à l'autre extrême. Dans certains cas, les travailleurs de la santé autochtones sont les seuls dispensateurs de soins dans ces collectivités.¹⁷

Le nombre d'omnipraticiens/médecins de famille (OP-MF) et de spécialistes était à peu près le même partout au pays en 2000. Le ratio OP-MF/spécialistes était de 1,0. Entre les secteurs de compétence, il s'échelonnait entre 0,9 en Ontario et 6,0 au Nunavut.

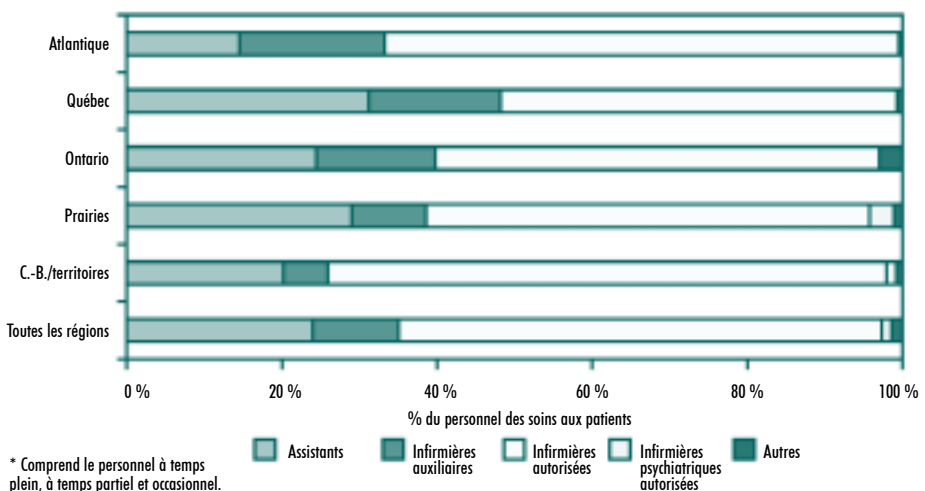
On observe aussi des écarts marqués pour d'autres professions. Ainsi, différentes combinaisons de personnel affecté aux soins des patients travaillent dans les établissements de santé partout au pays. Même à l'intérieur d'un même secteur de compétence, certains types d'employés affectés aux soins des patients sont plus susceptibles de travailler dans des régions précises.

De nouvelles recherches explorent comment les résultats pour le patient changent lorsque la combinaison de personnel est différente. Par exemple, des chercheurs de l'Université de Toronto ont étudié les résultats relatifs aux patients, aux infirmières et au système dans 19 hôpitaux d'enseignement en Ontario. Ils ont constaté que les résultats pour les patients dans les unités dotées d'une proportion plus élevée de personnel infirmier réglementé (infirmières autorisées et auxiliaires) avaient tendance à être meilleurs à leur sortie de l'hôpital. Plus précisément, leur autonomie fonctionnelle était plus élevée, ils avaient moins de douleurs, ils fonctionnaient mieux en société et les patientes étaient plus satisfaites des soins obstétricaux. Cette observation était vraie même après avoir tenu compte du type de patients dans l'unité, ainsi que de l'état de santé des patients à l'admission, de l'âge, du sexe et de la complexité de la maladie. Les erreurs de médicaments et les infections de plaies étaient également moins nombreuses dans ces unités. Par contre, les chercheurs n'ont pas établi de lien entre la combinaison du personnel et les résultats pour les patients six semaines après que les patients aient reçu leur congé de l'hôpital.³⁰



La combinaison du personnel des soins aux patients

En 1999, des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique ont mené une étude auprès d'un échantillon d'hôpitaux, de centres de soins de longue durée, de conseils régionaux de santé, d'unités de santé publique et d'autres employeurs de la santé au sujet du nombre et de la composition d'assistants non réglementés, d'infirmières auxiliaires, d'infirmières autorisées, d'infirmières psychiatriques autorisées et d'autres dispensateurs qui étaient à leur service au cours de l'année précédente. Ce graphique présente un sommaire de leurs réponses.* Remarque : les répartitions régionales ne tiennent compte que des réponses des « établissements individuels » — ceux dont le personnel travaillait dans un seul établissement/organisme.



Source : Kazanjian, A., Rahim-Jamal, S., MacDonald, A., Wood, L. et Cole, C. Nursing Workforce Study Volume IV – Nursing Workforce Deployment: A Survey of Employers. University of British Columbia : Centre for Health Services and Policy Research, 2000.

Des compétences différentes pour des emplois différents

Les dispensateurs de soins aux patients dans différents services d'un hôpital n'ont pas le même bagage. Ce tableau présente les deux types les plus courants de dispensateurs de soins aux patients dans différentes attributions de tâches, tel que rapporté par des hôpitaux tertiaires/d'enseignement partout au pays en 1999. Dans certains cas, plus de deux groupes sont indiqués parce que plusieurs types de qualifications se rencontraient tout aussi souvent.

	Aide-infirmière	Infirmière auxiliaire	IA – Diplôme	IA – Diplôme et spécialité	IA – Diplôme et grade post-scolaire	IA – Grade de base	IA – Grade de base et spécialité	IA – Maîtrise
Administration					✓			✓
Salle d'urgence				✓			✓	
Soins prolongés/de longue durée	✓		✓			✓		
Soins intensifs				✓			✓	
Maternité/nouveau-nés	✓		✓			✓		
Soins médicaux			✓			✓		
Salle d'opération				✓			✓	
Pédiatrie			✓			✓		
Santé mentale			✓			✓		
Soins chirurgicaux			✓		✓	✓		
Santé communautaire/publique							✓	✓
Soins à domicile							✓	✓
Autre		✓				✓	✓	✓

Remarque : les infirmières psychiatriques autorisées détiennent un permis de pratique dans les quatre provinces de l'Ouest seulement. Elles ne sont donc pas présentées dans le tableau.

Source : Kazanjian, A., Rahim-Jamal, S., MacDonald, A., Wood, L. et Cole, C. *Nursing Workforce Study Volume IV ~ Nursing Workforce Deployment: A Survey of Employers*. University of British Columbia: Centre for Health Services and Policy Research, 2000.

Qu'en est-il des patients et des familles?

Au Canada comme ailleurs, les patients, leur famille et leurs amis jouent un rôle important dans les soins de santé. L'Organisation mondiale de la Santé a affirmé que :

*Les gens ont le droit et l'obligation de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en pratique de leurs soins de santé.*³¹ (traduction)

Les patients et leur famille peuvent y prendre part de bien des façons.³² Par exemple, ils peuvent fournir des renseignements importants pour appuyer les décisions relatives aux soins, peut-être en décrivant les symptômes. Ils peuvent aussi participer aux décisions au sujet des soins, ou les prendre, comme subir une chirurgie ou non. De plus, de nombreux Canadiens se soignent eux-mêmes, soignent des membres de leur famille ou participent d'une autre façon (pour plus de renseignements, voir le chapitre *Qui est qui dans la santé*).

Un certain nombre d'études ont porté sur l'efficacité des soins auto-administrés et des soins informels. Selon une revue effectuée par des chercheurs de l'Université Laurentienne et de l'Université de l'Alberta, ces types de soins peuvent être efficaces avec une formation et des appuis adéquats et en tenant compte des capacités du patient ou du soignant.¹⁷

Réussir le travail en équipe

Dans le système de santé moderne, de nombreux types de professionnels de la santé travaillent ensemble dans divers milieux. Quelle est l'influence de ces équipes? Qu'est-ce qui fait qu'ils travaillent bien ou mal ensemble?

Diverses recherches ont été effectuées dans différentes régions.^{18,33} Par exemple, selon une étude récente dans 19 hôpitaux d'enseignement de l'Ontario, les patients soignés dans des unités où les infirmières disaient mieux communiquer entre elles ainsi qu'entre elles et d'autres disciplines, avaient tendance à afficher de meilleures cotes d'autonomie fonctionnelle à leur sortie de l'hôpital. Les patientes en obstétrique dans ces unités étaient aussi plus susceptibles d'être satisfaites des soins reçus.³⁰

La recherche étrangère : Une étude du travail d'équipe dans les hôpitaux en Angleterre

Les chercheurs de plusieurs pays étudient les équipes de santé. Par exemple, une étude récente en Angleterre³⁴ a exploré le lien entre le travail d'équipe et la satisfaction des employés, ainsi que les perceptions de la qualité des soins. L'étude s'appuyait sur un sondage réalisé en 1998-1999 auprès des infirmières de chevet dans 32 hôpitaux. Les chercheurs ont mesuré le « travail d'équipe » en posant des questions aux infirmières sur leurs relations avec les gestionnaires des services, les médecins, les aide-infirmières, les infirmières spécialistes de cliniques et d'autres services de l'hôpital.

Les infirmières dont les notes pour le travail d'équipe étaient les plus élevées avaient tendance à être plus satisfaites de leur travail et de leur profession. Elles étaient aussi plus susceptibles de prévoir rester en poste et d'avoir des notes moins élevées pour l'épuisement émotionnel. Qu'en est-il de la qualité des soins? Plus de la moitié (53 %) des infirmières avec les notes les plus élevées pour le travail d'équipe ont déclaré que les soins infirmiers dans leur unité étaient excellents, par rapport à 13 % de celles avec les notes les plus basses. En fait, les notes pour le travail d'équipe étaient des prédicteurs plus fiables de l'évaluation de la qualité des soins par les infirmières que les ratios infirmière/patients, la participation à la prise de décisions et la satisfaction professionnelle.

La formation des dispensateurs de soins de santé est l'un des domaines qui suscite beaucoup d'intérêt. Depuis longtemps, certains enseignants soutiennent que les professionnels de la santé appelés à travailler en équipe doivent acquérir les habiletés de le faire.³⁵ (On fait aussi valoir que la formation en techniques de travail d'équipe ne doit pas faire les frais de la formation spécifique à la profession.¹⁸)

Certaines parties du système de santé investissent dans la formation en techniques de travail d'équipe. Par exemple, dans son Enquête sur le lieu de travail et les employés en 1999, Statistique Canada a étudié la formation en cours d'emploi dans certains hôpitaux canadiens. Ils ont déclaré offrir ce type de formation à 95 % de leurs employés. En 2001, l'ICIS a demandé aux hôpitaux ontariens quels types de formation ils fournissaient.³⁶ Une des réponses les plus fréquentes était la formation dans les domaines de la promotion du travail d'équipe, du leadership et de la communication.

Certains programmes de formation réunissent les étudiants *avant* même qu'ils commencent à travailler. Par exemple, les étudiants de premier cycle en sciences de la santé à l'Université de l'Alberta doivent maintenant suivre un cours interdisciplinaire. Cela signifie que des infirmières, des pharmaciens, des physiothérapeutes, et ainsi de suite, prennent place dans la même classe et participent à des stages cliniques en équipe.³⁷

La formation interprofessionnelle peut-elle changer les choses? Si oui, dans quelle mesure? Une revue internationale systématique en mai 2000 a examiné ses retombées sur la pratique professionnelle et les résultats cliniques.³⁸ En raison de la situation actuelle dans la recherche, les auteurs ont conclu que la question des résultats possibles n'est pas encore tranchée.

Les équipes : l'avenir des soins primaires?

On parle de soins primaires à l'endroit où se fait le premier contact avec le système de santé — bien souvent un cabinet de médecin, une clinique ou un centre de santé communautaire. Ils peuvent aussi être la voie d'accès à d'autres types de soins.

Au Canada, de nombreux professionnels de la santé dispensent des soins primaires. Le cabinet privé d'un médecin seul ou d'un petit groupe de médecins continue d'être le modèle contemporain principal d'organisation et de prestation des soins primaires.³⁹ Néanmoins, qui y prend part, comment les soins primaires sont organisés, et d'autres facteurs, varient quelque peu d'un endroit à l'autre.

Cette diversité dans les approches reflète partiellement l'intérêt soutenu à l'égard de l'étude des différents modèles de soins primaires. Par exemple, la formation d'équipes de dispensateurs de soins a suscité, et suscite toujours, un certain intérêt. Le Canada n'y fait pas exception. En 1978, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que les soins primaires s'appuient sur de nombreux de travailleurs de la santé formés socialement et techniquement de façon adéquate pour travailler en tant qu'équipe de santé pour répondre aux besoins en matière de santé exprimés par la collectivité.³¹ (traduction)

Chez le médecin

La plupart des Canadiens (81 % de ceux de 12 ans et plus en 1998-1999) ont dit avoir contacté un médecin au moins une fois au cours de l'année précédente. Selon un sondage réalisé par le Collège des médecins de famille du Canada en 2001, environ 25 % des médecins de famille travaillaient en « pratique individuelle ». Il s'agit d'une baisse par rapport à 31 % en 1997. Dans ce type de cabinet, un médecin voit les patients, administre le bureau et assume d'autres responsabilités. En 2001, les pratiques individuelles étaient toujours plus courantes dans les villes que dans les milieux ruraux.

La plupart des médecins de famille (74 %) travaillent dans des cabinets de groupe. Le sondage du Collège a révélé qu'en 2001, plusieurs de ces médecins partageaient les locaux pour bureaux (92 %), le personnel (91 %), les dépenses (85 %), les dossiers des patients (82 %) et les heures de service de garde (75 %). Plus de quatre cabinets de groupe sur cinq (82 %) partageaient quatre de ces éléments ou plus. Le partage des locaux pour bureaux et des autres dépenses peut contribuer à minimiser les frais généraux associés à l'entretien d'un bureau médical. Le partage des soins aux patients peut faire en sorte que les patients reçoivent des soins quand ils en ont besoin, peu importe si leur médecin n'est pas disponible.

Dans certains centres de pratique de groupe, plusieurs médecins travaillent ensemble. D'autres adoptent une approche « interdisciplinaire » plus générale. Ces centres peuvent offrir les services de médecins et d'infirmières, et ceux d'autres professionnels. Ainsi, le Centre de santé de groupe à Sault Ste. Marie, Ontario, réunit des médecins, des infirmières praticiennes, des diététistes, des physiothérapeutes et d'autres professionnels.⁴⁰ Il offre toute une gamme de services. En voici quelques-uns : acupuncture, clinique d'allergie/de grippe, audiologie, podologie, counselling, dermatologie, médecine d'urgence et familiale, gériatrie, obstétrique et gynécologie, dépistage du cancer du sein, physiothérapie, médecine sportive, et beaucoup plus.

Expériences avec des équipes de dispensateurs

Au Canada, des initiatives en matière de soins primaires qui font appel à des méthodes interdisciplinaires sont en place depuis plusieurs années à l'échelle locale et régionale. Une revue récente en a relevé quelques exemples partout au pays.⁴¹

Certaines évaluations des équipes de soins primaires ont été réalisées au Canada et à l'étranger. Ainsi, plusieurs chercheurs ont constaté que les infirmières praticiennes et les sages-femmes travaillant avec des médecins peuvent dispenser des soins primaires sans risque et de haute qualité.¹⁷ Et une revue internationale systématique menée en 1999 sur les

effets de la présence de travailleurs spécialisés en santé mentale dans les milieux de soins primaires a recensé 38 essais randomisés dans la documentation.⁴² Les chercheurs ont observé des effets positifs sur les diagnostics, les prescriptions et les renvois par les dispensateurs de soins primaires (à court terme du moins). Les chercheurs canadiens ont également relevé un certain nombre d'avantages et d'obstacles, du point de vue des médecins et des infirmières, dans la portée élargie du rôle des infirmières.⁴³

Néanmoins, de nombreuses questions se posent toujours. Par exemple, on en sait très peu sur la rentabilité de la prestation des soins primaires par les infirmières praticiennes au Canada.³⁹ Les évaluations de la dernière vague de projets de réforme des soins primaires apporteront peut-être des réponses. Ainsi, une étude de ces projets est en cours en Ontario et englobe environ 220 000 patients.⁴⁴ Elle examine les processus de prestation des services, l'atteinte des objectifs de la réforme, et d'autres questions connexes.

Qui se soucie de la réforme des soins primaires?

Au Canada et dans bien d'autres pays, les gouvernements parlent de la réforme des soins primaires. En septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont convenu que des améliorations aux soins primaires sont essentiels au renouveau des services de santé. Ils ont affirmé que la réforme des soins primaires est et restera prioritaire pour le Canada.⁴⁵

Cet état d'esprit se manifeste aussi clairement dans les dernières revues provinciales des soins de santé. En 1999, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario a recommandé une stratégie pour les soins primaires en vertu de laquelle les services seraient dispensés par des groupes interprofessionnels de soins primaires.⁴⁶ Selon un rapport technique préparé pour la Commission, la moitié des améliorations possibles anticipées dans l'efficacité du réseau seraient le fruit de l'inscription des tous les résidents de la province dans de tels groupes.¹⁹ Parallèlement, la Commission a souligné plusieurs difficultés appréciables dans l'atteinte du plein potentiel en matière de soins primaires.

Plus récemment, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec (la Commission Clair) recommandait que les médecins de famille conjuguent leurs efforts dans des pratiques de groupe pour offrir des soins 24/7 à leurs patients. Ce réseau de soins primaires serait le fondement du système de santé et des services sociaux.⁴⁷ De même, la Commission sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan (la Commission Fyke) a recommandé le développement d'un système intégré pour la prestation des soins primaires. Un tel système engloberait toute une gamme de dispensateurs de soins de santé.⁴⁸

Lacunes de l'information

Ce que nous savons

- La proportion des médecins de famille qui travaillent dans des pratiques individuelles et de groupe et la gamme des services qu'ils dispensent.
- Les résultats des évaluations de certaines initiatives interdisciplinaires à l'échelle locale et régionale dans les soins primaires, les hôpitaux et d'autres milieux.
- Les comparaisons des cadres des fonctions de certaines professions.
- La combinaison actuelle des dispensateurs de soins dans certains milieux.

Ce que nous ignorons

- Quels sont les effets des diverses équipes de santé sur la disponibilité et la qualité des services de santé au Canada?
- Comment la pratique conjointe, le remplacement de personnel et la polyvalence jouent sur la satisfaction et la vie professionnelle des dispensateurs de soins de santé?
- Quelles seront les répercussions des changements dans les cadres des fonctions professionnelles sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé, sur notre capacité à répondre aux besoins futurs en matière de santé, sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services et sur la qualité des soins?
- Comment différentes combinaisons de dispensateurs de soins de santé, dans divers contextes, influencent la qualité des soins, la rentabilité, ainsi que la satisfaction des patients et des dispensateurs?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour favoriser la collaboration entre les membres des équipes de santé?

Ce qui se passe

- Les rapports et les commissions provinciales recommandent l'adoption de modèles intégrés de prestation des soins primaires (p. ex. la Commission Fyke, la Commission Clair).
- Certains projets pilotes et de démonstration ont été mis sur pied au pays pour évaluer de tels modèles, dont certains sont financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé du gouvernement fédéral.
- Les médecins, les gouvernements et d'autres intervenants unissent leurs efforts pour élaborer une stratégie en matière de ressources humaines pour les médecins au Canada.
- À l'automne 2001, le Canada sera l'hôte de la Conférence internationale sur les effectifs médicaux. On y parlera entre autres des différentes approches à la planification des ressources médicales.

Pour en savoir davantage

- ¹ KATZENBACH, J.R. et SMITH, D.K. *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*. 2nd Edition. New York : Harper Collins, 1999.
- ² MANION, J., LORIMER, W. et LEANDER, W.J. *Team-Based Health Care Organizations: Blueprint for Success*. Gaithersburg, Maryland : Aspen Publishers, 1996.
- ³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Genève : OMS, 1981. http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Hfa-r&softpage=Browse_Frame_Pg42
- ⁴ SULLIVAN, T.J. *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York : McGraw-Hill Health Professions Division, 1998.
- ⁵ MACKAY, L., SOOTHILL, K. et WEBB, C. Troubled times: the context for interprofessional collaboration? In Soothill K, Mackay L, Webb C (Eds.). *Interprofessional Relations in Health Care*. Londres : Edward Arnold, 1995.
- ⁶ LEATT, P., LEMIEUX-CHARLES, L. et AIRD, C. Program management: introduction and overview. In Leatt P, Lemieux-Charles L, Aird C (Eds). *Program Management and Beyond: Management Innovations in Ontario Hospitals*. Ottawa : Collège canadien des directeurs de services de santé, 1994.
- ⁷ PERSAUD, D.D. et NARINE, L. Principes d'équité organisationnelle et changements de grande envergure : la gestion des programmes. *Forum Gestion des soins de santé*, 13(4), 2000, p. 10-16.
- ⁸ GLOBERMAN, J., DAVIES, J.M. et WALSH, S. Social work in restructuring hospitals: meeting the challenge. *Health & Social Work*, 21(3), 1996, p. 178-88.
- ⁹ ARMSTRONG, P., ARMSTRONG, H., CHOINIÈRE, J., MYKHALOVSKIY, M. et WHITE, J.P. *Medical Alert: New Work Organizations in Health Care*. Toronto : Garamond Press, 1997.
- ¹⁰ LEMIEUX-CHARLES, L., LEATT, P. et AIRD, C. *Program Management and Beyond: Management Innovations in Ontario Hospitals*. Ottawa : Collège canadien des directeurs de services de santé, 1994.
- ¹¹ MICHALSKI, J.H., CREIGHTON, E. et JACKSON, L. The impact of hospital restructuring on social work services: a case study of a large, university-affiliated hospital in Canada. *Social Work in Health Care*, 30(2), 1999. p. 1-26.
- ¹² MORRIS, K., STUART, N., MONAGHAN, B. et ALTON, L. An evaluation of program management: the West Park Hospital experience. *Forum Gestion des soins de santé*, 7(2), 1994, p. 29-37.
- ¹³ SIMONS, R., ELIOPOULOS, V., LAFLAMME, D. et BROWN, D.R. Impact on process of trauma care delivery 1 year after the introduction of a trauma program in a provincial trauma centre. *The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care*, 46(5), 1999, p. 811-5.
- ¹⁴ ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES, ASSOCIATION CANADIENNE DES DIÉTÉTISTES, ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE. *DIRHS : Inventaire des activités menées au Canada*. Ottawa : Projet Développement intégré des ressources humaines en santé, 1996.
- ¹⁵ COMMISSION MANITOBAINE DE RÉFORME DU DROIT. *Regulating Professions and Occupations*. Manitoba : Commission manitobaine de réforme du droit, 1994.
- ¹⁶ WAY, D.O., JONES, L. et BUSING, N. *Implementation Strategies: "Collaboration in Primary Care – Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care"*. Toronto : Ontario College of Family Physicians, 2000.
- ¹⁷ PONG, R.W., SAUNDERS, D., CHURCH, J., WANKE, M. et CAPPON, P. *Ressources humaines en santé dans Le domaine des soins de santé communautaires : Revue de la documentation*. Ottawa : Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, 1995.
- ¹⁸ PATEL, V.L., CYTRYN, K.N., SHORLIFFE, E.H. et SAFRAN, C. (2000). The Collaborative Health Care Team: The Role of Individual and Group Expertise. *Teaching and Learning in Medicine*, 2000 12: p.117-132. www-smi.stanford.edu/pubs/SMI_Abstracts/SMI-1999-0768.pdf
- ¹⁹ MIRKIN, D., PARKE, R. et GRIGNON, R. *Proposed Inter-Professional Primary Health Care Groups (PCGs) Costing Models: A Technical Costing Report Prepared by Milliman & Robertson Inc. (Actuaries and Consultants) for the Health Services Restructuring Commission's Primary Health Care Strategy*. New York : Milliman & Robertson, Inc., 1999.
- ²⁰ DRINKA, T.J.K. et CLARK, P.G. *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*. Westport, Connecticut : Auburn House, 2000.
- ²¹ CAMPBELL, J.D. (1998). Collaborative practice in the 1980s. In Sullivan TJ (Ed.). *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York : McGraw-Hill Health Professions Division, 1998.
- ²² HUSTON, M.J. Pharmacy. In Marsh, J.H. Ed. *The Canadian Encyclopedia: Year 2000 Edition*. Toronto : McClelland and Stewart, 2000.
- ²³ EVARTS, C.M., BOSOMWORTH, P.P. et OSTERWEIS, M. (Eds.). *Human Resources for Health: Defining the Future*. Washington : Association of Academic Health Centers, 1992.
- ²⁴ BENEY, J., BERO, L.A. et BOND, C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes (Cochrane review). *The Cochrane Library*, 3. Oxford : Update Software, 2001.

- ²⁵ CHENIER, N.M. Nursing. In Marsh, J.H. Ed. *The Canadian Encyclopedia: Year 2000 Edition*. Toronto : McClelland and Stewart, 2000.
- ²⁶ PONG, R.W. Vers une mise en valeur de la polyvalence chez les professionnels de la santé : article préliminaire à la conférence. *Le Journal canadien des techniques en radiation médicale*, 28(1), 1997, p. 11-18.
- ²⁷ COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ. *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Ottawa : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé, 2000.
- ²⁸ FRIESEN, D. Skill mix literature review. *Healthcare Management Forum*, 9(2), 1996. p. 48-52.
- ²⁹ ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Éco-Santé OCDE 2000*. Paris : OCDE, 2000.
- ³⁰ MCGILLIS HALL, L., DORAN D.I., BAKER, G.R., PINK, G.H., SIDANI, S., O'BRIEN-PALLAS, L. et DONNER, G.J. *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes: A Summary Report of the Nursing Staff Mix Outcomes Study*. Toronto : University of Toronto, 2001.
www.nursing.utoronto.ca/news/releases/nsmospdfoct3.pdf
- ³¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Déclaration d'Alma-Ata, *Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS*. Genève : OMS, 1978.
- ³² ØVRETVEIT, J. How patient power and client participation affects relations between professions. In Øvretveit, J, Mathias P, Thompson T (Eds.). *Interprofessional Working for Health and Social Care*. Houndmills, Hampshire : Macmillan, 1997.
- ³³ ZWARENSTEIN, M. et BRYANT, W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane review). *The Cochrane Library*, 3. Oxford : Update Software, 2001.
- ³⁴ BALL, J. et RAFFERTY, A.M. *Teamwork in nursing practice*. Copenhague : International Congress of Nurses. 2001.
- ³⁵ MCCREARY, J.F. Education of health personnel. *Revue canadienne de santé publique*, 55, 1964, p. 424-434.
- ³⁶ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Hospital Report 2001: Acute Care*. Ottawa : ICIS, 2001.
- ³⁷ CICCOCIOPPO, L. Paradigm shift in health sciences: team centred learning turning heads. *Folio*, (le 27 novembre 1998). www.ualberta.ca/FOLIO/9899/11.27/04.html.
- ³⁸ ZWARENSTEIN, M., REEVES, S., BARR H., HAMMICK, M., KOPPEL, I. et ATKINS, J. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). *The Cochrane Library*, 3. Oxford : Update Software, 2001.
- ³⁹ HUTCHISON, B., ABELSON, J. et LAVIS, J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20(3), 2001, p. 116-131.
- ⁴⁰ MURRAY, D. Group Health Centre: The best kept secret in Canada, *Pulse 2001 Conference*. Toronto : Institute for International Research, (le 29 mai 2001).
- ⁴¹ CANADA WEST FOUNDATION. *Primary Care Reform in Canada: An Overview*. Calgary : Canada West Foundation, 2000.
- ⁴² BOWER, P. et SIBBALD, B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice (Cochrane review). *The Cochrane Library*, 3. Oxford : Update Software, 2001.
- ⁴³ THE CENTRE FOR NURSING STUDIES IN COLLABORATION WITH THE INSTITUTE FOR THE ADVANCEMENT OF PUBLIC POLICY. *Final Report ~ The Nature of the Extended/Expanded Nursing Role in Canada: A Project of the Advisory Committee on Health Human Resources*. St John's : The Centre for Nursing Studies, 2001.
- ⁴⁴ PRICEWATERHOUSECOOPERS. *Ontario Ministry of Health and Long Term Care - Evaluation of Primary Care Reform Pilots in Ontario: Phase I—Final Report*, 2001.
www.oma.org/phealth/pcrphas11.htm#fulldoc
- ⁴⁵ RÉUNION DES PREMIERS MINISTRES. Communiqué. *Communiqué sur la santé*. Ottawa : Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes. (le 11 septembre 2000).
www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html
- ⁴⁶ COMMISSION DE RESTRUCTURATION DES SERVICES DE SANTÉ. *Stratégie pour la réforme des soins primaires*. Toronto : Commission de restructuration des services de santé, 1999.
http://192.75.156.24/phase2f/rr_phc_final_f.doc
- ⁴⁷ COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport de la Commission : Les solutions émergentes*. Québec : Gouvernement du Québec, 2000
- ⁴⁸ COMMISSION ON MEDICARE. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Regina : Gouvernement de la Saskatchewan, 2001. www.shin.sk.ca/fyke_report/commission_on_medicare-bw.pdf

Chapitre 5

Travailler dans la santé



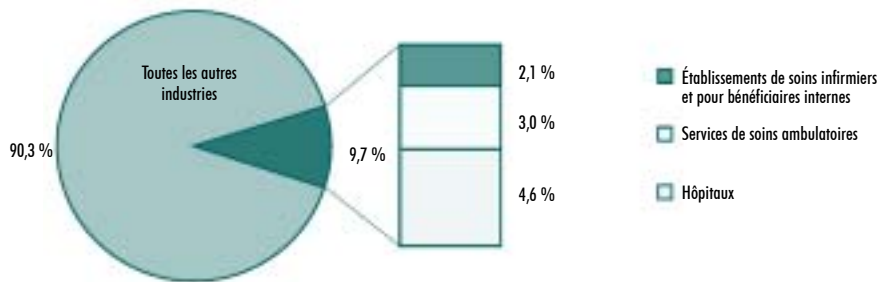
Travailler dans la santé



Cliniques, maisons privées, postes infirmiers dans le Nord, hôpitaux d'enseignement dans les grandes villes, universités — ce ne sont là que quelques-uns des nombreux milieux dans lesquels travaillent les dispensateurs de soins de santé au Canada. La plupart travaillent dans des hôpitaux, quoique cela change. Ainsi, moins d'une infirmière autorisée sur 10 (9 %) travaillait en soins à domicile ou dans un organisme de santé communautaire en 1994. Six ans plus tard, elles étaient 12 % à occuper un poste dans ces secteurs. De même, un récent sondage de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) a révélé que plus du tiers de ses membres (43 %) travaillent maintenant dans des milieux privés, comme des cliniques de réadaptation ou de blessures sportives. Il s'agit d'une hausse par rapport à 5 % en 1995.¹

Où travaillent les travailleurs de la santé?

En 1999, les hôpitaux embauchaient à peu près la moitié des Canadiens qui travaillaient dans l'un des trois principaux milieux de la santé sur lesquels a porté le sondage. Les autres travaillaient dans des milieux de soins ambulatoires, dans des foyers de soins infirmiers ou des établissements de soins pour bénéficiaires internes.



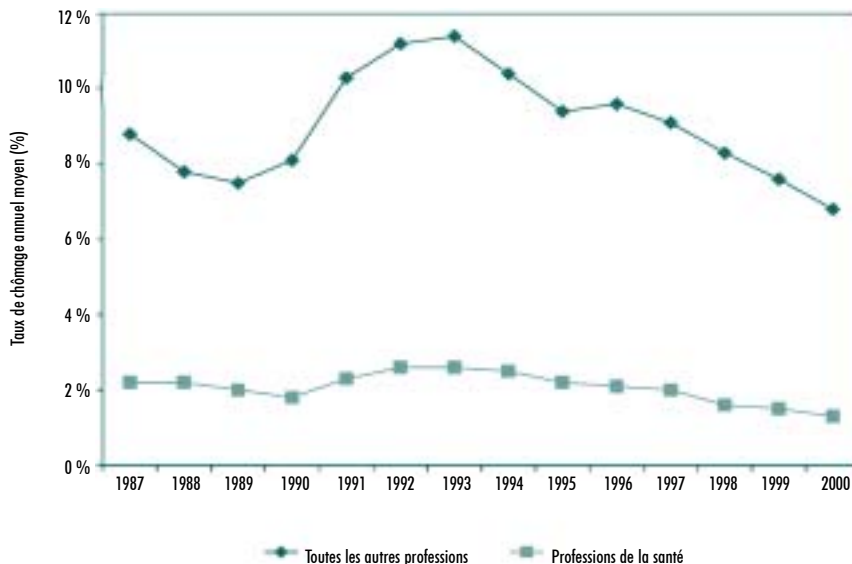
Source : Enquête sur le lieu de travail et les employés, Statistique Canada

D'autres travaillent toujours dans des hôpitaux et des établissements semblables.

En raison de ce contexte en pleine évolution, le présent chapitre porte sur le cheminement de carrière et la vie au travail des Canadiens œuvrant dans les soins de santé. Par exemple, à quelle fréquence changent-ils d'employeur? Combien d'heures par jour travaillent-ils? Comment sont-ils payés et combien? Que pensent-ils de leur travail? Le chapitre qui suit traite des questions liées à la santé des travailleurs de la santé.

Les travailleurs de la santé moins susceptibles d'être sans emploi

Depuis 1987, les taux de chômage annuels moyens des Canadiens dans le secteur de la santé sont régulièrement moins élevés que pour tous les autres travailleurs.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Ces questions sont évidemment importantes pour ceux qui travaillent en soins de santé. Mais elles comptent également pour les employeurs de la santé et les décideurs qui tentent de planifier la bonne combinaison de travailleurs de la santé, le recrutement et le maintien en poste, pour dispenser des soins et d'autres services. Et, dans certains cas, de nouvelles recherches semblent indiquer qu'elles peuvent aussi être liées à la façon dont les patients se débrouillent.

Changer d'emploi

Chaque mois, de nombreux Canadiens laissent ou perdent leur emploi. D'autres en trouvent un nouveau. Depuis 1987, selon

L'Enquête sur la population active de Statistique Canada, les travailleurs de la santé sont beaucoup moins susceptibles que les autres travailleurs d'être en chômage. Dans les 13 dernières années, leurs taux de chômage annuels moyens s'établissaient entre 1,3 % et 2,6 %. Les taux de tous les travailleurs fluctuaient entre 7 % et 11 % pour la même période.

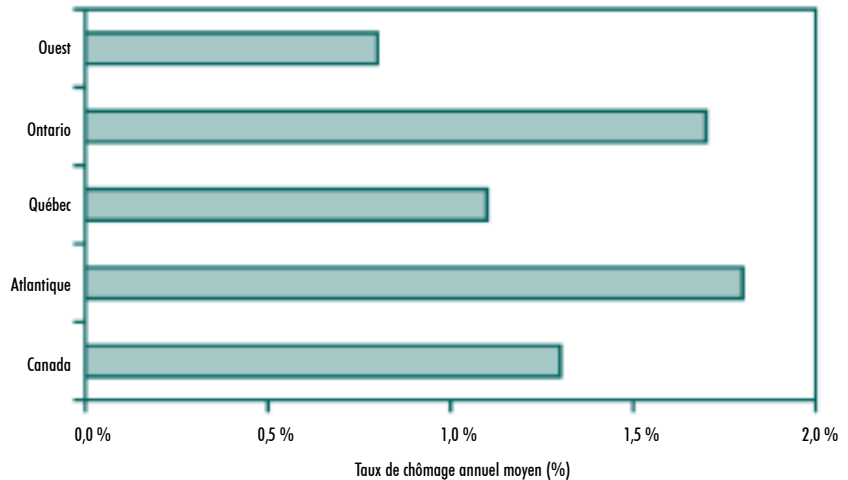
On observe des caractéristiques similaires partout au pays. Par exemple, le taux de chômage annuel moyen des Canadiens dans des professions de la santé était de 1,3 % en 2000. La région de l'Atlantique enregistrait le taux le plus élevé, mais il était quand même inférieur à 2 %.

Par contre, les taux de chômage varient selon les différentes professions de la santé. En 2000, le taux de chômage pour les professions techniques et d'assistance était trois fois plus élevé (1,9 %) que pour les professionnels de la santé (0,6 %). Cette dernière catégorie comprend les infirmières autorisées et les infirmières surveillantes.

Une fois qu'ils ont trouvé un emploi, les Canadiens dans les professions de la santé ont tendance à rester plus longtemps chez le même employeur que les travailleurs en général. En 2000, 13 % des travailleurs de la santé étaient au service du même employeur (dans le même poste ou des postes différents) depuis un an ou moins. À l'autre extrême, 15 % avaient 20 ans ou plus de service. La durée moyenne des fonctions chez un même employeur était de 118 mois — un peu moins de 10 ans — par rapport à 96 mois pour tous les travailleurs canadiens.

Le chômage dans les soins de santé au Canada

En 2000, le taux de chômage annuel moyen était de 1,3 % pour les Canadiens dans les professions de la santé. Comme on peut le voir dans ce diagramme, les taux variaient d'une région à l'autre mais se situaient tous sous la barre des 2 %. Les données pour les territoires ne sont pas disponibles.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Rester plus longtemps avec le même employeur

La durée moyenne d'occupation d'un emploi — le nombre d'années consécutives au service de l'employeur actuel ou le plus récent — a augmenté depuis la fin des années 1980. Cela s'applique tant aux travailleurs canadiens en général qu'à ceux qui œuvrent dans la santé. Pendant cette période, les IA, les infirmières surveillantes et les autres professionnels de la santé ont occupé leur poste chez le même employeur plus longtemps que les autres travailleurs de la santé.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

La journée de travail des professionnels de la santé

En moyenne, les Canadiens ont consacré 36,7 heures par semaine à leur emploi principal — l'emploi pour lequel ils ont travaillé le plus grand nombre d'heures en 2000. Les travailleurs de la santé y ont consacré en moyenne un peu moins de temps (34,1 heures). Pourquoi cette différence? Elle s'explique en partie par le fait que les professionnels de la santé étaient plus susceptibles de travailler à temps partiel que les autres travailleurs. En effet, plus du quart (26 %) ont travaillé moins de 30 heures par semaine dans leur emploi principal en 2000, comparativement à 18 % pour l'ensemble des travailleurs canadiens.²

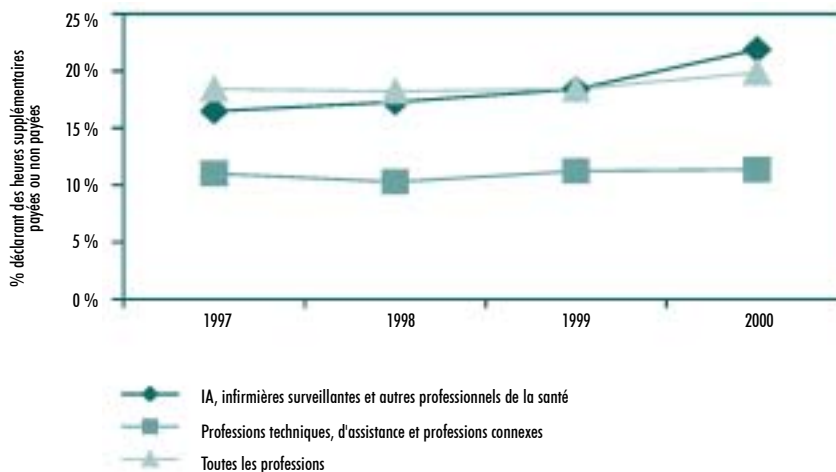
Bien que la plupart des Canadiens aient un seul emploi, certains en ont plusieurs. Les professionnels de la santé étaient plus susceptibles d'occuper des emplois multiples (8 %) en 2000 que les autres travailleurs en général (5 %). Cet écart s'est agrandi du début au milieu des années 1990. En 1987, seulement 5 % des Canadiens dans les professions de la santé

et 4 % de tous les travailleurs avaient plus d'un emploi. En 1996, cette proportion était passée à 9 % et 5 % respectivement. Depuis, les taux pour les travailleurs de la santé ont été relativement stables, fluctuant entre 8,0 % et 8,6 %.²

De plus, environ un travailleur de la santé sur six (16 %) a travaillé chaque semaine des heures supplémentaires payées ou non payées en 2000. Ceux qui l'ont fait ont passé en moyenne sept heures de plus par semaine au travail. Plus de la moitié (60 %) de ceux qui ont fait des heures supplémentaires ont été payés ou ont pu prendre un congé compensatoire pour au moins certaines des heures supplémentaires. À titre de comparaison, les travailleurs de l'extérieur du réseau de la santé

Les heures supplémentaires

Environ un Canadien sur six travaillant dans le secteur de la santé a déclaré avoir fait des heures supplémentaires, payées ou non payées, chaque semaine en 2000, tel qu'illustré dans ce graphique. La probabilité de travailler des heures supplémentaires varie quelque peu selon les groupes de professionnels de la santé et au fil du temps.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

étaient un peu plus susceptibles de faire des heures supplémentaires. Un sur cinq (20 %) a déclaré avoir fait des heures supplémentaires payées ou non payées. La moyenne était de neuf heures par semaine.²

Gros plan sur les médecins

Les sondages annuels de l'Association médicale canadienne révèlent que le nombre d'heures que les médecins travaillent en moyenne par semaine change quelque peu d'année en année.³ En 2001, ils ont déclaré une moyenne de 53 heures, (excluant les heures de service de garde) une baisse par rapport à 54 en 1999, mais une hausse d'environ six heures comparativement à 1993. Pendant cette période, les médecins ont déclaré avoir consacré à peu près le même temps (ou un peu moins) aux soins directs aux patients. Par contre, ils ont passé plus de temps à effectuer d'autres tâches.

La moyenne des heures travaillées varie d'un médecin à l'autre. Ainsi, les médecins âgés entre 45 et 54 ans ont dit avoir travaillé un plus grand nombre d'heures par semaine que leurs collègues plus jeunes et plus âgés.³ De même, en moyenne, les hommes médecins ont déclaré avoir travaillé plus d'heures chaque semaine (55 en 2001) que les femmes médecins (49). Ces différences peuvent être attribuables, en partie du moins, à l'âge, la spécialité et d'autres variations entre les sexes.

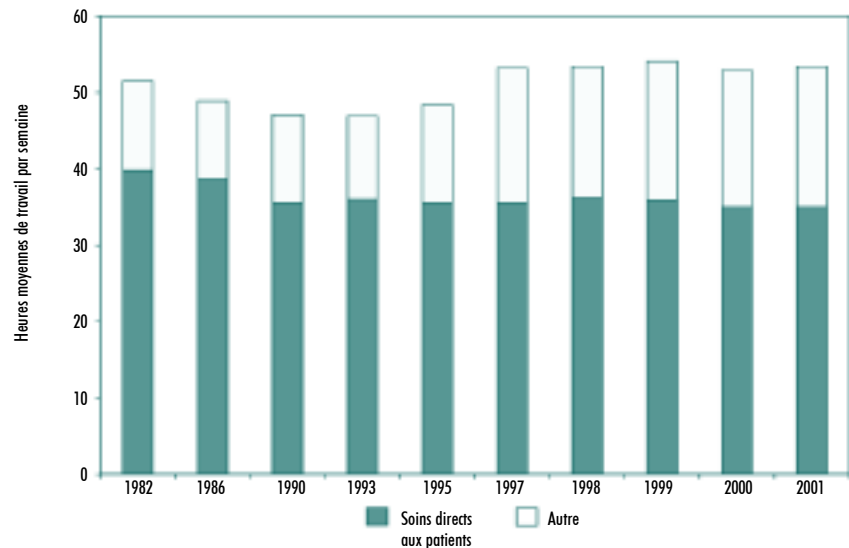
Le milieu (urbain ou rural) influence aussi le nombre d'heures que les médecins travaillent normalement. Ceux en milieu urbain ont déclaré avoir travaillé un peu plus d'heures — 54 contre 49 — sans compter les heures de service de garde. Par contre, 37 % des médecins en milieu rural ont dit avoir consacré plus de 40 heures par mois au service de garde par rapport à 26 % des médecins dans les villes.³

Une autre façon de comprendre la charge de travail des médecins consiste à étudier leurs niveaux d'activité dans le temps. Selon cette méthode, on a recours aux réclamations des médecins rémunérés à l'acte pour établir un « ratio d'activité ». Un ratio de un représente ce qu'un médecin « typique » à temps plein réclame (techniquement, entre les 40^e et 60^e percentiles), ajusté en fonction des différences entre les provinces et les spécialités.

Selon cette mesure, les médecins travaillant à temps plein en 1998-1999 ont dispensé davantage de soins en moyenne que ceux en 1989-1990. Cette observation est valable pour les hommes et les femmes médecins. Cependant, pendant cette période, les ratios d'activité des femmes médecins avaient tendance à être moins élevés que ceux de leurs collègues masculins. Les grossesses et d'autres responsabilités familiales, particulièrement entre 30 et 50 ans, peuvent expliquer en partie cet écart entre les sexes.

Que font les médecins pendant leur temps de travail

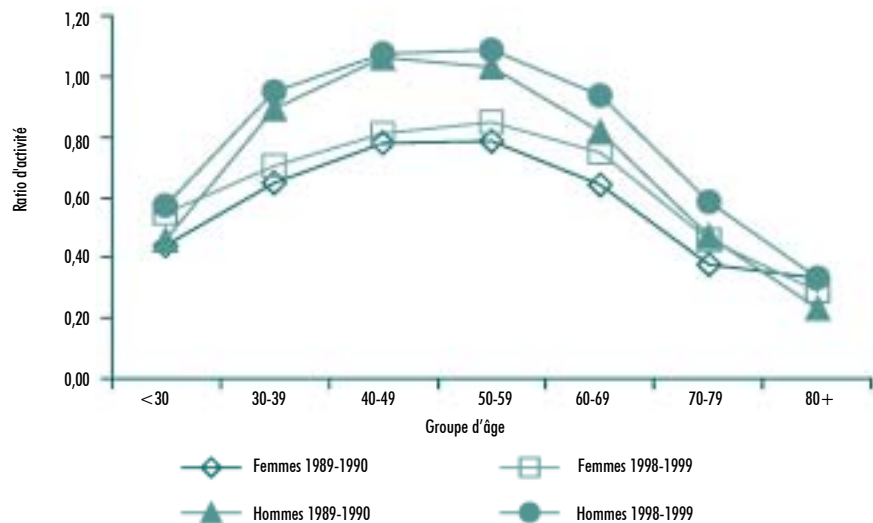
Depuis plus de 10 ans, l'Association médicale canadienne demande aux médecins comment ils gèrent leur temps de travail. Ce graphique présente les résultats — le nombre moyen d'heures que les médecins canadiens à temps plein et à temps partiel ont travaillé par semaine entre 1982 et 2001, à l'exclusion du temps en service de garde. Les moyennes annuelles s'échelonnent entre un peu moins de 47 heures en 1993 à 54 heures en 1999. La majorité du temps était consacrée aux soins directs aux patients. Voici des exemples d'autres activités : soins indirects aux patients (p. ex. autres appels téléphoniques ou consignation au dossier), administration, recherche, enseignement, formation médicale continue, ou autres activités. Les chiffres antérieurs à 1993 s'appuient sur des recensements de tous les médecins au Canada, y compris les médecins de famille et les spécialistes; les chiffres ultérieurs sont tirés d'enquêtes par sondage.



Source : Questionnaire sur les ressources médicales, Association médicale canadienne

Les médecins travaillent plus

Les « ratios d'activité » comparent la quantité relative de travail de deux groupes de médecins, telle que mesurée par l'activité rémunérée à l'acte, en tenant compte de la province où ils exercent et de leur spécialité. Un ratio de 1,0 représente un médecin « typique » à temps plein rémunéré à l'acte. Selon cette mesure, les médecins canadiens rémunérés à l'acte en 1998-1999 semblaient être plus actifs, en moyenne, que ceux en 1989-1990.



Source : Base de données nationale sur les médecins, ICIS

Payer ceux qui dispensent les soins

Les modes de rémunération des dispensateurs de soins varient beaucoup selon la profession et le lieu de l'exercice. Souvent, les dispensateurs de soins sont payés au moyen d'une combinaison de systèmes publics et privés de paiement. Par exemple, certains services des chiropraticiens, des dentistes, des podiatres, des optométristes et des physiothérapeutes sont couverts en vertu de certains régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie ou d'autres programmes publics. D'autres ne sont pas complètement couverts ou sont assujettis à des restrictions. Ainsi, les services des chiropraticiens sont admissibles au financement public en Ontario et dans les provinces de l'Ouest.⁴ Par contre, il peut y avoir une limite au nombre de visites ou aux sommes versées par le régime provincial.

D'autres dispensateurs reçoivent aussi des fonds provenant de sources multiples. Par exemple, les services de physiothérapie dans un hôpital peuvent être payés à même le budget global de l'hôpital. Les assureurs privés, les commissions des accidents du travail, les employeurs ou les patients eux-mêmes assument souvent une partie ou la totalité des coûts de ces services en clinique privée.⁵ Dans certains cas, ils peuvent même payer pour des services de physiothérapie dans une clinique d'hôpital.⁶

Comment les médecins sont payés

Les données de l'ICIS révèlent que presque 13 milliards de dollars ont été consacrés aux services médicaux au Canada en 2000. La plus grande partie (98,6 %) provenait des fonds publics.

La plupart des professionnels de la santé reçoivent un salaire, mais les médecins sont payés de différentes façons. Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie, la majorité des médecins canadiens facturent leur province ou leur territoire pour chaque service dispensé aux patients. La rémunération à l'acte demeure sans contredit le mode de rémunération le plus répandu.

Les données de l'ICIS révèlent qu'en 1998-1999, les paiements nets moyens aux médecins de famille au Canada qui reçoivent des paiements supérieurs à 50 000 \$ s'élevait à 178 320 \$.* Cette somme était la moins élevée en Nouvelle-Écosse, 142 103 \$, et la plus élevée à l'Île-du-Prince-Édouard, soit 198 991 \$. On observe aussi des variations semblables entre les provinces au sein des spécialités médicales et chirurgicales. Les paiements nets ne comprennent pas les autres modes de paiement, comme les salaires ou la vacation. De même, ils ne reflètent pas le revenu effectif des médecins car ils doivent acquitter des frais d'exercice à partir de leur revenu, comme les dépenses associées au personnel et au bureau.

Même si la rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant, de plus en plus de médecins sont payés d'autres façons. Par exemple, presque 90 % des médecins de famille sondés par le Collège canadien des médecins de famille en 2001 ont déclaré avoir reçu une partie de leur revenu en vertu de la rémunération à l'acte.⁷ Les autres modes de rémunération moins répandus comprenaient les salaires (14,9 %) et la capitation (1,9 %).

* Les chiffres sont pour les 10 provinces seulement. Ils ont été révisés en fonction d'estimations mises à jour depuis la divulgation originale dans la publication de l'ICIS *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 1996-1997 à 1998-1999*.

En 1999-2000, plus de 20 % des médecins canadiens ont reçu des paiements pour des soins cliniques en vertu d'autres modes de paiement, par exemple :

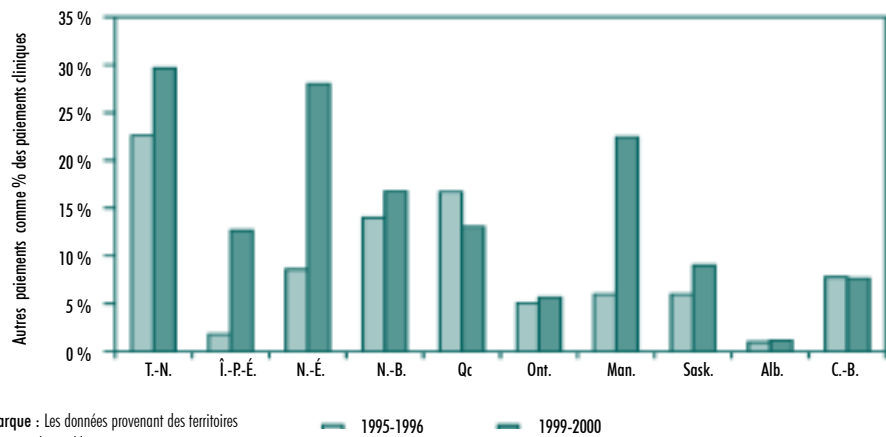
- Salaires
- Rémunération horaire ou quotidienne à la vacation (p. ex. pour financer les services d'urgence, les cliniques psychiatriques et les soins dans les régions rurales de certains secteurs de compétence)
- Paiement mensuels pour les clients inscrits auprès d'un groupe de médecins (qu'on appelle « capitation »)
- Budgets annuels négociés pour un groupe de médecins, habituellement associé à un centre médical universitaire (qu'on appelle parfois « financement global »)
- Financement contractuel des conseils régionaux; les conseils décident de l'affectation des fonds
- Combinaison de ces options et d'autres méthodes (qu'on appelle « modèles confondus »)

Ensemble, les autres modes de paiement représentent environ un milliard de dollars par année versés pour les services médicaux. Mais le recours à ces modes de paiement varie beaucoup d'un endroit à l'autre au pays. Les données de l'ICIS révèlent qu'en 1999-2000, l'utilisation était la plus faible en Alberta. Les autres modes de paiement ne représentaient que 2 % des dépenses de la province liées aux services médicaux. La proportion était la plus élevée à Terre-Neuve, soit 30 %.

Bien qu'un grand nombre de médecins canadiens soient payés en partie au moyen d'autres modes publics de paiement, ils sont moins nombreux à être payés *surtout* de cette façon. Ceux qui restent

La popularité croissante des autres modes de paiement

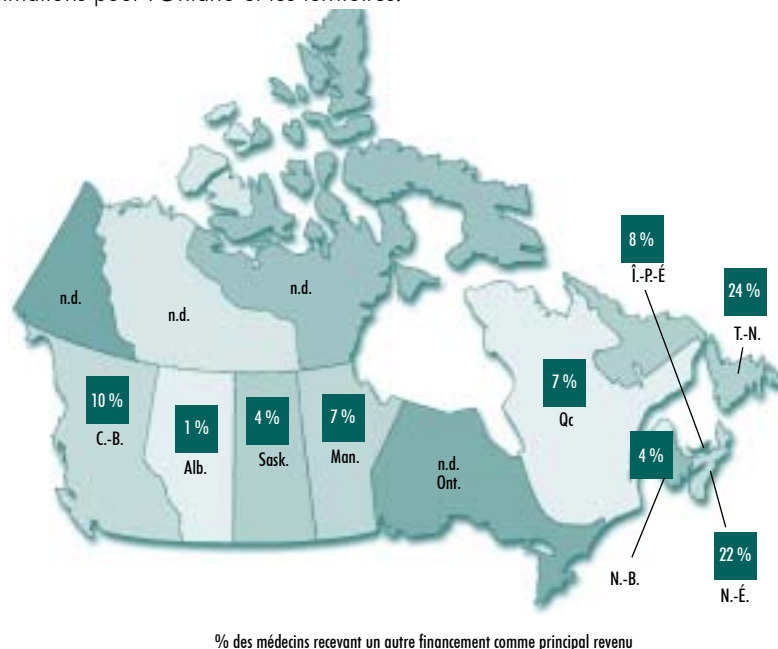
Entre 1995-1996 et 1999-2000, la part des dépenses consacrées aux services médicaux qui passent par d'autres modes de paiement de rechange a augmenté dans toutes les provinces, sauf au Québec et en Colombie-Britannique.



Source : Information obtenue des ministères provinciaux de la Santé de neuf provinces (sauf l'Ontario). Les données de l'Ontario reposent sur les calculs des dépenses de macro-niveau provenant de la Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Médecins adhérant à un autre mode de financement comme source principale de revenus

En 1999-2000, les autres modes de paiement de rechange représentaient dans la plupart des provinces la « principale » source de financement pour 10 % ou moins de médecins. Font exception Terre-Neuve, où de nombreux omnipraticiens exerçant en milieu rural reçoivent un salaire, et la Nouvelle-Écosse, en raison principalement des ententes de financement global qui visent un nombre relativement important de médecins. Les variations à l'échelle du pays figurent ci-dessous. Remarque : on ne possédait pas d'estimations pour l'Ontario et les territoires.



Source : Information obtenue des ministères provinciaux de la santé des neuf provinces.

reçoivent encore leurs paiements par l'entremise des régimes provinciaux de rémunération à l'acte. De nombreux médecins déclarent aussi recevoir certains revenus en facturant les patients pour des services désassurés ou non assurés. Dans certaines provinces, ces services — par exemple remplir des formulaires, circonscrire un bébé et donner des conseils en médecine de voyage — ne sont pas couverts par les régimes publics d'assurance-maladie.

Dans son sondage de 2001, l'Association médicale canadienne a demandé aux médecins comment ils préféreraient être payés. Presque 35 % d'entre eux ont dit préférer la rémunération à l'acte. Par contre, d'autres ont répondu qu'ils aimeraient mieux recevoir un salaire (24 %) ou être payés en vertu d'une combinaison de méthodes (27 %).³

Combien gagnent les infirmières de soins généraux

Au Canada, de nombreuses infirmières travaillent dans les hôpitaux et dans d'autres milieux en vertu d'ententes négociées par leur syndicat. Ce tableau présente les salaires minimum et maximum (en excluant les heures supplémentaires) des infirmières de soins généraux, compilés par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. La date d'entrée en vigueur de la plus récente augmentation est aussi indiquée.

Nom du syndicat	Revenu annuel		Entrée en vigueur — dernière augmentation
	Minimum	Maximum	
Newfoundland/Labrador Nurses' Union	37 716 \$	46 953 \$	1/5/2001
Prince Edward Island Nurses' Union	37 733 \$	45 981 \$	1/4/2001
Nova Scotia Nurses' Union	43 572 \$	51 123 \$	1/11/2001
Syndicat des infirmières du Nouveau-Brunswick ¹	38 727 \$	47 132 \$	1/7/2001
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec	32 252 \$	48 049 \$	1/1/2001
Ontario Nurses' Association ²	39 975 \$	58 968 \$	1/4/2000
Manitoba Nurses' Union	41 225 \$	48 600 \$	1/4/2001
Saskatchewan Union of Nurses	39 970 \$	48 564 \$	1/4/2001
United Nurses of Alberta ³	43 297 \$	52 275 \$	1/4/2001
British Columbia Nurses' Union	43 123 \$	55 900 \$	1/10/2001

Remarque : les chiffres n'ont pas été rajustés pour tenir compte d'autres différences dans les conditions de travail ou du coût de la vie.

¹ Deux augmentations en 2001 : 0,5% le 1^{er} janvier 2001 et 1 % le 1^{er} juillet 2001.

² Aucune augmentation en 2001, les salaires restent donc au niveau de 2000 dans ce tableau. La convention de l'Ontario Nurses' Association a expiré le 31 mars 2001.

³ Deux augmentations en 2001. La nouvelle convention de l'UNA expiré le 31 mars 2003.

Source : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Les salaires des professionnels de la santé

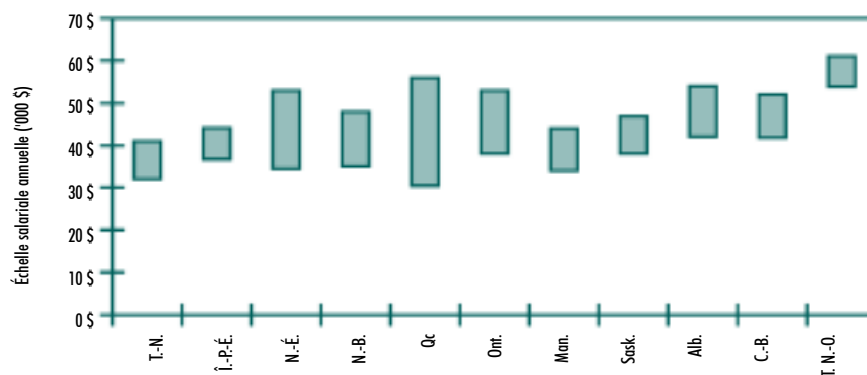
Le salaire d'une personne, une fois qu'elle est en poste, dépend de plusieurs facteurs. Ses études, sa formation et ses compétences sont importantes. Tout comme ses responsabilités, son ancienneté, son lieu de travail et d'autres éléments.

Pour les Canadiens travaillant dans la santé, les revenus varient beaucoup d'une profession à une autre et, dans certains cas, d'une région à une autre. Par exemple, en septembre 2001, le salaire annuel initial d'une infirmière autorisée (sans compter les heures supplémentaires rémunérées) s'échelonnait entre un peu plus de 32 000 \$ au Québec et plus de 43 500 \$ en Nouvelle-Écosse, selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers.⁸

Dans quelle mesure ces écarts de salaires influencent le choix des professionnels de la santé à l'égard de leur lieu de travail? Les données ne sont pas claires. Mais une étude récente présentée à la conférence des premiers ministres à Victoria demandait aux provinces et aux territoires d'envisager des solutions pour accroître le nombre de travailleurs de la santé dans leur secteur de compétence tout en ne recrutant pas des travailleurs provenant d'autres parties du pays.⁹

Comparaison des salaires en physiothérapie et en ergothérapie

Les salaires des physiothérapeutes et des ergothérapeutes cliniques varient d'un océan à l'autre. Ce graphique présente l'échelle salariale minimum et maximum pour les thérapeutes à temps plein dans le secteur public, selon la province et les Territoires du Nord-Ouest en 2000.



Source : Francis & Associates, Personnel Placement for Canadian Health Professionals Survey, 2000. Présenté dans *Physiotherapy in Manitoba*, Association canadienne de physiothérapie, division du Manitoba, 2001.

Les données de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada révèlent que dans l'ensemble, entre 1997 et 2000, le revenu hebdomadaire moyen des travailleurs de la santé à temps plein a augmenté de 4 %. Cela se compare à une hausse de 6,8 % pour les autres travailleurs à temps plein. Parmi les professions de la santé, les pharmaciens, les diététistes et les nutritionnistes ont bénéficié de la croissance en pourcentage la plus élevée (+14,4 %). À l'opposé, les médecins, les dentistes et les vétérinaires ont reçu la plus faible augmentation (+0,5 %).

Les salaires fixes sont une façon de reconnaître le travail des employés. Il en existe d'autres. Par exemple, selon l'Enquête sur le lieu de travail et les employés réalisée en 1999 par Statistique Canada, environ un employeur sur six dans les services de santé ambulatoires (p. ex. cabinets de médecins ou de dentistes, cliniques externes) offrait des gratifications individuelles — comme les primes, les commissions ou les options d'achat d'actions — à certains employés. Dans les autres industries, les employeurs étaient plus nombreux à offrir des gratifications individuelles (30 %) ou des rétributions financières en fonction du mérite ou des compétences (17 %).

Syndicalisation et soins de santé au Canada

Les syndicats et les groupes d'employeurs négocient les salaires et les conditions de travail de la majorité des travailleurs de la santé. Selon l'Enquête sur la population active, le taux de syndicalisation des travailleurs de la santé et de l'aide sociale était le quatrième en importance dans l'industrie.¹⁰ Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux aux États-Unis. Par exemple, plus de 85 % du personnel infirmier et des thérapeutes, et environ 60 % des technologues de la santé sont syndiqués au Canada. Cette proportion est inférieure à 20 % chez nos voisins du sud.¹¹

La satisfaction professionnelle dans les soins de santé

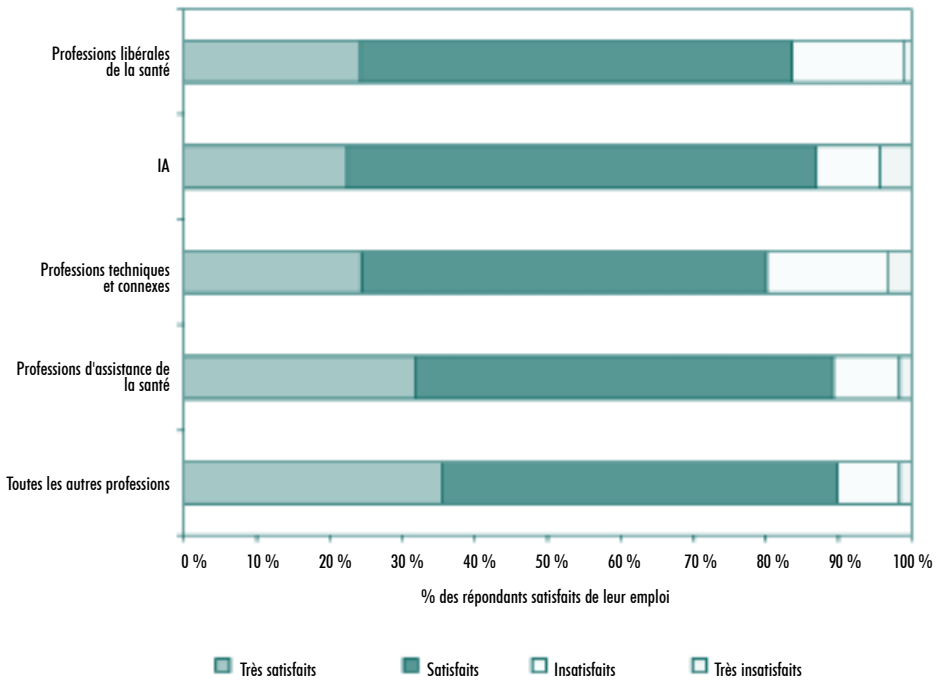
Selon l'Enquête sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada, plus de quatre Canadiens sur cinq (90 %) ne travaillant pas dans la santé étaient satisfaits ou très satisfaits de leur travail en 1999. Dans les professions de la santé, cette proportion était de 85 %.

Ce que pensent les infirmières

Une étude réalisée en 1998-1999 comparait les degrés de satisfaction chez les IA dans les hôpitaux de soins de courte durée dans cinq pays.¹² Dans tous les pays, la plupart des IA d'hôpital ont déclaré être très satisfaites de leur emploi. Mais 17 % d'entre elles en Allemagne et 41 % en Pennsylvanie ont dit être insatisfaites. À 33 %, les infirmières canadiennes (de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario) se situaient au milieu.

Satisfaction professionnelle

En 1999, la plupart des dispensateurs de soins de santé ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits de leur emploi courant. Ce diagramme illustre les degrés de satisfaction de quatre groupes de dispensateurs de soins (les IA englobent les infirmières en chef et les infirmières surveillantes).

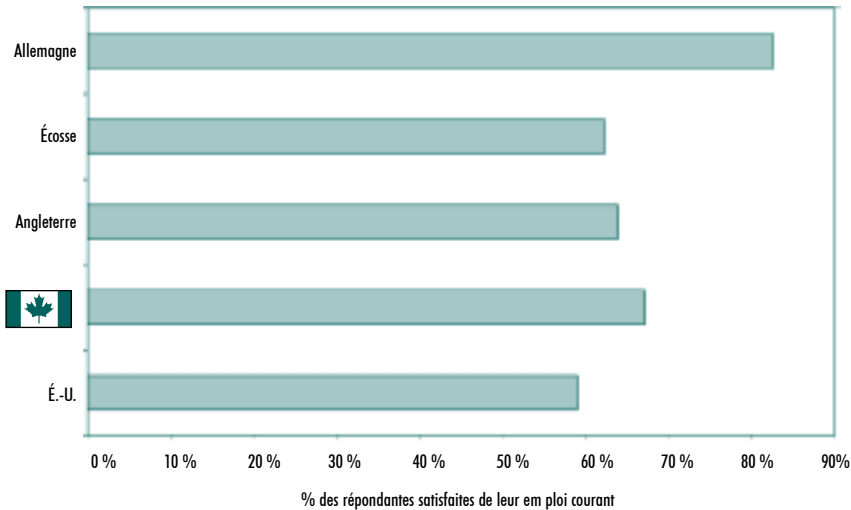


Source : Enquête sur le lieu de travail et les employés, Statistique Canada

L'Enquête 1999 sur le lieu de travail et les employés de Statistique Canada englobait un plus grand échantillon d'infirmières. On a interviewé des infirmières surveillantes et des

Satisfaction professionnelle des infirmières d'hôpital : Une perspective internationale

Selon un sondage réalisé dans cinq pays en 1998-1999 auprès des IA dans les hôpitaux de soins de courte durée, la plupart étaient satisfaites de leur emploi courant. Mais les degrés de satisfaction variaient de pays en pays, comme on peut le voir dans ce diagramme. Remarque : l'échantillon canadien était formé d'infirmières de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Les infirmières de la Pennsylvanie seulement formaient l'échantillon des États-Unis.



Source : Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. et Shamian, J. Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 2001, p.43-55

infirmières autorisées travaillant dans des services de soins ambulatoires, des hôpitaux, des foyers de soins infirmiers et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Seulement 13 % de ces infirmières ont dit être insatisfaites ou très insatisfaites de leur emploi.

Les résultats des deux sondages se rapprochaient pour ce qui est de la satisfaction à l'égard des salaires et des avantages sociaux. Dans le cadre de l'enquête de Statistique Canada, environ 67 % des infirmières ont dit être satisfaites ou très satisfaites à cet égard. Les résultats étaient semblables pour d'autres types de dispensateurs de soins. Pour ce qui est de l'étude internationale, 69 % des IA d'hôpital sondées ont dit que leur salaire était adéquat.¹²

Ce que pensent les médecins

Tout comme dans le cas des infirmières, de nombreuses études de la satisfaction des médecins ont porté sur des groupes particuliers au sein de la profession. Par exemple, des chercheurs de l'Université McMaster ont récemment comparé la satisfaction au travail des médecins de famille en Ontario en 1993 et en 1999.¹³ Dans les deux cas, les chercheurs ont demandé aux mêmes médecins de coter sur une échelle de 1 à 5 (1 étant très insatisfait et 5 étant très satisfait) dans quelle mesure ils étaient satisfaits à l'égard de 16 aspects de leur exercice. En 1999, la satisfaction moyenne globale était de 3,3 points, une baisse par rapport à 3,6 en 1993. Cette étude a aussi révélé que les médecins étaient particulièrement satisfaits à l'égard des aspects de leur pratique qu'ils contrôlaient (bien que les cotes aient baissé comparativement à 1993). L'étude a également constaté que de nombreux médecins croyaient qu'ils n'étaient pas beaucoup consultés sur les changements dans le système de santé. Et ils croyaient que ces changements avaient eu des effets négatifs sur la qualité des soins de santé dispensés à leurs patients.

Plus en détail

Que ce soit dans les soins de santé, la construction, la formation, ou dans un autre secteur, plusieurs facteurs peuvent influencer la satisfaction professionnelle. Ainsi, plusieurs études permettent de penser qu'une quantité importante d'heures supplémentaires et une participation minimale au processus décisionnel sont associées à une moins grande satisfaction professionnelle chez certains groupes, dont les infirmières.^{14,15} Voici certains résultats d'études récentes :

- Dans une étude internationale réalisée en 1998-1999, de nombreuses **infirmières d'hôpital** ont déclaré avoir assumé plus de tâches reliées aux patients dans l'année précédant l'étude.¹² Cette observation s'appliquait à 83 % des infirmières sondées en Pennsylvanie, à 64 % à celles du Canada (infirmières de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario) et à 44 % de celles en Allemagne.[†] Et un peu plus du tiers (34 %, 35 % et 37 % respectivement) ont dit que le nombre d'IA était suffisant pour dispenser des soins de qualité.
- Quand on a posé des questions à 31 **infirmières en chef dans des hôpitaux** au Canada sur leur charge de travail, les deux tiers ont dit que leur charge de travail était écrasante en général ou à l'occasion. Les principales raisons invoquées comprenaient la complexité de leur travail, les soins aux patients gravement malades, les demandes simultanées provenant de plusieurs sources et le poids des responsabilités à l'égard de la vie de leurs patients.¹⁶
- Dans une étude entreprise en 2001 par Développement des ressources humaines Canada, les **pharmaciens** ont indiqué que leur charge de travail était plus élevée que dans les cinq ou 10 dernières années.¹⁷ Et, selon un récent sondage de l'Association des pharmaciens du Canada, la très grande majorité des pharmaciens (96 %) croyaient qu'il y avait une pénurie de main-d'oeuvre dans leur profession.¹⁸
- Dans un sondage effectué en 2000 par leur association professionnelle, moins du tiers (32 %) des **physiothérapeutes** du Manitoba se sont dits satisfaits de leur charge professionnelle.¹⁹ Seulement 27 % de ceux travaillant dans le secteur public partageaient la même opinion.
- En 2001, plus de 60 % des **travailleurs de l'aide à domicile** des quatre coins du pays croyaient que l'accroissement du volume de travail représentait un problème pour le recrutement de personnel.²⁰

Comment la charge de travail et les pressions au travail affectent les dispensateurs de soins? Des chercheurs de l'Université de Toronto ont récemment mené une étude auprès des patients et du personnel de 19 hôpitaux d'enseignement en milieu urbain en Ontario. Ils ont constaté que les infirmières qui ressentaient le plus de pression étaient aussi les moins satisfaites à l'égard de leur emploi. Ils ont aussi conclu que la satisfaction professionnelle avait un lien avec certains résultats pour le patient. Par exemple, des niveaux plus élevés de satisfaction professionnelle parmi les infirmières étaient associés à des niveaux plus élevés de satisfaction à l'égard des soins infirmiers parmi les patients en médecine et en chirurgie, ainsi qu'à des douleurs moins prononcées chez les femmes après un accouchement.²¹

[†] Bien que les infirmières de l'Écosse et du Royaume-Uni aient participé à certaines parties de l'étude, on ne leur a pas posé ces questions.

Perceptions des professionnels de la santé de la prestation de soins de qualité aux patients

La qualité des soins aux patients peut être mesurée de bien des façons. Plusieurs sondages récents ont demandé l'opinion des IA et des médecins. Ainsi, un sondage a été fait en 1998 auprès de plus de 17 000 infirmières d'hôpital en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario.^{12,22} Plus de quatre sur cinq ont dit qu'elles recommanderaient leur hôpital à un membre de la famille ou à un ami en cas de besoin. Elles étaient encore plus nombreuses à déclarer que les soins dispensés dans leur unité étaient bons ou excellents. Et, dans les trois provinces, plus de 80 % ont dit la même chose des soins dispensés pendant leur dernier quart de travail, même si plusieurs d'entre elles avaient quitté avant d'avoir fini certaines tâches. En effet, presque la moitié des infirmières interrogées ont dit qu'elles n'avaient pas terminé la planification des soins. De même, 30 % ou plus n'avaient pas été en mesure de dispenser des frictions dorsales ou des soins de la peau et 22 % n'avaient pas fini les tâches liées à l'hygiène orale.

Un autre sondage récent comparait l'opinion des médecins dans cinq pays — Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis.²³ Il portait sur ce que les généralistes et les spécialistes pensaient de leur habileté à dispenser des soins de qualité entre 1995 et 2000. Les opinions étaient partagées. Les médecins canadiens étaient plus susceptibles de penser que leur habileté à fournir des soins de qualité avait diminué. En effet, 59 % des généralistes et 67 % des spécialistes étaient du même avis. À l'opposé, les médecins australiens étaient plus positifs — seulement 38 % des généralistes et 41 % des spécialistes ont exprimé la même opinion que leurs collègues canadiens.

Lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Les taux de chômage, la durée d'occupation d'un poste, le nombre d'heures de travail et les taux de syndicalisation des professions de la santé au Canada.
- Le degré de satisfaction des employés des organismes de santé en général et de certains groupes précis à l'égard de leur emploi et de certains aspects de leur travail.
- Le salaire de certains professionnels de la santé et les écarts au pays à ce chapitre.
- Certaines études sur les liens entre les caractéristiques de la vie au travail des travailleurs de la santé, la satisfaction professionnelle ou les soins aux patients.

Ce que nous ignorons

- Comment diverses caractéristiques de la vie au travail des professionnels de la santé — comme la durée d'occupation d'un poste, le salaire et les avantages sociaux, la charge de travail et d'autres conditions de travail — contribuent à leur satisfaction à l'égard du travail?
- Comment et pourquoi sont-elles différentes entre les dispensateurs de soins?
- Comment sont-elles liées à l'habileté à recruter des professionnels de la santé et à les maintenir en poste?
- Quelles sont leurs répercussions sur la qualité des soins et la satisfaction des patients?
- Comment les changements dans la façon dont les soins de santé sont dispensés et où, ainsi que dans la technologie, ont affecté le travail des professionnels de la santé?
- Quels services sont dispensés par les médecins non rémunérés à l'acte?

Ce qui se passe

- La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en collaboration avec des partenaires clés, a récemment publié un énoncé de principe intitulé *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*.
- Des chercheurs de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) étudient les liens possibles entre la satisfaction professionnelle des infirmières et les résultats pour les patients ou la mortalité. D'autres chercheurs de la faculté des sciences infirmières de l'unité de recherche en soins infirmiers de l'Université de Toronto examinent les liens possibles entre les charges de travail impossibles à gérer et la santé des infirmières. Des chercheurs de l'Université Laval mènent une étude participative pour préciser la nature changeante des facteurs organisationnels en milieu de travail qui pourraient améliorer la qualité de vie du personnel de la santé.
- En octobre 2000, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé une stratégie nationale pour les soins infirmiers. Une des stratégies importantes en 2000-2001 est l'amélioration de la qualité de la vie au travail des infirmières.

Pour en savoir davantage

- ¹ SUMMIT STRATEGY GROUP. *Canadian Physiotherapy Association 2000 Member Value Perception Survey*. Préparé pour l'Association canadienne de physiothérapie, Toronto : Summit Strategy Group, 2000.
- ² STATISTIQUE CANADA. *Revue chronologique de la population active*. Ottawa : Statistique Canada, 2000.
- ³ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Questionnaire sur les effectifs médicaux, 2001*. www.cma.ca/statinfo-f/index.htm
- ⁴ ASSOCIATION CHIROPRACTIQUE CANADIENNE. *La chiropratique et le système de soins de santé, 2001*. www.ccachiro.org/client/cca/CCAWeb.nsf/web/Home+Page+French?OpenDocument
- ⁵ ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE. *Position Statement: Funding (Public, Private and User Fees), 2001*. www.physiotherapy.ca/s11.htm
- ⁶ ONTARIO PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION. *Private Clinics in Public Hospitals: A Discussion Paper*, (février 2000). www.opa.on.ca/PAGES/HospDiscusFinal.htm
- ⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. *Le sondage national 2001 auprès des médecins de famille*. Ontario : Collège des médecins de famille du Canada, 2001.
- ⁸ FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. 2001. www.nursesunions.ca/cb/index.shtml
- ⁹ SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES. *Des soins de santé viables pour les Canadiens*. Communiqué, 42^e Conférence annuelle des Premiers ministres provinciaux, Victoria (Colombie-Britannique) – du 1^{er} au 3 août 2001. www.scics.gc.ca/cinfo01/850083016_f.html
- ¹⁰ AKYEAMPONG, E. Le point sur la syndicalisation – *L'emploi et le revenu en perspective*. Statistique Canada, catalogue 75-001-XPF, 1999, p. 45-65.
- ¹¹ BAKER, M., et FORTIN, N. *Taux de féminité des professions et salaires : pourquoi le Canada diffère-t-il des États-Unis?* Ottawa : Statistique Canada, Direction des études analytiques, 2000.
- ¹² AIKEN, L.H., CLARKE, S.P., SLOANE, D.M., SOCHALSKI, J.A., BUSSE, R., CLARKE, H., GIOVANNETTI, P., HUNT, J., RAFFERTY, A.M. et SHAMIAN, J. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 2001, p. 43-53.
- ¹³ FERRIER, B., WOODWARD, C., COHEN, M. et BROWN, J. *Ontario Family Physicians' Career Satisfaction and its Relationship to Changes in the Health Care System: A Longitudinal Study*. Hamilton : Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University. Paper 00-07, 2000.
- ¹⁴ BAUMANN, A., O'BRIEN-PALLAS, L., ARMSTRONG-STASSEN, M., BLYTHE J., BOURBONNAIS, R., CAMERON, S., DORAN, D.I., KERR, M., MCGILLIS HALL L., VEZINA, M., BUTT, M. et RYAN L., *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Synthèse pour politiques, 2001. www.chsrf.ca/french/document-library/index.html
- ¹⁵ BROWN, J.A., WOODWARD, C.A., SHANNON, H.S., CUNNINGHAM, C.E., LENDRUM, B., MCINTOSH, J., et ROSENBLOOM, D. Facteurs de stress et de satisfaction professionnels dans un hôpital d'enseignement canadien. *Forum Gestion des soins de santé*. 12(1), 1999. p. 27-33.
- ¹⁶ GAUDINE, A.P. What do nurses mean by workload and work overload? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 2000, p. 22-27.
- ¹⁷ DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada*. Version définitive. Hull : DRHC, 2001.
- ¹⁸ PIMENTEL, B. The Altimed CFP Report on Pharmacy Services, 2000.
- ¹⁹ ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE, DIVISION DU MANITOBA. *Physiotherapy in Manitoba*. Manitoba : ACP, 2000.
- ²⁰ PARENT, K., ANDERSON, M., GLEBERZON W. et CUTLER J. *CARP's Report Card on Home Care in Canada — Home Care By Default Not By Design*. Kingston : Queen's University, 2001.
- ²¹ MCGILLIS HALL, L., DORAN, D.I., BAKER, G.R., PINK, G.H., SIDANI, S., O'BRIEN-PALLAS, L. et DONNER, G.J. *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes: A Summary Report of the Nursing Staff Mix Outcomes Study*. Toronto : University of Toronto, 2001.

²² *Hospital and Patient Outcomes: A Cross National Study*, étude financée par le National Institute for Health et un certain nombre d'organismes canadiens, dont B.C. Health Care Research Foundation, RNABC, UBC School of Nursing, Alberta Heritage Foundation, WSIB, de l'Ontario, Relais et plusieurs hôpitaux participants. (Données obtenues au moyen de communications personnelles avec Heather F. Clarke, Colombie-Britannique, Carole A. Estabrooks, Alberta et Donna Thomson, Ontario). Les principaux enquêteurs canadiens pour ce projet sont Heather F. Clarke et Arminee Kazanjian, de la Colombie-Britannique; Phyllis Giovannetti, de l'Alberta; et Geoffrey M. Anderson, Michael S. Kerr, Heather K. Spence Laschinger, Linda Lee O'Brien-Pallas, Judith Shamian et Jack V. Tu, de l'Ontario.

²³ HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *The Commonwealth Fund 2000 International Health Policy Survey of Physicians*. Washington : Harvard School of Public Health, 2000.

Chapitre 6

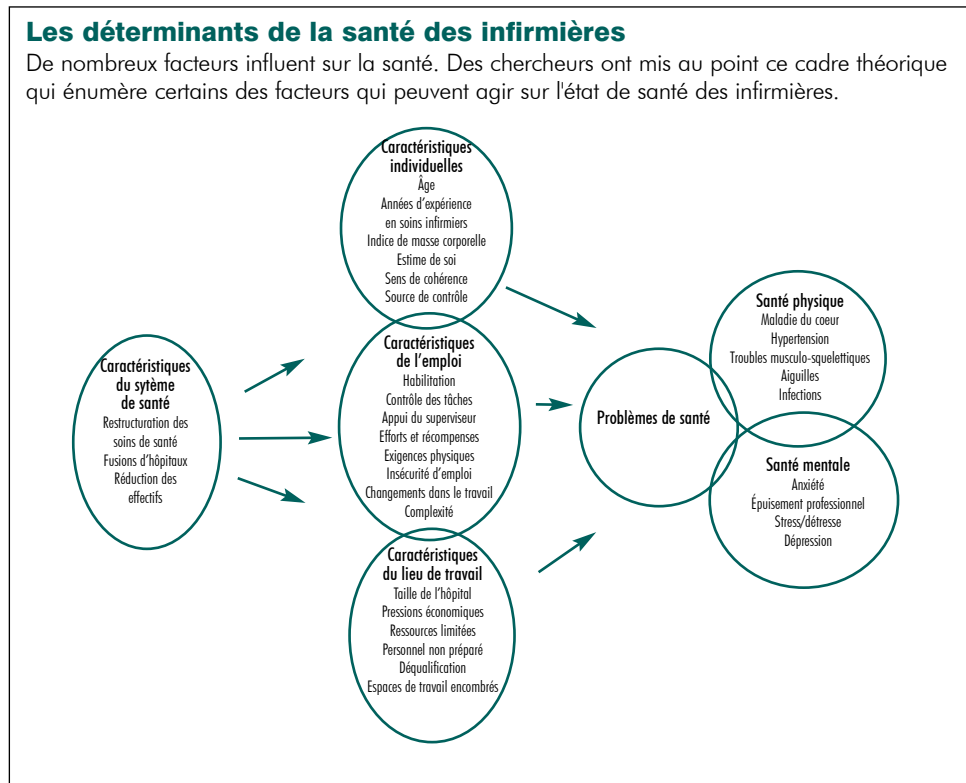
La santé des travailleurs de la santé



La santé des travailleurs de la santé*

« Un milieu de travail sain est un milieu où les travailleurs sont capables de dispenser des soins de haute qualité et où la santé des travailleurs et les soins de qualité aux patients se soutiennent mutuellement. »¹ (traduction)

Notre travail peut influencer notre santé, en bien ou en mal. Et notre santé peut influencer comment nous travaillons et si nous travaillons. Le rapport entre le travail et la santé est généralement reconnu, mais il est complexe et parfois mal compris.²



Source : Kerr, M.S., Laschinger, H.K., Shamian, J., O'Brien Pallas, L.L., Thomson, D., Koehoorn, M.W., LeClair, S., McPerson, D., Aiken, L., Sochalski, J. *Monitoring the Health of Nurses In Canada*. Financé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, concours de subventions ouvert no RC1-0632-06, 2000.

Le présent chapitre explore ce que nous savons et ce que nous ignorons de la santé des travailleurs de la santé. La nature de leur travail — soigner des gens, soulever des patients, donner des piqûres, suturer des plaies et travailler dans un environnement changeant — peut les exposer à des risques précis pour la santé. Le chapitre se penche sur ces risques, particulièrement dans le cas des infirmières, la plus grosse profession du secteur de la santé et pour laquelle on dispose de plus de renseignements.

* L'ICIS tient à remercier l'Institut de recherche sur le travail et la santé pour sa contribution importante au présent chapitre.

Comment se portent les travailleurs de la santé?

Si on leur demande, les Canadiens œuvrant dans la santé diront probablement qu'ils sont en bonne santé, à l'instar des autres travailleurs. Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, plus de neuf Canadiens sur 10 (95 %), y compris les travailleurs de la santé, ont évalué leur santé comme bonne ou excellente.

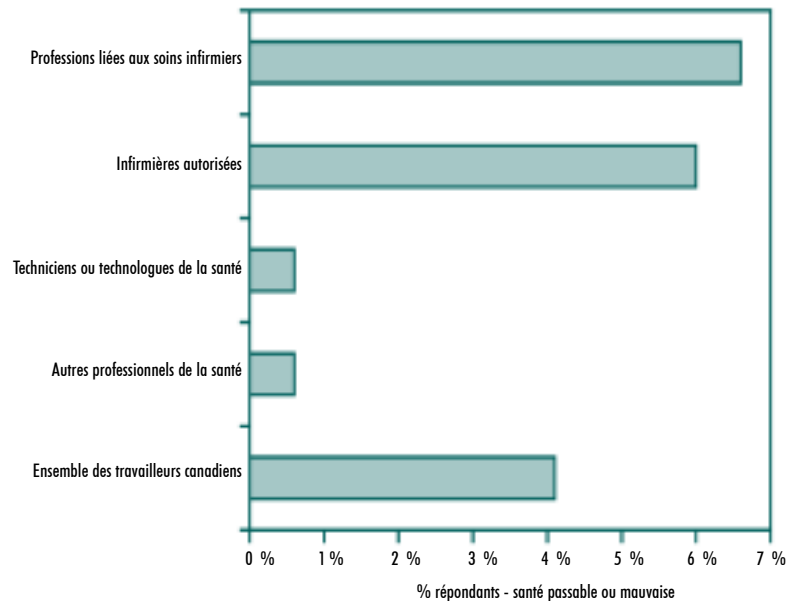
Néanmoins, les travailleurs de la santé sont plus susceptibles que ceux des autres secteurs de s'absenter du travail en raison de maladie ou d'invalidité. Cet écart existe depuis plus de 10 ans, bien que les taux d'absentéisme varient d'une année à l'autre.

Comment expliquer les fluctuations? Des recherches indiquent que plusieurs facteurs peuvent y contribuer, dont l'âge des travailleurs, les exigences physiques, les changements dans la charge de travail, les changements dans les taux de blessures et de maladies, les niveaux de stress et d'épuisement professionnel.^{3,4,5,6}

En moyenne, 7,2 % des Canadiens travaillant à temps plein dans la santé se sont absentés du travail chaque semaine en 2000 pour des raisons de santé. Ils ont perdu en moyenne plus de deux semaines de travail (11,8 jours) pendant l'année à cause de maladie ou d'invalidité. Dans l'industrie même, les infirmières et les travailleurs dans des métiers d'assistance sont les plus susceptibles d'en être atteints.⁷

Comment les dispensateurs de soins évaluent leur santé

Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, les dispensateurs de soins étaient aussi susceptibles que les autres travailleurs canadiens de se dire en bonne ou en excellente santé. À l'autre extrémité du spectre, que se passe-t-il? Ce graphique illustre le pourcentage des travailleurs en général et de ceux dans certaines professions de la santé qui ont évalué leur santé comme étant passable ou mauvaise lors de l'enquête.



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

Tendances en matière d'absentéisme

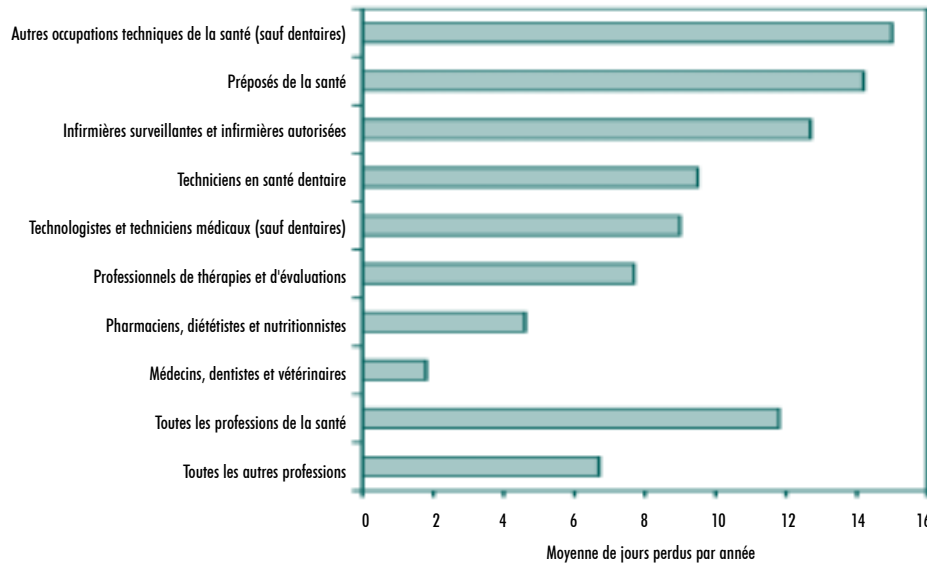
Depuis au moins 1987, le nombre moyen de journées de travail que les professionnels canadiens de la santé ont perdu en raison d'une maladie ou d'une invalidité est presque deux fois plus élevé que les autres travailleurs. Les données de ce graphique proviennent des moyennes des travailleurs à temps plein.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Perte de journées de travail en raison d'une maladie ou d'une invalidité

Par rapport aux autres travailleurs, les Canadiens œuvrant dans la santé sont plus susceptibles de s'absenter du travail en raison d'une maladie ou d'une invalidité. Ils ont tendance également à s'absenter en moyenne plus de jours. Ce diagramme compare le nombre moyen de journées de travail perdues par les employés à temps plein en 2000 en raison d'une maladie ou d'une invalidité.



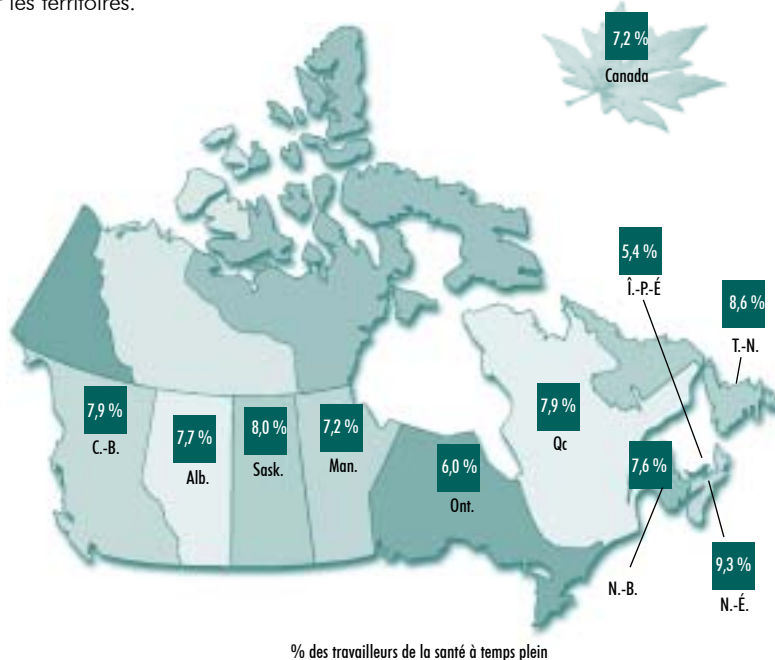
Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Seulement 4,8 % de tous les autres travailleurs se sont absentés du travail chaque semaine en 2000 et, en moyenne, ils n'ont manqué que 6,7 jours dans l'année. Les travailleurs de la santé sont une fois et demie plus susceptibles que les travailleurs des autres secteurs de s'absenter du travail en raison de maladie ou d'invalidité.

Dans l'ensemble du secteur de la santé, ces journées d'absence comptent pour beaucoup. Supposons que nous pourrions ramener le taux d'absentéisme moyen dans le secteur à celui de tous les travailleurs canadiens. Cela se serait traduit par plus de 13 700 employés à temps plein au travail en 2000, dont presque 5 500 IA, soit un nombre plus élevé que les étudiants qui complètent un programme menant à un diplôme partout au pays chaque année.

Écarts régionaux concernant l'absentéisme

Les taux d'absentéisme varient à l'échelle du pays. En moyenne, 7,2 % des travailleurs de la santé à temps plein se sont absentés du travail toutes les semaines en l'an 2000 en raison d'une maladie ou d'une invalidité. Les taux provinciaux variaient, allant de 5,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 9,3 % en Nouvelle-Écosse. Les données ne sont pas disponibles pour les territoires.



Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Les blessures et la maladie au travail

Différents types de travail sont associés à différents types de risques pour la santé liés à l'emploi. Parce qu'ils doivent soulever et transporter des patients, les travailleurs de la santé sont particulièrement vulnérables aux blessures musculo-squelettiques.³ Ils sont aussi un groupe à risque élevé pour les blessures accidentelles avec des aiguilles, les infections, la maladie, le stress, l'abus et la violence en milieu de travail.³ Les taux d'épuisement professionnel sont élevés, tout comme la crainte de perdre leur emploi, particulièrement parmi les infirmières ayant moins d'expérience,⁸ et les conflits travail/famille.⁹ En 1998, les travailleurs canadiens de la santé et des services sociaux

se classaient au quatrième rang des principaux secteurs d'activité pour ce qui est du taux de blessures au travail menant à l'absentéisme. Ensemble, ils ont subi plus de 36 000 blessures ayant entraîné un arrêt de travail — environ trois par 100 travailleurs.⁷

Réclamations pour arrêt de travail : les soins de santé et les autres industries

Les blessures et la maladie chez les travailleurs de la santé sont responsables des taux élevés de demandes d'indemnisation. Cela coûte cher au système de santé. Au cours des 10 dernières années, les taux de demandes d'indemnisation pour les accidents du travail ont diminué en Ontario. Pourtant, dans le cas des travailleurs de la santé, ils n'ont diminué que légèrement. En fait, ils ont quelque peu augmenté en 2000.

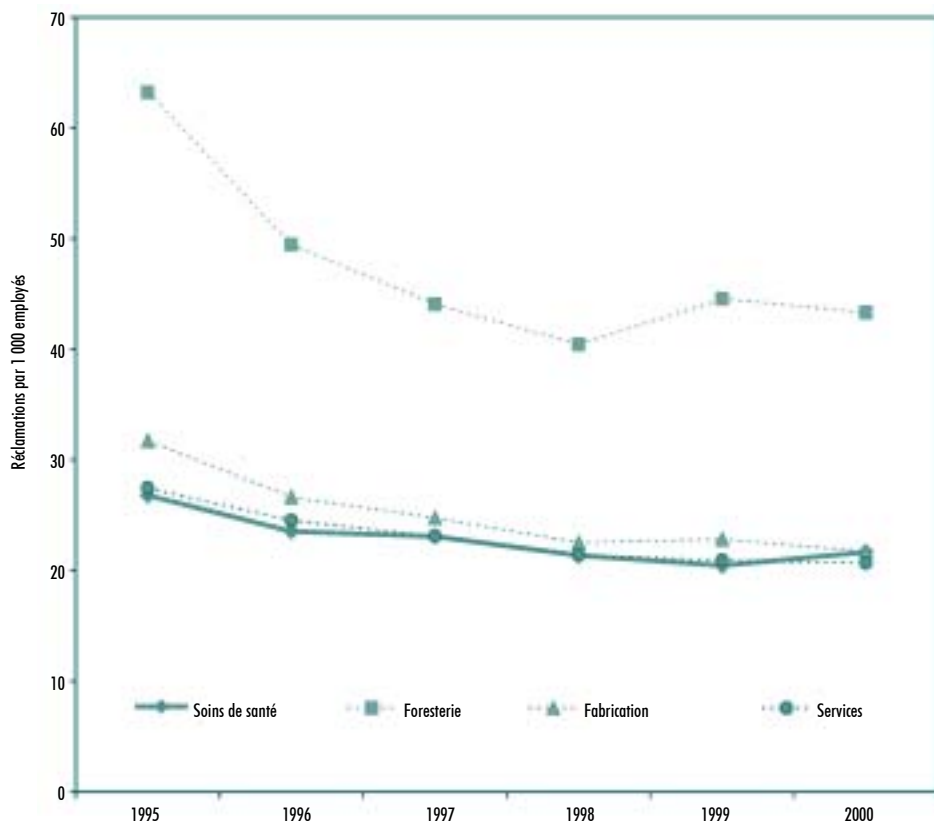
Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, 5,6 % des Canadiens dans les professions de la santé (y compris les médecins, les infirmières, les spécialistes, les technologues, les techniciens et les travailleurs de soutien) ont déclaré avoir subi des accidents du travail dans l'année précédant le sondage. À titre de comparaison, seulement 3,6% des travailleurs canadiens de tous les autres secteurs ont dit avoir été victimes d'accidents du travail. Dans le milieu de la santé, les infirmières, le groupe le plus important des travailleurs de la santé, sont les plus touchées.⁷

Blessures musculo-squelettiques

Par rapport aux autres travailleurs, ceux du secteur de la santé, et en particulier les infirmières, sont plus à risque de souffrir de problèmes de dos, d'entorses et de foulures.³ Ainsi, entre 1994 et 1998, la Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique a accepté 35 751 réclamations pour des blessures entraînant une perte de temps de travail provenant de travailleurs de la santé (ceux travaillant dans des hôpitaux, des foyers de soins infirmiers et des milieux de travail associés aux services sociaux).¹⁰ Trente-six pour cent des réclamations étaient liées à des entorses dorsales; 37 % étaient associées à d'autres entorses. Les entorses dorsales ne représentaient que 25 % des réclamations de tous les travailleurs de la Colombie-Britannique pour la même période.¹¹

Fréquence des réclamations en Ontario

En Ontario, la Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs indemnise les travailleurs victimes de blessures ou de maladies rattachées au travail. Entre 1995 et 2000, le taux des réclamations pour la perte de temps par 1 000 employés a chuté moins rapidement en soins de santé que dans plusieurs autres secteurs, notamment en foresterie, en fabrication et dans l'industrie des services.



Source : Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs, Ontario

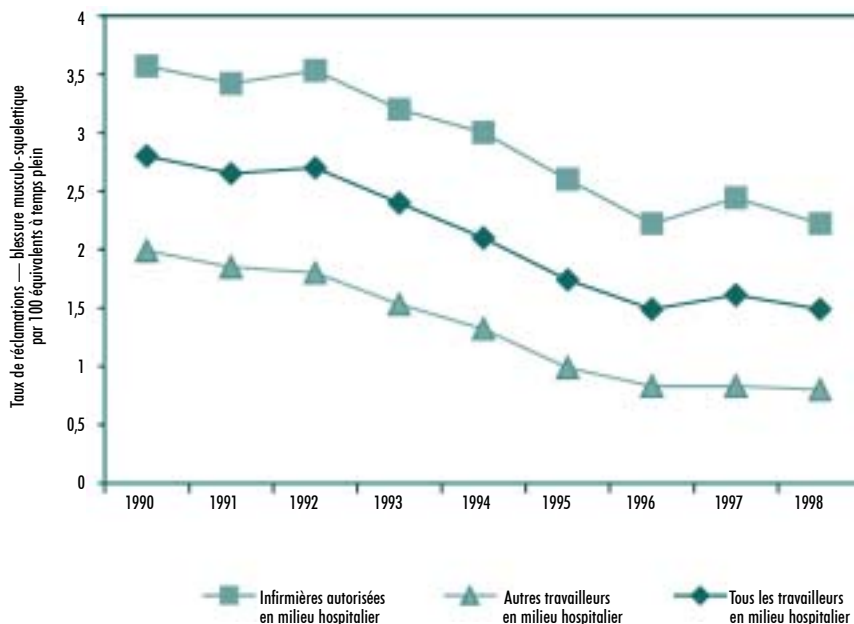
Les résultats d'études réalisées dans d'autres provinces sont similaires :

- Selon une étude effectuée dans trois hôpitaux du **Québec**, les accidents causés par un effort musculaire étaient responsables d'une grande partie des absences au travail (70 %) et de jours perdus (77 %).¹²
- Au **Manitoba**, le taux des blessures au dos était le plus élevé chez les infirmières dans les départements d'orthopédie, de médecine, de neurologie et de chirurgie. Dans le cadre de cette étude, plus de 60 % des blessures au dos se sont produites pendant les deux premières heures d'un quart de travail de huit heures.¹³
- Selon des recherches effectuées en **Ontario** portant sur les demandes d'indemnisation des infirmières dans 134 hôpitaux de soins de courte durée, celles-ci subissaient plus de blessures entraînant une perte de travail et de blessures musculo-squelettiques que les autres travailleurs d'hôpital.¹⁴ Même si les taux de réclamation ont diminué pendant les 10 ans de suivi à l'étude, ceux des infirmières étaient quand même plus élevés que ceux des autres travailleurs d'hôpital.¹⁴

Les physiothérapeutes^{15,16,17} et les travailleurs de laboratoire¹⁸ sont aussi à risque en ce qui concerne les blessures musculo-squelettiques au dos, aux mains et aux poignets. Des

Probabilité des réclamations pour une blessure musculo-squelettique

Entre 1990 et 1998, on a noté une diminution de la probabilité qu'un travailleur dépose une réclamation auprès de la Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs de l'Ontario en raison d'une blessure musculo-squelettique causant un arrêt de travail. Or, pendant cette période, le taux de réclamation du personnel infirmier était plus élevé que la moyenne pour tous les employés d'hôpitaux ou d'autres membres du personnel hospitalier dans 13 établissements de soins de courte durée.



Source : Shamian J., O'Brien-Pallas, L., Kerr, M., Koehoorn, M., Thomson, D., Alksnis, C., Aiken, L., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Sochalski, J. (1999-2001). *Effects of Job Strain, Hospital Organizational Factors and Individual Characteristics on Work-Related Disability Among Nurses.*

recherches menées au Canada¹⁵ et à l'étranger^{16,17} semblent indiquer que les activités quotidiennes des physiothérapeutes — comme manipuler des patients, travailler dans des positions peu commodes et travailler dans la même position pendant longtemps — peuvent contribuer à ces blessures.

On reconnaît de plus en plus que les blessures musculo-squelettiques sont associées à de multiples facteurs de risque. Selon une étude quadriennale des travailleurs de la santé dans un gros hôpital de soins de courte durée en **Colombie-Britannique**, le risque de subir de telles blessures est plus grand lorsque les niveaux de contrôle du travail sont faibles et lorsque l'absentéisme est élevé dans le département. D'autres facteurs incluent : exigences physiques plus fortes, peu d'appui de la part du superviseur, blessures musculo-squelettiques antérieures et moins d'expérience professionnelle.¹⁸

Pourquoi ce type de blessures se produit plus souvent dans les soins de santé? Une étude réalisée au **Manitoba** offre quelques réponses. Les chercheurs ont constaté que les infirmières soulèvent et transportent les patients elles-mêmes, essaient d'empêcher les patients de tomber, de se pencher ou de se tourner, elles tournent les patients elles-mêmes, et poussent et tirent l'équipement.¹³

Stress et épuisement professionnel dans les soins de santé

En 1994-1995, environ deux travailleurs canadiens sur 10 âgés entre 15 et 64 ans ont déclaré des niveaux élevés de « surcharge de travail ». ¹⁹ Le stress ou la surcharge de travail (demande élevée et faible contrôle en milieu de travail) ne sont pas étrangers aux travailleurs de la santé. Selon des données plus récentes obtenues d'un échantillon de travailleurs de la santé qui ont répondu à l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, il semble y avoir des écarts entre les professions. ²⁰ Le degré de surcharge de travail est le plus faible parmi les médecins, alors qu'il est le plus élevé chez les aides-infirmières et les préposés aux soins.

Pendant ce temps, 11 % des aides-infirmières et 9 % des techniciens et technologues du secteur de la santé ont dit avoir consulté un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale dans l'année précédant l'enquête de 1998-1999. À titre de comparaison, seulement 7 % des Canadiens de 15 ans et plus — 4 % d'hommes et 9 % de femmes — ont fait de même.

Plusieurs études ont porté sur la santé des travailleurs de la santé dans des situations particulières. Par exemple, dans le cadre de certaines d'entre elles, on a observé la santé des travailleurs de la santé pendant une période de restructuration de trois ans dans un grand hôpital de l'**Ontario**. ^{21,24,25} Les chercheurs ont constaté qu'un déclin dans la santé pouvait être prédit par l'interférence du travail dans la vie familiale, le degré d'influence des employés par rapport à leur travail, les heures travaillées et l'accroissement de la charge de travail. ²⁴ D'autres changements sont survenus au niveau de la santé, dont des augmentations de l'épuisement professionnel, de la dépression et de l'anxiété. ²¹

Une autre étude réalisée au **Québec** en 1994 portait sur 1 891 infirmières dans six hôpitaux de soins de courte durée. Selon cette étude, les infirmières qui souffraient de détresse psychologique et d'épuisement émotionnel étaient également plus susceptibles de rapporter des problèmes associés aux exigences psychologiques du travail, au peu de contrôle qu'elles exerçaient sur leur travail, à un manque de soutien social en milieu de travail et à une insécurité d'emploi élevée. ²⁶

Un paysage changeant

Les changements récents qui ont été apportés au système de santé canadien ont modifié le milieu de travail des dispensateurs de soins. Par exemple, on a vu le nombre de lits et le nombre d'infirmières dans des postes de gestion diminuer. Et, au milieu des années 1990, on a assisté à des coupures dans le personnel infirmier et les emplois connexes.

Comment ces changements ont-ils affecté la santé des travailleurs de la santé? Une étude portant sur 730 employés d'hôpital a été menée en 1995, 1996 et 1997 — une période pendant laquelle les changements se produisaient à un rythme accéléré. ²¹ L'étude a conclu, entre autres, que les perceptions des employés à l'égard des demandes professionnelles avaient augmenté et que celles liées au travail d'équipe avaient diminué. D'autres études rapportent qu'en raison de la restructuration des soins de santé, les infirmières s'occupent de patients plus compliqués, ²² disposent de moins de ressources ²³ et n'ont plus autant d'occasions de s'absenter du travail pour la formation et les stages. ³ Certaines ont aussi exprimé des préoccupations au sujet des répercussions des changements sur leur capacité à dispenser des soins de qualité. ²³

La santé des travailleurs des soins à domicile

Les infirmières au service d'organismes de soins à domicile connaissent des problèmes de santé semblables à leurs collègues dans les hôpitaux de soins de courte durée. En effet, les résultats d'une étude portant sur 892 employés de trois organismes de soins à domicile sans but lucratif ont révélé que leurs niveaux de stress, de fatigue et d'épuisement étaient élevés. ²⁷ Dans ces milieux, les gestionnaires, les infirmières et les thérapeutes sont victimes de stress. Et les dispensateurs de soins qui travaillent pour des organismes de soins à domicile et qui visitent des patients chez eux subissent aussi des entorses et des foulures, des luxations, des fractures et des ecchymoses en raison du soulèvement et du transport des patients, de la flexion et de la tension, des chutes accidentelles, de la répétition des mouvements et même, des collisions impliquant des véhicules à moteur.

Les dangers en milieu de travail

Les blessures musculo-squelettiques, le stress et l'épuisement professionnel peuvent constituer des risques courants pour la santé des travailleurs de la santé. De même, certains travailleurs sont aussi régulièrement exposés à un certain nombre d'autres dangers alors qu'ils sont au travail, dont les maladies infectieuses comme la tuberculose;²⁸ de nombreux irritants et produits chimiques comme l'oxyde nitreux;²⁹ et des allergies au latex.³⁰

Les travailleurs de la santé peuvent également se blesser ou être infectés par des aiguilles. Une enquête annuelle nationale a été lancée en septembre 1985 pour suivre l'exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu de travail.³¹ Entre 1985 et 1996, 626 travailleurs ont déclaré avoir été exposés au VIH. Dans 60 % des cas, les expositions étaient causées par des blessures avec des aiguilles. Les infirmières avaient été exposées plus que toute autre profession. De même, selon un récent sondage réalisé auprès des infirmières en Ontario, un peu plus de 60 % avaient été piquées par des aiguilles au cours de leur carrière et environ 13 % avaient été blessées par des aiguilles chaque année.³²

Un autre type de danger

Selon un sondage effectué auprès de plus de 9 000 infirmières autorisées travaillant dans 216 hôpitaux en Alberta et en Colombie-Britannique, un nombre important d'entre elles ont déclaré avoir été victimes de violence au travail au cours de leurs cinq derniers quarts de travail.³³ Les attitudes et les remarques blessantes — comme les insultes, l'humiliation en présence de l'équipe de travail ou la coercition — étaient les plus courantes. En effet, 38 % des IA dans les deux provinces ont dit en avoir été victimes. De plus, 21% des IA en Colombie-Britannique et 17 % en Alberta ont déclaré qu'on leur avait craché dessus, qu'on les avait mordues, frappées, poussées ou agressées physiquement d'une autre façon. Huit pour cent des IA dans les deux provinces ont rapporté des incidents de harcèlement sexuel verbal — questions ou remarques intimes importunes à répétition de nature sexuelle. Les patients étaient responsables de la plupart de tous les types d'agression. Cependant, les données de l'Alberta et de la Colombie-Britannique semblent indiquer que plus du quart (26 % et 28 %) des attitudes et des remarques blessantes provenaient d'autres membres de l'équipe de soins, dont la moitié était des médecins et l'autre moitié, du personnel infirmier.

Une autre étude sur la violence au travail a été réalisée dans six établissements de soins de longue durée. Selon cette étude financée par la Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique, les demandes d'indemnisation à la suite d'actes de violence ont augmenté par 10 dans les années 1990.³⁴ L'étude a aussi constaté que les réclamations faites par les préposés aux soins pour des actes violents étaient plus nombreuses que celles provenant de tout autre groupe d'employés en soins de longue durée dans une proportion de presque 10 contre un. Toujours d'après cette étude, la plupart des agressions en soins de longue durée sont dirigées vers ceux qui sont en contact direct avec les patients.

Lacunes de l'information

Ce que nous savons

- Comment les travailleurs de la santé et les autres travailleurs évaluent leur propre santé.
- À quelle fréquence les travailleurs de la santé et les autres travailleurs s'absentent du travail à cause de maladie ou d'invalidité et comment cette situation a changé avec le temps.
- Les taux de demandes d'indemnisation pour accident de travail en raison de blessures et de maladie parmi les travailleurs de la santé au Canada.
- Des recherches locales et provinciales sur la fréquence de certains problèmes de santé liés au travail, dont le stress et l'épuisement professionnel, et les facteurs de risque pour ces problèmes.

Ce que nous ignorons

- À quelle fréquence se présentent des types précis de problèmes de santé liés au travail dans tout le secteur de la santé au pays?
- Comment les changements organisationnels dans les soins de santé ont affecté le rendement des travailleurs de la santé autres que les infirmières? Comment ces changements ont affecté la qualité de leur vie au travail? Et quels changements organisationnels sont efficaces pour améliorer la santé en milieu de travail?
- Quelles sont les contributions relatives de l'environnement de travail, du mode de vie, des pratiques et politiques organisationnelles et d'autres facteurs à la santé des infirmières et d'autres professionnels de la santé?

Ce qui se passe

- Des chercheurs de l'unité de recherche en soins infirmiers de l'Université de Toronto, en collaboration avec des scientifiques de l'Institut de recherche sur le travail et la santé, ont entrepris une étude pour examiner le lien entre la charge de travail et les résultats pour les soins aux patients. Ils étudient aussi les répercussions de la surcharge de travail, des facteurs organisationnels des hôpitaux et des caractéristiques individuelles sur l'invalidité liée au travail parmi les infirmières.
- Des scientifiques de l'Institut de recherche sur le travail et la santé et de l'Université de la Colombie-Britannique unissent leurs efforts pour identifier les travailleurs de la santé dont les risques de maladie et de blessures sont plus élevés. Pour ce faire, ils ont suivi 50 000 employés dans plus de 300 milieux de travail dans le secteur de la santé en Colombie-Britannique entre 1985 et 1999.
- L'Université de Toronto et l'Institut de recherche sur le travail et la santé comparent la fréquence de l'asthme, de l'épuisement et de la surcharge de travail chez les techniciens en radiation médicale et les physiothérapeutes.
- Le gouvernement du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux) met sur pied un programme de prévention et de traitement à l'intention des travailleurs de la santé et des services sociaux dans le but d'épargner 32 millions de dollars sur trois ans en frais d'absentéisme. Le plan cible, le stress et l'épuisement professionnel représentent, estime-t-on, 40 % des coûts reliés à l'invalidité chez les travailleurs de la santé et des services sociaux dans la province.

Pour en savoir davantage

¹ EISENBERG, J.M., BOWMAN, C.C. et FOSTER, N.E. Does a healthy health care workplace produce higher-quality care? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(9), 2001, p. 444-57.

² COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Santé Canada, 1999.

³ BAUMANN, A. O'BRIEN-PALLAS, L., ARMSTRONG-STASSEN, M., BLYTHE, J., BOURBONNAIS, R., CAMERON, S., DORAN, D.I., KERR, M., MCGILLIS HALL, L., VEZINA, B.M. et RYAN, L. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Toronto : The Change Foundation; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001.

⁴ AKYEAMPONG, E.B. Absences du travail en 1998 – les écarts selon les secteurs. *L'emploi et le revenu en perspective*, 11(3), 1999, p. 30-36.

⁵ AKYEAMPONG E.B. Nouvelles données sur les absences du travail. *L'emploi et le revenu en perspective*, 10(1), 1998, p.16-22.

⁶ GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. *Earnings and Employment Trends: Absenteeism from work – the impact of the aging population*, 1999. www.bcstats.gov.bc.ca/pubs/eet/eet9911.pdf

⁷ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2001*. Ottawa : ICIS, 2001.

⁸ Burke R.J. et Greenglass E.R. Hospital restructuring and downsizing in Canada: Are less experienced nurses at risk? *Psychological Reports*, 87, 2000, p. 1013-1021.

⁹ BURKE, R.J. et GREENGLASS, E.R. Juggling act: Work concerns, family concerns. *L'Infirmière canadienne*, 96(9),2000, p. 20-23.

¹⁰ WORKERS' COMPENSATION BOARD OF BRITISH COLUMBIA. *Health Care Industry: Focus Report on Occupational Injury and Disease*. Colombie-Britannique : Workers' Compensation Board of British Columbia, 2000.

¹¹ WORKERS' COMPENSATION BOARD OF BRITISH COLUMBIA. *Statistics '98*. Colombie-Britannique : Workers' Compensation Board of British Columbia, 1998.

¹² ST-VINCENT, M., TELLIER, C. et PETITJEAN-ROGET, T. Accidents that occurred in three hospitals in one year. *Safety Science*, 31, 1999, p. 197-212.

¹³ YASSI, A., KHOKHAR, J., TATE R., COOPER, J., SNOW, C. et VALLENTYNE, S. The epidemiology of back injuries in nurses at a large Canadian tertiary care hospital: Implications for prevention. *Occupational Medicine*, 45(4), 1996., p. 215-220.

¹⁴ SHAMIAN, J., O'BRIEN-PALLAS, L., KERR, M., KOEHOORN, M., THOMSON, D., ALKSNIS, C., AIKEN, L., HOGG-JOHNSON, S., SHANNON, H. et SOCHALSKI, J. *Effets de la surcharge de travail, des facteurs organisationnels dans les hôpitaux et des caractéristiques individuelles sur l'invalidité reliée au travail chez les infirmiers*. Projets de recherche 1999 : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (projet n° 980073), 1999-2001.

¹⁵ MIERZEJEWSKI, M. et KUMAR, S. Prevalence of low back pain among physical therapists in Edmonton, Canada. *Disability and Rehabilitation*, 19 (8), 1997, p. 309-317.

¹⁶ CROMIE, J.E., ROBERTSON, V.J. et BEST, M.O. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks, and responses. *Physical Therapy*, 80(4), 2000. p. 336-351.

¹⁷ HOLDER, N.L., CLARK, H.A., DIBLASIO, J.M., HUGHES, C.L., SCHERPF, J.W., HARDING, L. et SHEPARD, K.F. Cause, prevalence, and response to occupational musculoskeletal injuries reported by physical therapists and physical therapy assistants. *Physical Therapy*, 79(7), 1999, p. 642-652.

¹⁸ KOEHOORN, M. *Musculoskeletal Injuries Among Health Care Workers: Individual, Biomechanical and Work Organizational Factors*. Thèse de doctorat. Vancouver : University of British Columbia, 1999.

¹⁹ STATISTIQUE CANADA. La santé de la population canadienne, Rapport annuel de 2001. *Rapports sur la santé*, 12(3). Ottawa : Statistique Canada. Catalogue 82-003-XIF, 2001.

²⁰ SULLIVAN, T., KERR, M. et IBRAHIM, S. Job stress in health care workers: Highlights from the National Population Health Survey. *Hospital Quarterly*, été, 1999, p. 34-40.

²¹ WOODWARD, C.A., SHANNON, H.S., CUNNINGHAM, C., MCINTOSH, J., LENDRUM, B., ROSENBLUM, D. et BROWN, J. The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital. *Medical Care*, 37(6), 1999, p. 556-569.

²² O'BRIEN-PALLAS, L., THOMSON, D., ALKSNIS, C. et Bruce, S. The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 2001, p. 42-50.

- ²³ AIKEN, L.H., CLARKE, S., SLOANE, D.M., SOCHALSKI, J.A., BUSSE, R., CLARKE, H., GIOVANNETTI, P., HUNT, J., RAFFERTY, A.M. et SHAMIAN, J. Nurses' report on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 2001, p. 43-53.
- ²⁴ SHANNON, H.S. et WOODWARD, C.A., CUNNINGHAM, C.E., MCINTOSH, J., LENDRUM, B., BROWN, J. et ROSENBLOOM, D. Changes in general health and musculoskeletal outcomes in the workforce of a hospital undergoing rapid change: A longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 2001, p. 3-14.
- ²⁵ BROWN, J.A., WOODWARD, C.A., SHANNON, H.S., CUNNINGHAM, C.E., LENDRUM, B., MCINTOSH, J. et ROSENBLOOM, D. Determinants of job stress and job satisfaction among supervisory and non-supervisory employees in a large Canadian teaching hospital. *Forum Gestion des soins de santé*, 12, 1999, p. 27-33.
- ²⁶ BOURBONNAIS, R., COMEAU, M., VÉZINA, M. et DION, G. Job strain, psychological distress and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34, 1998, p. 20-28.
- ²⁷ DENTON, M.A., ZEYINOGLU, I.U., WEBB, et S. LIAN, J. Occupational health issues among employees of home care agencies. *Revue canadienne du vieillissement*, 18 (2), 1999, p. 154-181.
- ²⁸ SCHWARTZMAN, K., LOO, V., PASZTOR, J. et MENZIES, D. Tuberculosis infection among health care workers in Montreal. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 154 (4), 1996, p. 1006-12.
- ²⁹ TRAN, N., ELIAS, J., ROSENBERG, T., WYLIE, D., GABORIEAU, D. et YASSI, A. Evaluation of waste anesthetic gases, monitoring strategies, and correlations between nitrous oxide levels and health symptoms. *American Industrial Hygiene Association Journal*, 55 (1), 1994, p. 36-41.
- ³⁰ SUSSMAN, G.L., LISS, G.M., DEAL, K., BROWN, S., CIVIDINO, M., SIU, S., BEEZHOLD, D.H., SMITH, G., SWANSON, M.C., YUNGINGER, J., DOUGLAS, A., HOLNESS, D.L., LEBERT, P., KEITH, P., WASERMAN, S. et TURJANMAA, K. Incidence of latex sensitization among latex glove users. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 101 (2 Pt. 1), 1998, p. 171-178.
- ³¹ SANTÉ CANADA, Direction générale de la protection de la santé. Surveillance nationale de l'exposition professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 22-7, 1996.
- ³² KERR, M. Communiqué personnel : Institut de recherche sur le travail et la santé. Toronto : Ontario, 2001.
- ³³ *Hospital and Patient Outcomes: A Cross National Study*, étude financée par le National Institute for Health et un certain nombre d'organismes canadiens, dont B.C. Health Care Research Foundation, RNABC, UBC School of Nursing, Alberta Heritage Foundation, WSIB de l'Ontario, Relais et plusieurs hôpitaux participants. (Données obtenues au moyen de communications personnelles avec Heather F. Clarke, Colombie-Britannique, Carole A. Estabrooks, Alberta et Donna Thomson, Ontario). Les principaux enquêteurs canadiens pour ce projet sont Heather F. Clarke et Arminee Kazanjian, de la Colombie-Britannique; Phyllis Giovannetti, de l'Alberta; et Geoffrey M. Anderson, Michael S. Kerr, Heather K. Spence Laschinger, Linda Lee O'Brien Pallas, Judith Shamian et Jack V. Tu, de l'Ontario.
- ³⁴ BOYD, N. *Gently into the Night: Aggression in Long Term Care*. Colombie-Britannique. Workers' Compensation Board of British Columbia, 1998.

Partie C

Conclusions et nouveaux enjeux



Conclusions et nouveaux enjeux

Trouver le juste équilibre entre les besoins changeants en matière de santé et le bon nombre de dispensateurs de soins dotés de la bonne combinaison de compétences et travaillant aux bons endroits est un défi persistant. Ainsi, il y a plus de 50 ans, un article paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* affirmait que les omnipraticiens travaillaient de trop longues heures sans avoir suffisamment de vacances.¹ De même, en 1964, une Commission royale d'enquête s'est penchée sur la situation des dispensateurs de soins de santé au Canada. Dans son rapport, Hall a décrit certains des défis de la planification :

Pour déterminer ce que l'avenir réserve aux principaux éléments qui composent le complexe des services de santé ... il faut tenir compte de quatre facteurs qui se rattachent à l'évolution sociale en général et à l'évolution du complexe des services de santé en particulier ... L'évolution démographique ... est le premier de ces facteurs ... Le rythme des découvertes et des applications techniques est le deuxième facteur important ... La demande croissante de services, par opposition aux biens matériels, est le troisième facteur ... Le quatrième facteur ... est le rôle que joue le gouvernement dans la vie de la société industrielle moderne.²

La même année, John F. McCreary, conférencier de l'Association canadienne de santé publique, affirmait que :

Nous avons été témoins de changements profonds dans les soins médicaux. Nous avons été témoins de l'explosion des connaissances médicales; nous avons été témoins de l'augmentation spectaculaire de la capacité à diagnostiquer et à traiter; nous avons aussi été témoins de l'accroissement de la puissance des médecins de nuire à leurs patients aussi bien que de les aider ... Pour la première fois, à cause des pouvoirs accrus qui nous ont été confiés en vertu des progrès en médecine, nous sommes sujets à la censure et au blâme quand les choses vont mal. L'attitude des gens envers la médecine a changé presque autant que la médecine elle-même. Ils connaissent la médecine beaucoup mieux, sont conscients de ce qu'elle peut offrir et le réclament. Ils considèrent que le droit à de bons soins médicaux est fondamental.³ (traduction)

Presque 40 ans plus tard, des bouleversements profonds continuent de se répercuter sur les professionnels de la santé. Par exemple, la taille et les caractéristiques démographiques de la population en général et des dispensateurs de soins en particulier sont en constante évolution. L'état de santé de la population change également, tout comme les façons d'organiser et de dispenser les soins de santé. Les technologies et les médicaments qui étaient relativement nouveaux à l'époque de Hall, comme les rayons -x, les antibiotiques et l'insuline, font maintenant partie du quotidien. Par contre, les innovations, comme celles qui s'inspirent de la télétechnologie et la génomique, voient constamment le jour. Au fil du temps, on observe aussi des virages dans les exigences scolaires et réglementaires, dans l'exercice professionnel et dans la façon qu'ont les dispensateurs de soins de travailler ensemble.

Et pourtant, plus ça change, plus c'est pareil. La situation des travailleurs de la santé demeure une priorité. Par exemple, en prévision de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, les premiers ministres canadiens ont choisi de se concentrer sur quatre questions lors de leur 42^e Conférence annuelle en août 2001, dont deux étaient liées aux ressources humaines de la santé.

De nombreux autres intervenants s'intéressent également à la question : les ministères de la Santé, du Travail et de l'Éducation; les dispensateurs de soins et leurs associations professionnelles et syndicats; les organismes de réglementation; les organismes de santé; les collèges; les universités et les chercheurs. Les décisions de chacun de ces groupes et d'autres personnes peuvent avoir des retombées importantes sur l'avenir des dispensateurs de soins — et sur les soins de santé. Certaines décisions produiront des résultats à court terme. Mais d'autres, comme l'augmentation des inscriptions dans les facultés de médecine, peuvent porter fruit dans dix ans ou plus.

Dans certains cas, les décideurs actuels disposent d'une information bien meilleure qu'avant pour arrêter leurs choix. Par exemple, nous savons maintenant combien de dispensateurs de soins de santé réglementés travaillent au Canada et comment la combinaison évolue avec le temps en raison des changements dans les exigences scolaires, l'inscription et d'autres facteurs. Nous en savons davantage au sujet de la vie professionnelle (p. ex. durée moyenne d'occupation d'un poste), des conditions de travail (p. ex. heures supplémentaires) et de la santé des dispensateurs de soins (p. ex. taux d'absentéisme) — et comment leur environnement de travail change. Dans certains domaines, nous disposons également de renseignements importants : combien de médecins quittent le Canada chaque année et combien y reviennent; comment la composition des équipes de santé varie au pays; quelles stratégies de recrutement et de maintien en poste sont utilisées.

Malgré tout, nous ignorons encore bien des choses. Par exemple, nous en savons peu sur les professionnels non réglementés, y compris les gestionnaires du système de santé. Pour ces groupes, l'adhésion à une association professionnelle est souvent volontaire et tous n'y participent pas. Par conséquent, il nous est impossible de savoir exactement combien de gens travaillent dans une profession donnée, comment cela change avec le temps et le type de services qu'ils dispensent.

Bon nombre d'autres questions demeurent aussi sans réponse. Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour former, recruter, conserver et financer des professionnels de la santé? Quels sont les effets des changements dans les cadres des fonctions, la pratique coopérative, ainsi que la structure et la composition de l'équipe de santé sur le nombre et la répartition des professionnels de la santé? Sur notre capacité à répondre aux besoins futurs en matière de santé? Sur la façon dont les professionnels organisent et dispensent les services? Sur la satisfaction des patients et des dispensateurs? Sur l'accès aux soins? Sur la qualité des soins?

Les nouveautés du rapport

Le présent rapport s'appuie sur des données et des analyses de l'ICIS, ainsi que sur des recherches effectuées à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale et internationale. Dans plusieurs cas, cette information est divulguée pour la première fois. Cela nous permet de jeter un regard nouveau sur un éventail de sujets, ou encore d'enrichir ou de mettre à jour des travaux antérieurs. Voici quelques exemples d'information nouvelle ou mise à jour :

- **Comment les frais de scolarité pour certains programmes de santé, comme la médecine et la dentisterie, se comparent en divers endroits au pays.**
- **Dans quelle mesure certains professionnels de la santé sont exposés à des dangers en milieu de travail, comme les blessures avec des aiguilles.**
- **Comment les salaires des gens travaillant dans la même profession de santé (p. ex. IA, physiothérapeutes, ergothérapeutes) varient au Canada.**
- **Le recours à la formation médicale continue chez les médecins, et comment les milieux où ils pratiquent et le cadre de leurs fonctions diffèrent.**
- **Le pourcentage d'employés travaillant à temps partiel et à temps plein dans le secteur de la santé par rapport aux autres secteurs, et comment cette situation a changé dans les dernières années.**
- **Combien de temps les employés du secteur de la santé restent au service d'un employeur et la probabilité d'être en chômage par rapport aux travailleurs des autres industries au Canada.**
- **Les 10 destinations préférées des médecins canadiens qui déménagent aux États-Unis.**
- **De nouvelles estimations des modes de rémunération des médecins, autres qu'à l'acte.**
- **Comment les « ratios d'activité » des médecins ont changé au fil du temps.**
- **Comment le nombre d'accouchements auxquels les sages-femmes assistent a changé en Ontario et en Colombie-Britannique au cours des dernières années.**

À l'écoute

Au début de 2001, l'ICIS et quatre autres organismes ont mené une large consultation pancanadienne sur les priorités en matière de services de santé et de questions de politique.⁴ Les décideurs, les gestionnaires et les organismes cliniques ont indiqué que les ressources humaines de la santé sont la priorité pour les deux à cinq prochaines années. Voici quelques questions soulevées :

- Pourquoi les modèles prévisionnels actuels pour les professions de la santé n'ont pas réussi à identifier avec précision les futurs surplus et pénuries; quelles autres données et méthodes pourraient améliorer leur exactitude?
- Quelles sont les conséquences des changements dans les modèles de prestation pour la réglementation professionnelle, l'autorisation d'exercer, les conventions collectives, le cadre des fonctions et la composition et le fonctionnement de l'équipe de santé?
- Quelles sont les conséquences de la réglementation professionnelle, de l'autorisation d'exercer, des conventions collectives, du cadre des fonctions ainsi que de la composition et du fonctionnement de l'équipe de santé sur les perspectives de changement des modèles de prestation?
- Quelles mesures incitatives et quelles stratégies amélioreront le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé?
- Quelles mesures incitatives et quelles stratégies amélioreront le recrutement, le maintien en poste et la capacité de leadership des gestionnaires et des décideurs du système de santé?
- En matière de ressources humaines de la santé, comment répondre de façon durable et rentable aux besoins particuliers des régions rurales et isolées et de certains groupes marginalisés et mal desservis?
- Quelles sont les conséquences de la mondialisation et des accords de libre-échange sur les modèles prévisionnels, la réglementation et l'autorisation d'exercer, le recrutement et le maintien en poste et la mobilité générale des professionnels de la santé?

Ces questions, et bien d'autres, demeurent une source de préoccupations. Pour mieux les comprendre et combler les lacunes, nous devons disposer d'une vaste gamme de données et d'analyses qui soient opportunes, fiables, systématiques et comparables.

Nous avons fait un bon bout de chemin, mais il nous reste beaucoup de progrès à accomplir. Nous espérons que le présent rapport constituera un pas en avant vers une meilleure information au sujet de ceux qui dispensent des soins au Canada — une information qui nous permettra de prendre de meilleures décisions.

Vous voulez en savoir plus?

Outre le présent rapport, l'ICIS publie régulièrement des rapports qui contiennent une information plus détaillée sur un éventail de sujets connexes, comme :

- Les soins de santé au Canada : Rapport annuel
- Le personnel de la santé au Canada
- Rapport sur les équivalents à temps plein (tiré de la Base de données nationale sur les médecins ou BNDM)
- Paiement moyen par médecin (tiré de la BDNM)
- Rapport sur les catégories du système de groupement national (tiré de la BDNM)
- Rapport sur la facturation réciproque (tiré de la BDNM)
- Nombre et répartition des infirmières autorisées au Canada
- Nombre, répartition et migration des médecins canadiens
- Tendances des dépenses nationales de santé

Pour en savoir davantage

¹ JOHNSTON, W.V. (1948). General practice in the changing order. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 59, 167-170.

² CANADA. Commission royale d'enquête sur les services de santé. *Commission royale d'enquête sur les services de santé*. Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1964.

³ MCCREARY, J.F. *Education of Health Personnel*. Présenté à la 55^e assemblée annuelle de l'Association canadienne de santé publique. Moncton : Nouveau-Brunswick, 1964.

⁴ GAGNON, D., MÉNARD, M. *À l'écoute — Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé*. Ottawa : Comité consultatif sur les services de santé de la Conférence des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Institut canadien d'information sur la santé, Institut des services et des politiques de la santé (Instituts de recherche en santé du Canada), 2001.

Appendice : Les faits en bref



Professionnels de la santé par 100 000 habitants †

	Médecins - 2000			Infirmières autorisées 2000	Chiropraticiens 2000	Hygiénistes dentaires 2000			Dentistes 2000	Diététistes 2000	Infirmières auxiliaires 2000	Technologues de laboratoire médical 2000	Technologues en radiation médicale 2000
	Total des médecins	OP/MF	Spécialistes										
T.-N.	172	106	66	1 002	6	13	30	23	533	59	49		
Î.-P.-É.	128	75	52	903	5	31	43	36	448	75	49		
N.-É.	201	101	100	923	7	44	48	40	329	79	53		
N.-B.	152	90	63	974	6	33	35	33	294	81	62		
Qc	214	106	108	796	13	49	54	26	210	37	50		
Ont.	180	85	95	697	23	56	60	19	225	60	45		
Man.	181	92	89	875	18	49	49	23	202	83	52		
Sask.	154	91	62	835	16	27	34	22	151	91	43		
Alb.	166	86	80	736	23	43	54	20	136	61	48		
C.-B.	195	106	88	681	18	44	65	21**	108*	59	42		
Yn	136	116	20	779	30	50	60	..	..	53	..
T. N.-O.	112	69	43	1 027	..	30	71	..	157	41	..		
Nun.	25	21	4	333	..	..	..	..	..	..	..

	Sages-femmes 2000	Ergothérapeutes 2000	Optométristes 2000	Pharmaciens 2000	Physiothérapeutes 2000	Infirmières	
						psychiatriques autorisées 2000	Inhalothérapeutes 1998
T.-N.	..	25	6	96	37	..	14
Î.-P.-É.	..	24	8	86	34	..	12
N.-É.	..	26	7	100	45	..	24
N.-B.	..	27	12	75	53	..	26
Qc	1	35	16	77	43	..	29
Ont.	2	29	10	72	43	..	15
Man.	2	37	8	78	46	89	17
Sask.	..	22	11	109	52	103	11
Alb.	1	32	10	96	54	38	28
C.-B.	1	30	8	80	57	54	13
Yn	..	20	10	86	..	..	..
T. N.-O.	..	10	..	43	..	..	6
Nun.	..	..	..	..	..	..	..

Remarques : † Données provisoires en date de novembre 2001 et sujettes à changement. Les taux sont exprimés par 100 000 habitants. Sauf dans le cas des médecins et des infirmières autorisées, les ratios nombre d'employés par 100 000 habitants pour les Territoires du Nord-Ouest incluent le Nunavut.

* Les données de 2000 sur les infirmières auxiliaires de la Colombie-Britannique sont des estimations.

**Les diététistes en Colombie-Britannique incluent aussi les nutritionnistes.

.. Non disponible.

En raison d'estimations démographiques mises à jour, les chiffres peuvent être un peu différents de ceux publiés antérieurement.

Source : Base de données médicales Southam, ICIS.
Base de données sur le personnel de la santé, ICIS.
Base de données des infirmières et infirmiers autorisés, ICIS.

Âge moyen selon la profession de la santé (en années), Canada, de 1994 à 2000

Professions	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ambulanciers	34,7	33,9	34,7	36,4	37,3	37,1	37,1
Aides-infirmières/préposés aux soins	38,5	39,2	39,8	40,6	40,5	40,4	40,8
Assistants dentaires	30,5	32,4	32,2	32,8	33,8	34,0	33,0
Audiologistes	35,6	38,2	36,1	36,1	38,6	37,6	37,9
Autres professions libérales de la santé	35,6	44,5	38,8	38,4	43,0	--	44,1
Chiropraticiens	41,0	40,4	41,1	40,0	40,5	41,2	38,6
Dentistes	42,9	42,4	43,1	42,4	41,7	44,1	44,7
Denturologistes	38,3	48,3	44,4	42,0	42,1	47,8	45,8
Diététistes/nutritionnistes	37,0	38,8	37,0	39,3	41,2	39,5	41,4
Échographistes	--	34,2	38,4	--	42,3	41,2	38,8
Ergothérapeutes	35,5	34,7	34,3	36,1	36,3	33,8	35,1
Gestionnaires/techniciens des archives médicales	38,5	39,3	39,7	39,9	38,8	36,7	37,7
Hygiénistes dentaires	32,5	33,6	32,9	33,9	33,1	35,0	35,2
Infirmières autorisées	39,6	39,8	39,9	41,1	41,0	41,4	41,9
Infirmières auxiliaires	40,9	40,5	40,7	41,3	40,7	42,5	42,3
Infirmières en chef	41,2	42,0	43,5	43,7	43,1	44,9	44,4
Inhalothérapeutes	33,8	33,8	33,1	35,5	35,2	36,0	34,8
Médecins spécialistes*	43,3	43,0	43,3	43,5	45,5	44,8	44,8
Omnipraticiens*	43,9	42,9	41,3	42,0	42,3	43,3	43,7
Opticiens	37,8	35,9	33,6	37,2	34,1	40,1	37,8
Optométristes	40,3	37,0	42,7	40,5	40,4	47,1	38,7
Pharmaciens	38,2	38,4	38,8	39,4	39,3	39,4	38,7
Physiothérapeutes	36,7	37,1	37,2	36,8	37,6	39,1	38,0
Psychologues	44,2	42,6	40,7	44,8	44,8	45,3	46,2
Sages-femmes	--	45,1	41,4	44,0	46,9	45,9	45,9
Techniciens dentaires	37,2	37,3	36,3	37,0	37,8	40,7	37,8
Techniciens de laboratoire médical	37,1	39,0	39,0	38,1	39,1	38,4	39,1
Technologues en cardiologie	--	38,8	37,2	37,4	42,0	44,8	39,2
Technologues de laboratoire médical	41,2	40,2	39,8	40,2	39,7	39,4	39,6
Technologues en radiation médicale	35,1	37,2	39,6	38,0	39,3	40,6	39,6
Travailleurs sociaux	37,4	39,5	39,3	39,6	39,8	40,7	40,8
Toutes les professions de la santé	39,1	39,4	39,5	40,2	40,3	40,7	40,8

Remarques : -- Nombre trop petit pour être exprimé.

* Inclut les résidents et les internes.

Ces estimations s'appuient sur les réponses à un sondage réalisé auprès d'un échantillon de la population canadienne. Pour plus de renseignements sur la base de sondage, la taille de l'échantillon et les erreurs d'échantillonnage, veuillez consulter l'information technique sur le sondage affichée sur le site Web de Statistique Canada.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Nombre de médecins par 100 000 habitants, selon la région sanitaire, 1998

Région sanitaire	Province	Taux brut OP/MF	Taux brut spécialistes
Health and Community Services St John's Region	T.-N.	119	157
Health and Community Services Eastern Region	T.-N.	89	10
Health and Community Services Central Region	T.-N.	96	29
Île-du-Prince-Édouard	Î.-P.-É.	73	55
Zone 1	N.-É.	85	42
Zone 3	N.-É.	84	32
Zone 5	N.-É.	89	54
Zone 6	N.-É.	126	165
Région 1	N.-B.	89	77
Région 2	N.-B.	88	82
Région 3	N.-B.	83	61
Région du Bas-Saint-Laurent	Qc	107	80
Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	Qc	96	72
Région de Québec	Qc	142	168
Région de la Mauricie et Centre-du-Québec	Qc	85	65
Région de l'Estrie	Qc	120	116
Région de Montréal-Centre	Qc	123	209
Région de l'Outaouais	Qc	90	57
Région de l'Abitibi-Témiscamingue	Qc	99	63
Région de la Côte-Nord	Qc	115	53
Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Qc	151	50
Région de la Chaudière-Appalaches	Qc	99	53
Région de Laval	Qc	84	64
Région de Lanaudière	Qc	81	38
Région des Laurentides	Qc	85	41
Région de la Montérégie	Qc	88	59
Champlain District Health Council	Ont.	105	134
Quinte-Kingston and Rideau DHC	Ont.	96	95
Durham-Haliburton-Kawartha and Pine Ridge DHC	Ont.	65	42
Toronto District Health Council	Ont.	114	164
Simcoe-York District Health Council	Ont.	77	48
Halton-Peel District Health Council	Ont.	71	49
Waterloo-Wellington-Dufferin DHC	Ont.	71	52
Hamilton-Wentworth DHC	Ont.	91	160
Niagara District Health Council	Ont.	60	57
Grand River DHC	Ont.	59	35
Thames Valley DHC	Ont.	87	140
Essex-Kent and Lambton DHC	Ont.	56	54
Grey-Bruce-Huron and Perth DHC	Ont.	77	32
Muskoka, Nipissing, Parry Sound and Timiskaming DHC	Ont.	94	44
Algoma-Cochrane-Manitoulin and Sudbury DHC	Ont.	77	61
Northwestern Ontario DHC	Ont.	81	48
Winnipeg	Man.	101	143
Regina (D) Service Area	Sask.	98	75
Saskatoon (F) Service Area	Sask.	102	132
Chinook Regional Health Authority	Alb.	82	52
Calgary Regional Health Authority	Alb.	88	105
David Thompson Regional Health Authority	Alb.	76	39
East Central Health Authority	Alb.	69	9
Capital Health Authority	Alb.	104	125
Lakeland Regional Health Authority	Alb.	70	7
North Okanagan	C.-B.	106	55
Okanagan Similkameen	C.-B.	97	79
Thompson	C.-B.	90	62
Fraser Valley	C.-B.	82	46
South Fraser Valley	C.-B.	74	44
Central Vancouver Island	C.-B.	98	59
Upper Island/Central Coast	C.-B.	104	41
Northern Interior	C.-B.	86	48
North Shore	C.-B.	112	88
Capital (Victoria)	C.-B.	145	109
Vancouver/Richmond	C.-B.	150	214
Simon Fraser (incluant Burnaby)	C.-B.	88	68
Canada		94	91

Remarques :

Dans certaines régions, les établissements de santé et le personnel fournissent des services à une collectivité qui englobe plus que les résidents de la région immédiate. Les ratios de médecins au nombre d'habitants reflètent le nombre de médecins dans une région et n'ont pas été ajustés pour tenir compte de cette réalité. Son ampleur dans les régions individuelles varie probablement.

Les chiffres englobent les médecins civils (y compris ceux qui offrent des services non cliniques, comme la recherche en santé, l'administration et l'enseignement) et ne tiennent pas compte des internes et des résidents. À l'échelle régionale, les enregistrements dont le code postal était invalide, manquant ou partiel ont été exclus. La présentation de l'information s'appuie en général sur la région où se trouve le cabinet du médecin ou l'hôpital (plus de 80 % des cas) et non sur la région de résidence. Elle est aussi établie en fonction du nombre total de médecins au 31 décembre de l'année de référence (à temps plein ou partiel) et non en fonction des chiffres sur les équivalents à temps plein.

Les données sont présentées pour les régions dont le nombre d'habitants est supérieur à 1 000 habitants.

Taux d'omnipraticiens/médecins de famille : omnipraticiens par 100 000 habitants.

Taux de spécialistes médicaux : spécialistes médicaux par 100 000 habitants.

Source : Base de données médicales Southam

Programmes de santé offerts dans les universités, les collèges et certains établissements de santé complémentaires au Canada

Acupuncture	Gérontologie communautaire	Santé communautaire et services à la personne
Accueil - Cabinet de médecin	Gestion de la santé	Santé et physique des rayonnements Santé maternelle et accouchement/soins de santé à la mère, au nourrisson et à l'enfant
Administration de la condition physique et de la santé	Gestion de la santé des Premières Nations	Sciences de laboratoire
Administration de la santé	Gestion des politiques de la santé	Sciences de laboratoire médical
Administration de médicaments par voie orale	Hygiène dentaire	Sciences de la santé bucco-dentaire
Aide au soutien personnel	Immunologie	Sciences de la santé communautaire
Aide de bureau - Cabinet de médecin	Infirmière auxiliaire	Sciences de la santé internationales
Aide de bureau en soins de santé	Infirmière en santé au travail	Sciences de la santé appliquées
Aide en établissement	Infirmière praticienne	Sciences de la santé publique
Aide en hygiène familiale/aide en soins de longue durée	Informatique de la santé/science de l'information sur la santé	Sciences domestiques
Aide en soins à domicile/soins spéciaux	Inhalothérapie	Sciences médicales/biomédicales
Aide en soins de santé	Inspecteur de la santé publique	Sciences médicales de base
Aide-pharmacien	Kinésiologie	Sciences paracliniques
Aptitude à la gestion pour les professionnels de la santé	Législation de la santé	Sciences pures de la santé
Assistant de laboratoire médical	Massothérapie	Secrétaire médicale
Assistant dentaire - Niveaux I et II	Médecine	Services de santé
Assistant en orthophonie	Médecine chinoise	Services infirmiers de santé publique
Assistant en réadaptation	Méthodologie de la recherche sur la santé	Soins complémentaires
Audiologie	Musicothérapie	Soins intensifs, soins à domicile, soins primaires, soins de santé mentale, soins infirmiers dans le Nord
Audioprothésiste	Naturopathie	Soins de santé et épidémiologie
Biochimie	Néonatalogie	Soins infirmiers communautaires
Biologie	Nutrition humaine appliquée	Soins infirmiers en gérontologie
Biophysique	Ophthalmologie	Soins infirmiers psychiatriques
Biotechnologie appliquée	Optométrie	Soutien à domicile
Certificat d'accueil - Dentisterie	Organisation de bureau - Dentisterie ou médecine	Spécialités chirurgicales
Certificat de module de dentisterie prothétique	Orthophonie	Spécialités dentaires
Certificat de recyclage en soins infirmiers	Pathologie	Spécialités médicales
Certificat de soins aux personnes atteintes de démence (temps partiel)	Pharmacie	Technicien de la santé
Certificat de travailleur en soutien communautaire	Pharmacologie	Technicien de la santé et de la sécurité au travail
Certificat de travailleur social	Physiologie de la santé	Technicien dentaire
Certificat ou diplôme d'opticien d'ordonnance	Physique médicale de la santé	Technicien des archives médicales
Chiropratique	Physiologie de l'exercice	Technicien en pharmacie
Comportements liés à la santé	Physiatrie	Technicien en ultrasons
Coordonnateur d'unités d'hôpital	Physiothérapie	Technicien médical d'urgence
Counselling en abus d'intoxicants	Podiatrie	Technicien orthésiste/prothésiste
Counselling en matière de santé	Podologie	Techniques de génie biomédical
Counselling en soins spéciaux	Politiques et pratique dans la santé et les services sociaux	Techniques de reproduction assistée
Counselling en toxicomanie	Praticien de la guérison par l'énergie	Technologie d'électroneurophysiologie
Counselling sur les drogues et l'alcool	Praticien du reiki	Technologie de diagnostic radiologique
Cytologie diagnostique	Praticien de l'approche holistique de la santé	Technologie génétique
Dentisterie	Pratique avancée des soins infirmiers	Technologie de génétique médicale
Denturologiste	Préparation à l'optométrie	Technologie de la médecine du sommeil
Diététique	Préparation collégiale en soins infirmiers	Technologie de l'anesthésie
Diplôme de travailleur en toxicomanie chez les autochtones	Préparation en soins de santé	Technologie de la santé et de l'hygiène du milieu
Diplôme en administration des soins prolongés	Préposé aux soins	Technologie de médecine nucléaire
Diplôme en biotechnologie	Préposé aux soins à domicile et travailleur du soutien à domicile	Technologie de perfusion cardiovasculaire
Diplôme en chimie et en biochimie appliquée	Préposé aux soins personnels	Technologie de radiation médicale
Diplôme en technologie de laboratoire dentaire	Programme de collaboration en soins infirmiers	Technologie médicale
Échocardiographie	Programme de formation des sages-femmes	Technologie radiologique
Échographie diagnostique	Programme de préparation à la médecine	Thérapie par le shiatsu
Éducateur en matière d'asthme	Programme de préparation à l'art dentaire	Toxicologie
Éducation à la santé	Programme de préparation aux sciences de la réadaptation	Transcription médicale
Éducation physique	Programme de préparation aux sciences pharmaceutiques	Travail social
Épidémiologie et santé publique	Programme pour les adultes ayant une déficience visuelle	Travailleur dans les communautés autochtones — Guérison et bien-être
Ergothérapie	Promotion de la santé	Travailleur en soins communautaires
Études de la santé et de la condition physique	Promotion du bien-être et de la santé en milieu de travail	Travailleur social — Gérontologie
Études en santé mentale	Psychologie/psychologie de la santé	
Études sur la santé des autochtones	Radiothérapie	
Études sur la santé/sciences de la santé	Réadaptation communautaire	
Formation avancée en orthopédie	Recherche et évaluation des politiques de la santé	
Formation en qigong	Réflexologie	
Formation pratique en sciences infirmières (infirmière psychiatrique autorisée et infirmière auxiliaire)	Représentant de la santé communautaire	
Gérontologie	Santé au travail	

Baccalauréats, maîtrises et doctorats en matière de santé décernés dans les universités canadiennes, selon le domaine d'étude

Baccalauréats								
	1977	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Autres professions de la santé	14	4	11	91	95	149	129	238
Dentisterie	459	488	503	491	433	412	426	425
Épidémiologie et santé publique	..	..	66	60	100	194	176	185
Médecine	1 935	1 744	1 912	1 785	1 770	1 683	1 598	1 630
Optométrie	98	59	105	108	100	100	94	101
Pharmacie	719	668	634	817	797	839	689	791
Physiatrie	685	809	866	1 083	1 313	1 304	1 328	1 232
Sciences médicales de base	267	143	178	328	405	427	434	461
Sciences paracliniques	29	56	76	137	137	118	135	153
Soins infirmiers	1 450	1 474	1 997	2 608	3 133	3 336	3 731	3 316
Spécialités dentaires	..	3	2	4	3	2	6	6
Spécialités médicales	..	289	21	40	30	24	26	31
Technologie médicale	41	22	27	47	59	45	65	51
Total des professions de la santé	5 697	5 759	6 398	7 599	8 375	8 633	8 837	8 620

Maîtrises								
	1977	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Autres professions de la santé	..	..	..	5	25	37	35	50
Dentisterie	3	..	..	..	1	..	4	5
Épidémiologie et santé publique	26	84	152	140	227	269	259	277
Médecine	4	..	..	..	..	..	..	..
Optométrie	2	1	3	3	10	3	2	4
Pharmacie	17	24	30	25	198	98	85	55
Physiatrie	60	102	88	157	251	234	308	302
Sciences médicales de base	104	135	202	297	372	400	414	455
Sciences paracliniques	53	53	71	88	114	96	102	70
Soins infirmiers	67	76	117	186	223	208	238	225
Spécialités chirurgicales	7	5	14	20	13	13	24	11
Spécialités dentaires	8	10	21	22	17	16	17	20
Spécialités médicales	12	14	25	68	85	110	89	122
Technologie médicale	..	..	..	1	2	21	22	29
Total des professions de la santé	363	504	723	1 012	1 538	1 505	1 599	1 625

Doctorats								
	1977	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Autres professions de la santé	..	..	..	..	1	3	10	4
Dentisterie	1	..	..	..	..	..	..	..
Épidémiologie et santé publique	3	5	8	26	32	45	36	51
Médecine	2	..	..	..	6	3	2	..
Optométrie	..	..	..	1	..	2	1	2
Pharmacie	6	3	13	24	24	35	31	26
Physiatrie	..	2	1	2	2	2	6	2
Sciences médicales de base	62	87	104	138	199	208	255	252
Sciences paracliniques	19	25	26	48	66	73	56	62
Soins infirmiers	..	..	..	1	3	1	13	12
Spécialités chirurgicales	1	3	3	2	4	3	6	7
Spécialités dentaires	..	..	2	3	8	7	9	7
Spécialités médicales	11	12	18	47	57	72	64	77
Technologie médicale	..	..	..	1	6	3	3	7
Total des professions de la santé	105	137	175	293	408	457	492	509

Remarque : .. non disponible.

Source : Association des universités et collèges du Canada, www.aucc.ca

Dépenses totales de santé consacrées aux médecins et aux autres professionnels de la santé, selon la province et le territoire et au Canada, 2000 (dollars courants)

2000 (prévisions)								
	Médecins (‘000 000 \$)	Autres professionnels (‘000 000 \$)	Total (‘000 000 \$)	Médecins (\$' par habitant)	Autres professionnels (\$' par habitant)	Total (\$' par habitant)	Médecins (% public)	Autres professionnels (% public)
T.-N.	186,8 \$	93,8 \$	1 600,6 \$	346,65 \$	174,03 \$	2 970,57 \$	99,7 %	14,1 %
Î.-P.-É.	39,1 \$	34,0 \$	388,8 \$	281,11 \$	244,93 \$	2 798,83 \$	99,5 %	10,9 %
N.-É.	364,7 \$	228,5 \$	2 680,0 \$	387,61 \$	242,80 \$	2 848,05 \$	99,3 %	10,5 %
N.-B.	263,9 \$	207,2 \$	2 217,3 \$	348,84 \$	273,82 \$	2 930,63 \$	99,0 %	5,7 %
Qc	2 410,3 \$	2 235,6 \$	20 748,2 \$	326,94 \$	303,24 \$	2 814,29 \$	98,6 %	12,1 %
Ont.	5 663,4 \$	4 472,0 \$	37 311,3 \$	485,32 \$	383,23 \$	3 197,38 \$	98,6 %	7,6 %
Man.	475,6 \$	358,1 \$	3 929,5 \$	414,31 \$	312,99 \$	3 423,24 \$	97,4 %	13,4 %
Sask.	382,6 \$	305,2 \$	3 161,2 \$	373,79 \$	298,13 \$	3 088,24 \$	99,0 %	18,9 %
Alb.	1 031,1 \$	1 366,2 \$	9 887,3 \$	344,03 \$	455,82 \$	3 298,82 \$	98,2 %	10,0 %
C.-B.	1 942,3 \$	1 914,9 \$	12 708,7 \$	477,96 \$	471,23 \$	3 127,33 \$	99,0 %	11,9 %
Yn	11,6 \$	13,8 \$	122,5 \$	378,86 \$	449,88 \$	3 994,05 \$	100,0 %	21,0 %
T. N.-O.	16,2 \$	11,6 \$	206,5 \$	385,09 \$	274,90 \$	4 907,99 \$	100,0 %	45,7 %
Nun.	10,6 \$	7,9 \$	164,9 \$	382,10 \$	285,25 \$	5 953,73 \$	100,0 %	48,1 %
Can.	12 798,30 \$	11 248,80 \$	95 126,90 \$	416,20 \$	365,81 \$	3 093,55 \$	98,6 %	10,2 %

Remarques : Les dollars courants mesurent les dépenses réelles dans une année donnée.

Le Nunavut s'est séparé des Territoires du Nord-Ouest le 1^{er} avril 1999. Par conséquent, les données des Territoires du Nord-Ouest pour l'année civile 1999 excluent celles du Nunavut pour les trois quarts de l'année (et les incluent pour le quart de l'année). Pour 2000, le Nunavut est exclu pour l'année complète. Les données sur les dépenses des Territoires du Nord-Ouest pour l'année civile 1999 ne sont pas comparables aux données pour les années civiles antérieures à 1999 ou 2000.

Les prévisions sont des estimations qui s'appuient sur une combinaison de données d'événements antérieurs et d'indicateurs économiques clés des événements à venir. Les prévisions sont calculées au moyen d'un modèle économétrique ou s'appuient sur les intentions de certaines entités économiques.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS

Salaire moyen des employés à temps plein et à temps partiel dans les professions libérales de la santé et dans les postes techniques, d'assistance et autres professions connexes de la santé, selon la province, 2000

Professions libérales de la santé †				Professions techniques, d'assistance et autres professions connexes de la santé			
Province	Taux de salaire horaire moyen	Taux de salaire hebdomadaire moyen	Taux de salaire horaire médian	Province	Taux de salaire horaire moyen	Taux de salaire hebdomadaire moyen	Taux de salaire horaire médian
T.-N.	19,89 \$	733,54 \$	19,97 \$	T.-N.	11,66 \$	406,30 \$	12,36 \$
Î.-P.-É.	20,72 \$	664,95 \$	22,00 \$	Î.-P.-É.	13,60 \$	454,13 \$	14,00 \$
N.-É.	21,47 \$	721,91 \$	22,25 \$	N.-É.	13,19 \$	457,50 \$	11,65 \$
N.-B.	21,02 \$	723,92 \$	21,79 \$	N.-B.	13,31 \$	453,90 \$	13,05 \$
Qc	22,16 \$	738,96 \$	22,00 \$	Qc	15,05 \$	478,86 \$	14,09 \$
Ont.	23,91 \$	793,55 \$	25,00 \$	Ont.	16,19 \$	518,21 \$	15,00 \$
Man.	22,14 \$	786,01 \$	22,10 \$	Man.	13,87 \$	466,00 \$	12,41 \$
Sask.	21,49 \$	721,36 \$	22,79 \$	Sask.	14,24 \$	483,92 \$	13,64 \$
Alb.	23,12 \$	760,52 \$	24,00 \$	Alb.	15,60 \$	525,16 \$	14,00 \$
C.-B.	24,17 \$	802,32 \$	25,00 \$	C.-B.	19,14 \$	631,51 \$	18,06 \$
Can.	23,04 \$	769,86 \$	23,00 \$	Can.	15,66 \$	510,14 \$	14,58 \$

Remarques : Les données n'étant pas disponibles pour les territoires, ceux-ci ne sont pas inclus dans les totaux.

† Les professions libérales de la santé incluent les infirmières surveillantes et les infirmières autorisées.

Ces estimations s'appuient sur les réponses à un sondage réalisé auprès d'un échantillon de la population canadienne. Pour plus de renseignements sur la base de sondage, la taille de l'échantillon et les erreurs d'échantillonnage, veuillez consulter l'information technique sur le sondage affichée sur le site Web de Statistique Canada.

Les moyennes provinciales peuvent varier en raison des différences dans la combinaison des professionnels de la santé, dans les salaires et d'autres facteurs.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Nombre moyen d'employés à temps plein et à temps partiel dans les professions libérales de la santé et dans les postes techniques, d'assistance et autres professions connexes de la santé, selon la province, 2000

Professions libérales de la santé †			Professions techniques, d'assistance et autres professions connexes de la santé		
Province	À temps plein ('000)	À temps partiel ('000)	Province	À temps plein ('000)	À temps partiel ('000)
T.-N.	7,1	0,7	T.-N.	5,6	1,3
Î.-P.-É.	1,4	0,4	Î.-P.-É.	1,7	0,6
N.-É.	10,0	2,7	N.-É.	11,1	3,2
N.-B.	8,5	1,7	N.-B.	7,6	2,3
Qc	71,3	21,3	Qc	72,0	33,8
Ont.	111,5	34,5	Ont.	89,4	43,3
Man.	11,6	2,8	Man.	15,1	5,2
Sask.	9,6	2,8	Sask.	11,9	3,5
Alb.	26,2	10,2	Alb.	26,9	10,0
C.-B.	43,7	12,9	C.-B.	33,5	11,5
Can.	300,9	90,0	Can.	274,8	114,7

Remarque : Les totaux du Canada n'incluent pas les territoires.

† Les professions libérales de la santé englobent les infirmières surveillantes et les infirmières autorisées.

Ces estimations s'appuient sur les réponses à un sondage réalisé auprès d'un échantillon de la population canadienne. Pour plus de renseignements sur la base de sondage, la taille de l'échantillon et les erreurs d'échantillonnage, veuillez consulter l'information technique sur le sondage affichée sur le site Web de Statistique Canada.

Source : Enquête sur la population active, Statistique Canada

Nombre d'IA selon le lieu de travail, au Canada, de 1997 à 2000

	1997	1998	1999	2000
Hôpital	145 467	142 043	142 752	148 366
Hôpital (soins généraux maternité pédiatrie psychiatrie)	137 933	134 927	135 691	141 332
Centre de santé mentale	3 912	3 586	3 606	3 636
Poste infirmier (régions éloignées ou cliniques)	956	938	863	805
Centre de réadaptation/de convalescence	2 666	2 592	2 592	2 593
Centre d'accueil/soins de longue durée	27 828	26 987	26 685	26 094
Santé communautaire	25 561	26 194	27 610	28 830
Agence de soins à domicile	9 818	9 992	9 055	8 644
Santé communautaire/centre de santé communautaire	15 743	16 202	18 555	20 186
Autre lieu de travail	28 312	29 380	29 140	28 655
Entreprise commerciale/industrie/bureau de santé au travail	3 298	3 407	3 549	3 621
Agence privée de soins infirmiers/service privé	2 096	2 084	1 991	1 739
Emploi indépendant	1 641	1 793	1 893	1 858
Cabinet de médecin/unité de soins à la famille	5 865	5 881	5 729	5 622
Établissement d'enseignement	5 329	5 007	4 926	5 023
Association/gouvernement	3 484	3 581	3 755	3 889
Autre	6 599	7 627	7 297	6 903
Non déclaré	2 645	3 047	2 263	467
Canada	229 813	227 651	228 450	232 412

Source : Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, ICIS

Pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir contacté un médecin, un dentiste ou un orthodontiste dans les 12 mois précédents, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

	Pourcentage non ajusté ayant contacté un médecin			Pourcentage ajusté selon l'âge ayant contacté un médecin				Pourcentage non ajusté ayant contacté un dentiste ou orthodontiste			Pourcentage ajusté selon l'âge ayant contacté un dentiste ou orthodontiste		
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1994-1995	1996-1997	1998-1999
	%			%				%			%		
Les deux sexes							Les deux sexes						
Total	80	80	81	80	80	81	Total	56	58	60*	56	58	60
12-14	75	75	71*	...	...	...	12-14	78	81	84	...	...	...
15-24	77	76	77	...	...	...	15-24	62	64	65	...	...	...
25-44	79	77	79	...	...	...	25-44	59	62	62*	...	...	...
45-64	80	82	83*	...	...	...	45-64	52	56	59*	...	...	...
65+	90	90	91	...	...	...	65+	38	38	40	...	...	...
Hommes							Hommes						
Total	74	73	74	74	73	74	Total	55	56	57	55	56	57
12-14	68	70	73	...	...	...	12-14	79	81	83	...	...	...
15-24	69	68	68	...	...	...	15-24	61	60	63	...	...	...
25-44	71	68	70	...	...	...	25-44	56	58	57	...	...	...
45-64	75	77	77	...	...	...	45-64	52	55	56*	...	...	...
65+	90	89	89	...	...	...	65+	41	36	42	...	...	...
Femmes							Femmes						
Total	86	87	87	86	87	87	Total	57	61	62*	57	61	62
12-14	84	79	68*	...	...	...	12-14	77	80	85	...	...	...
15-24	85	85	87	...	...	...	15-24	62	67	67	...	...	...
25-44	86	87	88	...	...	...	25-44	63	66	67*	...	...	...
45-64	85	87	88*	...	...	...	45-64	52	58	62*	...	...	...
65+	89	90	91*	...	...	...	65+	36	40	38	...	...	...
Province							Province						
T.-N.	77	79	85*	77	80	85	T.-N.	38	40	44*	36	39	43
Î.-P.-É.	83	80	87*	83	80	86	Î.-P.-É.	55	57	57	54	57	56
N.-É.	83	82	82	83	82	82	N.-É.	53	53	55	53	53	55
N.-B.	79	80	80	79	80	80	N.-B.	49	49	51	49	49	52
Qc	76	76	77	76	76	77	Qc	49	51	53	49	51	53
Ont.	83	82	83	83	82	83	Ont.	63	66	66	63	66	66
Man.	81	80	83	81	81	83	Man.	53	56	58	53	57	59
Sask.	80	80	83	80	79	83	Sask.	43	45	49	43	46	49
Alb.	79	79	79	79	79	79	Alb.	55	54	57	54	53	56
C.-B.	81	82	80	81	82	80	C.-B.	59	62	63	59	62	63

Source : Adapté de Rapports sur la santé : La santé de la population canadienne, Statistique Canada. Basé sur l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, échantillon transversal, dossier de la santé, 1999.

Remarques : Au moment de l'analyse, des programmes d'amorçage n'étaient pas disponibles pour la comparaison dans le temps des taux ajustés selon l'âge. Par conséquent, les comparaisons entre 1994-1995 et 1998-1999 ont été faites en fonction de taux non ajustés. En raison du peu de différences dans les taux non ajustés et ajustés, la prise en compte de la comparaison des taux non ajustés n'a probablement pas mené à des inférences erronées. Les chiffres peuvent ne pas correspondre aux totaux à cause de l'arrondissement.
Les territoires ne sont pas inclus.

Ces estimations s'appuient sur les réponses à un sondage réalisé auprès d'un échantillon de la population canadienne. Pour plus de renseignements sur la base de sondage, la taille de l'échantillon et les erreurs d'échantillonnage, veuillez consulter l'information technique sur le sondage affichée sur le site Web de Statistique Canada.

... Sans objet.

* Différence importante par rapport à 1994-1995.

Nous serons heureux de connaître vos commentaires et suggestions sur *Les dispensateurs de soins au Canada* et sur la façon d'améliorer l'utilité et la valeur informative des rapports à venir. Veuillez remplir cette fiche d'évaluation, envoyer vos idées par courriel à rapportsante@cihi.ca ou remplir le formulaire en ligne.

Veuillez retourner le questionnaire dûment rempli à :

Rétroaction sur *Les dispensateurs de soins au Canada*
 Institut canadien d'information sur la santé
 90, avenue Eglinton Est, bureau 300
 Toronto (Ontario)
 M4P 2Y3

Instructions

Pour chaque question, inscrivez un « X » vis-à-vis la réponse la plus appropriée. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons simplement connaître votre opinion. Notre objectif est d'améliorer les rapports à venir. Les réponses individuelles sont confidentielles.

- Comment avez-vous obtenu un exemplaire de *Les dispensateurs de soins au Canada*?

<input type="checkbox"/> Par la poste	<input type="checkbox"/> Sur Internet
<input type="checkbox"/> D'un collègue	<input type="checkbox"/> J'ai commandé mon propre exemplaire
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____	
- Dans quelle mesure avez-vous lu le rapport?

<input type="checkbox"/> J'ai lu tout le rapport
<input type="checkbox"/> J'ai lu certains chapitres et parcouru tout le rapport
<input type="checkbox"/> J'ai parcouru tout le rapport
- Veuillez indiquer dans quelle mesure chacune des sections du rapport vous a semblé utile en inscrivant un « X » vis-à-vis la catégorie la plus appropriée.

Qui est qui dans la santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Devenir un dispensateur de soins	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Préparer l'avenir : Le nombre de dispensateurs de soins de santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Le travail d'équipe dans les soins de santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Travailler dans la santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
La santé des travailleurs de la santé	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
Les faits en bref	<input type="checkbox"/> Très utile	<input type="checkbox"/> Assez utile	<input type="checkbox"/> Pas utile	<input type="checkbox"/> Ne l'ai pas lue
- Comment avez-vous trouvé les aspects suivants du rapport?

Clarté	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Organisation/format	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Utilisation de figures	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Qualité de l'analyse	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Niveau de détail	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
Longueur du rapport	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Médiocre
- L'objectif général de *Les dispensateurs de soins au Canada* est de servir de référence globale sur ce que nous savons et ce que nous ignorons des dispensateurs de soins au Canada. Il est conçu pour appuyer et stimuler les discussions sur les politiques de la santé et les débats publics qui se tiennent partout au pays.

Avons-nous réussi à atteindre notre objectif global?

<input type="checkbox"/> Très bien réussi	<input type="checkbox"/> Assez réussi
<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Pas réussi

6. Vaudrait-il la peine que l'ICIS produise d'autres rapports sur le sujet?

- Oui Non

7. Comment prévoyez-vous utiliser l'information présentée dans le rapport?

8. Que feriez-vous pour améliorer le rapport?

9. Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Renseignements sur le lecteur

10. Où habitez-vous?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> Alberta |
| <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique |
| <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Yukon |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Nunavut |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | |
| <input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada (veuillez indiquer le pays) : _____ | |

11. Quel est votre poste ou votre rôle principal?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire ou administrateur
des services de santé | <input type="checkbox"/> Chercheur |
| <input type="checkbox"/> Membre d'un conseil d'administration | <input type="checkbox"/> Analyste de politiques |
| <input type="checkbox"/> Dispensateur de soins | <input type="checkbox"/> Représentant élu |
| <input type="checkbox"/> Employé d'hôpital | <input type="checkbox"/> Étudiant |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ | |

12. Comment/où avez-vous entendu parler du rapport?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Journal | <input type="checkbox"/> Serveur de liste/courriel de diffusion |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Revue professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Bulletin |
| <input type="checkbox"/> Site Web de l'ICIS | <input type="checkbox"/> Collègue |
| <input type="checkbox"/> Lien à partir d'un autre site Web | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ | |

13. Si vous aimeriez participer à un sondage par courriel portant sur le rapport, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

Nom : _____

Adresse électronique : _____

Organisme : _____

Merci de vos commentaires.