

Rapport évolutif

Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec

Rapport 5 — Enjeux et défis de la pénurie des professionnels de la santé



Laboratoire d'étude
sur les politiques publiques
et la mondialisation

**Monica Tremblay, M. Sc.
Anthropologue**

Avril 2008

INTRODUCTION

Selon le *Sondage sur les soins de santé au Canada* (HCIC/SSSC, 2008), effectué auprès de la population canadienne en 2007, la pénurie de médecins représente une des principales préoccupations des citoyens. Elle vient au 2^e rang des problèmes à résoudre en priorité dans le système de santé. Au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde, on constate l'aggravation de la pénurie de professionnels de la santé¹, plus particulièrement de médecins, d'infirmières et d'infirmiers. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 4,3 millions le manque de médecins, personnels infirmiers, sages-femmes, administrateurs et autres agents de la santé dans le monde (OMS, 2006). Devant cette situation, la communauté internationale est appelée à collaborer, notamment en ce qui concerne la migration des professionnels de la santé.

Ce rapport vise à placer la réflexion au sujet de la pénurie des professionnels de la santé dans une perspective globale. Il illustrera les différents enjeux que soulève la pénurie des professionnels de la santé. Il examinera d'abord cette réalité, ses causes et ses effets. Par la suite, les principales solutions préconisées dans les études seront présentées, dont certaines initiatives mises de l'avant à travers le monde et au Québec.

1. DE QUELLE PÉNURIE PARLE-T-ON ?

1.1. Une définition

La pénurie des professionnels de la santé est un problème mondial. On le constate dans presque tous les pays, aussi bien riches que pauvres. Selon les estimations de l'OMS, 57 pays connaissent une pénurie aiguë de professionnels de la santé (OMS, 2006). Bien entendu, il ne s'agit pas de comparer les ratios de médecins ou de personnels infirmiers par habitant, car il

serait indécent de parler de pénurie dans les pays riches. On peut difficilement traiter de la même façon ce problème au Canada qu'ailleurs. La pénurie dont il est ici question est un déséquilibre lorsque trop peu de professionnels de la santé sont disponibles pour offrir des services et des soins de qualité en quantité suffisante (Luyet, 2005).

La disponibilité des professionnels de la santé pour répondre aux besoins de la population au cours d'une période donnée dépend de plusieurs facteurs. Mentionnons les besoins sanitaires, le système de santé et le contexte dans lequel évoluent les professionnels de la santé (OMS, 2006; Luyet, 2005). Les problèmes qu'éprouvent les professionnels de la santé concernent partout, les effectifs (sous-effectifs ou sureffectifs), la gamme de compétences (équilibre des équipes sanitaires selon les spécialités professionnelles et les compétences pour assumer différentes fonctions), la répartition du personnel (nationale et internationale) et les conditions de travail (rémunération, sécurité au travail, etc.) (OMS, 2006 : 5). Les professionnels de la santé qui affrontent de tels problèmes dans l'exercice de leur profession aspireront bien souvent à améliorer leur situation en changeant de lieu de travail. Cela peut les amener à quitter leur pays, leur province, une ville. Il arrive que certains aillent jusqu'à quitter la profession, ce qui se présente plus fréquemment chez les débutants au sein du personnel infirmier que chez les médecins.

1.2. Effets généraux de la pénurie

Moins de professionnels de la santé signifie restreindre l'offre de services et de soins et obliger à prioriser les urgences. Les professionnels de la santé travaillent alors davantage en mode réactif qu'en mode préventif. Les conséquences de la réduction

des services et des soins ou la difficulté d'en obtenir ont été observées partout dans le monde (OMS, 2006; OCDE, 2007; Kingma, 2007). Dans les pays les plus pauvres, en raison du manque de professionnels, la santé de la population tend à se détériorer. Dans ces pays aux prises avec de graves pénuries d'effectifs, l'extension des soins de santé « primaires »², une couverture vaccinale moins massive, une réduction de la survie des enfants et des mères, ainsi qu'une issue plus dramatique des affections, des maladies et de différents problèmes de santé en sont autant d'exemples. Devant ces conséquences, l'OMS craint que la pénurie empêche l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMS, 2006). Le manque de professionnels de la santé inquiète plusieurs acteurs qui souhaitent atténuer les pénuries et leurs effets négatifs. Certains se concentrent sur le problème au niveau national, alors que d'autres interviennent au niveau international. C'est ce que font les États, les organisations internationales, telles que l'OMS, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS) et l'Organisation de coopération pour le développement économique (OCDE), le Secrétariat du Commonwealth, les agents de santé³, et les organisations non gouvernementales.

1.3. Pour les pays pauvres

Dans les pays les plus pauvres (en développement ou émergents), les statistiques font état d'une faible proportion de professionnels de la santé par habitant. Les professionnels qui travaillent dans ces pays traitent une population avec des problèmes de santé importants. Ils disposent de peu ou pas de ressources humaines, financières et matérielles leur permettant d'intervenir adéquatement. Dans ce contexte, la santé de la population se détériore, incluant celle des professionnels qui courent davantage de risques de contracter des maladies

infectieuses. C'est notamment le cas dans la lutte intensive au VIH/SIDA dans certains pays. Outre le manque de ressources, les professionnels de la santé ont généralement des conditions de travail difficiles, travaillent beaucoup d'heures, touchent un faible salaire et ont rarement accès à la formation continue. Les conditions de travail précaires sont parfois jumelées à des situations de crises politiques ou de conflits armés. Pour toutes ces raisons, plusieurs professionnels de la santé sont tentés de migrer dans des pays voisins ou vers tout autre endroit où ils pourront améliorer leur vie professionnelle et personnelle.

1.4. Pour les pays riches

Les pays les plus riches en Occident, comme le Royaume Uni, les États-Unis et le Canada connaissent aussi des pénuries de professionnels de la santé. Ces pays cherchent, bien entendu, les moyens de remédier à cette situation. Là aussi, des professionnels quittent leur emploi et vont pratiquer ailleurs pour plusieurs raisons; ce peut-être par manque de ressources financières et matérielles, par insatisfaction face à leurs conditions de travail, ou en quête d'une meilleure qualité de vie. Il s'avère alors difficile de les remplacer. Afin d'atténuer cette pénurie, certains pays profitent de la mobilité transfrontalière des professionnels de la santé. Plusieurs professionnels migrent de l'Inde vers le Royaume-Uni, par exemple. Soulignons que même dans les pays riches, il existe une tendance des professionnels de la santé à se déplacer vers des pays encore plus riches, généralement afin d'améliorer leurs conditions de pratiques.

Au Canada, toutes les provinces sont affectées. Il y a pénurie générale de professionnels de la santé; elle est toutefois plus aiguë selon certaines spécialités et dans certaines régions. La Colombie Britannique

attire beaucoup de professionnels de la santé parce que les conditions de travail y sont intéressantes et les salaires bons. Certains professionnels de la santé au Canada vont aux États-Unis. Il semble, toutefois, y avoir un équilibre, depuis quelques années entre la perte de professionnels vers les États-Unis et l'arrivée au Canada de médecins étrangers et canadiens formés à l'étranger ou y ayant travaillé un certain temps (CMQ, 2007; Little, 2007; ICIS, 2007).

2. ORIGINES ET IMPACTS DE CETTE PÉNURIE

Que ce soit au Québec ou ailleurs dans le monde, un ensemble de facteurs est à l'origine de la pénurie de professionnels de la santé.

2.1. Changements démographiques

Une des causes de la pénurie de professionnels de la santé est attribuable aux changements démographiques. Plusieurs États font face au vieillissement rapide de leur population, accentué par la hausse de la durée de vie et un faible taux de natalité. Au Québec, le poids démographique des plus de 65 ans, prévoit-on, sera de 24 % en 2022, alors qu'il était de 12 % en 1993 (L'Observatoire et Lamontagne, 2007). Selon les plus récentes données publiées au début du mois de janvier 2008 par Statistiques Canada⁴, l'espérance de vie à la naissance au Canada et au Québec est de 80,4 ans et l'âge moyen au décès⁵ d'environ 74 ans. Plus de personnes âgées qui vivent plus longtemps signifie, d'une part, une population en meilleure santé et, d'autre part, une augmentation des besoins de services et de soins de santé sur une plus longue période de temps. Il faut penser aux suivis et aux soins que requièrent les personnes atteintes de maladies chroniques et dégénératives, affections cardiaques ou maladies arthritiques liées au grand âge.

Ces personnes nécessitent des services et des soins préventifs, sinon leur état de santé risque de se détériorer et d'exiger des soins plus pressants et plus lourds. Dans le cas d'une prise en charge en situation dramatique, plus de professionnels de la santé spécialisés devront être mobilisés. Le Conseil Canadien de la santé signale qu'au Canada plusieurs personnes ont un médecin de famille ou sont inscrites dans une clinique. Les sondages récents révèlent que plusieurs personnes au Québec n'ont pas de médecin de famille et attendent une situation urgente avant de consulter un médecin, en raison des délais d'attente avant d'avoir accès à un professionnel de la santé. D'autres obstacles se dressent avant de recevoir des soins médicaux qui sont « souvent mal coordonnés, incomplets ou carrément hors délais » (Rioux Soucy, 2008).

Tout comme la population, la main d'œuvre est vieillissante et les départs à la retraite vont en augmentant. Les professionnels de la santé n'échappent pas à cette tendance (Basu et Gupta, 2007). On se trouve donc devant une situation où décroît le nombre de professionnels pouvant offrir les services et où la population est plus exigeante, a des attentes plus élevées et a des besoins qui augmentent. Le déclin du personnel disponible entraîne d'autres effets qui exacerbent la pénurie.

2.2. Accès à la formation

L'accès à la formation influence la quantité de professionnels de la santé disponibles. Il arrive que trop peu d'étudiants soient admis dans les programmes de formation en prévision des besoins futurs. Les places offertes dans les universités dépendent notamment, du financement obtenu, de la disponibilité de professeurs, des lieux de stages et des superviseurs. Plusieurs candidats abandonnent les études pour

diverses raisons, telles que des problèmes financiers, une réorientation de carrière. Les exigences requises pour avoir le droit de pratiquer peuvent aussi décourager certains étudiants (ICIS, 2007). En ce qui concerne le Québec, la possibilité de faire des études de médecine plus rapidement dans d'autres provinces canadiennes peut aussi dissuader des étudiants de s'inscrire ou de poursuivre dans ce domaine (Bernier, 2007). De plus, comme il s'agit d'études de longue durée, plusieurs étudiants abandonnent en cours de formation (ICIS, 2007). Quel que soit le cas, les finissants ne suffisent pas à combler les besoins de personnel, et par conséquent à répondre aux attentes de la population.

2.3. Rétention, mobilité et migration des professionnels de la santé

La difficulté de rétention des professionnels de la santé contribue aussi à la pénurie. On constate un taux d'attrition élevé chez ces professionnels, particulièrement chez le personnel infirmier. Comme il a été mentionné précédemment, un grand nombre de professionnels de la santé arrive actuellement à l'âge de la retraite. Problème majeur, ceux qui s'en vont ne peuvent pas tous être remplacés parce qu'on n'en forme pas suffisamment. La pression de travail sur ceux qui restent est donc accrue et la rétention du personnel devient encore plus difficile (Basu et Gupta, 2007). Une récente étude canadienne a constaté que le problème de rétention est provoqué par « l'environnement professionnel qui pousse jusqu'à l'épuisement le personnel infirmier d'expérience et qui décourage les nouvelles recrues d'embrasser la profession » (Basu et Gupta, 2007 : 24). À cela s'ajoutent un stress élevé et une plus grande exposition aux blessures qui accroissent le taux d'absentéisme et d'invalidité chez les professionnels de la santé, davantage chez le personnel infirmier (Basu et Gupta, 2007; ICIS, 2007). Parmi les raisons qui contribuent

à la décision de certains professionnels de quitter leur emploi figure l'insatisfaction face aux horaires et aux conditions de travail. Vient s'ajouter aussi l'espoir d'un meilleur salaire (ICIS, 2007; OIIQ mars 2008; MSSS, 2003). Aussi, les organisations professionnelles se préoccupent-elles de la difficulté de rétention des travailleurs et de leur mobilité. Actuellement, au Québec, on remarque un accroissement des transferts de personnel infirmier du secteur public vers le secteur privé. Ce phénomène préoccupe l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) qui craint de voir cette tendance s'aggraver dans le secteur public. Depuis quelques années, la recherche d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle influence grandement la décision de changer de milieu de travail et éventuellement de carrière. Selon un sondage canadien effectué en 2004, il semble que les médecins recherchent davantage cet équilibre (ICIS, 2007; MSSS, 2003).

La mobilité des professionnels de la santé est un autre facteur qui influence la pénurie actuelle, tant nationale que mondiale. En aspirant à améliorer leur situation, plusieurs professionnels de la santé choisiront de changer d'établissement, de ville, de région ou de pays, ou, lorsque le système de santé s'y prête, de passer du secteur public au secteur privé. Les motivations de changement sont nombreuses, mais présentent certaines similitudes, d'un pays à un autre. Soulignons la recherche d'un nouvel emploi, d'études spécialisées, d'un environnement sécuritaire, le manque d'équipement, les possibilités d'avancement, l'insatisfaction face aux trop lourdes charges de travail, etc. De façon générale, les professionnels de la santé privilégient le travail en milieu urbain, entre autres parce qu'il y a plus de ressources humaines et matérielles disponibles. Dans de tels cas, un professionnel de la santé peut être tenté d'aller vers un endroit où le travail

correspondra davantage à sa spécialisation et à ses attentes de qualité de vie. Ce départ éventuel aggravera le manque d'effectifs notamment hors des grands centres.

Certains professionnels de la santé choisissent de migrer vers des provinces et des pays plus riches, ou plus stables, économiquement et politiquement. Avec la mondialisation, les possibilités de partir pour étudier et travailler dans d'autres pays ont été accrues. On constate de plus en plus de migration internationale des pays en développement vers les pays de l'OCDE, des migrations intra régionales en Europe, en Afrique, en Amérique du Nord et du Sud et en Asie⁶ (Kingma, 2007; Little, 2007; McIntosh et al 2007; Sheldon, 2006; Debas, 2006; OMS, 2006b; OCDE, 2007). La migration des professionnels de la santé sourit généralement au pays d'accueil, mais exacerbe la diminution des effectifs dans les pays d'origine, d'autant plus lorsqu'il s'agit de pays en développement. Les exemples sont nombreux et touchent tous les continents. Les pays comme le Canada, le Royaume Uni et les États-Unis ont, depuis quelques années, ouvert leurs frontières aux professionnels de la santé. Au Québec, depuis 2002, des mesures de recrutement international ont été mises en place et la médecine ne fait plus partie de la liste des professions fermées à l'immigration. Toutefois, cette ouverture représente seulement une étape du processus d'intégration des médecins voulant pratiquer au Québec.

Le recrutement d'étudiants étrangers compte aussi parmi les composantes de la migration internationale. Il arrive que des étudiants étrangers décident de rester dans le pays où ils ont étudié parce que les possibilités de travail dans leur profession y sont attrayantes, sans parler des conditions de vie. Cette situation est plutôt fréquente aux États-Unis (Debas, 2006).

La migration des professionnels de la santé inquiète particulièrement les États qui voient leurs professionnels partir vers d'autres pays, généralement plus riches. Les conséquences de la migration des professionnels seront plus ou moins désastreuses selon la situation politique, économique, sociale et environnementale du pays qu'ils quittent. L'impact pour l'État qui voit partir des professionnels se traduit par des coûts financiers, compte tenu de l'investissement exigé par la formation des professionnels, la perte de formateurs, d'expérience et d'expertise et enfin, le déclin de main d'œuvre dans un secteur qui doit déjà composer avec des effectifs réduits (Kingma, 2007).

D'un point de vue éthique, la migration internationale des professionnels de la santé soulève de sérieuses préoccupations. D'une part, personne ne souhaite entraver la liberté de circulation des individus. D'autre part, les auteurs et spécialistes de la question s'interrogent sur la dimension éthique du recours par des États riches à des professionnels de la santé en provenance de pays plus pauvres. La situation est plus inquiétante lorsque les professionnels proviennent des pays aux prises avec la pauvreté, là où sévissent de graves maladies et où les ressources pour soigner la population sont rares. Dans ces circonstances, il est même de plus en plus difficile d'offrir des services de santé de base (Kingma, 2007). D'ailleurs, il y a quelques années cette situation avait été dénoncée par l'Afrique du Sud qui perdait plusieurs professionnels de la santé au bénéfice du Canada. La procédure de recrutement qui avait entraîné cette situation demeure toujours nébuleuse (McIntosh et al, 2007).

2.4. Investissements financiers

Les choix effectués dans le financement des systèmes de santé entraînent aussi des déséquilibres quant à la disponibilité des professionnels face aux besoins de la population. La plupart du temps, c'est à long terme que se font sentir les conséquences. Au Canada et au Québec, certaines décisions politiques liées à la réduction du déficit, au milieu des années 1990, sont en partie la cause de la pénurie actuelle des professionnels de la santé (Little, 2007 : 1343) et de l'augmentation de la pression sur ces professionnels. La fermeture d'hôpitaux en 1996 a causé d'énormes engorgements dans les autres hôpitaux. Certains professionnels ont alors choisi de quitter leur emploi. Autre exemple, les allocations de départ à la retraite anticipée, proposées aux médecins et aux personnels infirmiers en 1997, ont motivé plusieurs d'entre eux à quitter la profession hâtivement. Les professionnels de la santé qui restaient en poste ont vu leurs conditions de travail se détériorer et plusieurs ont préféré sortir du réseau public de la santé au profit du secteur privé. À cette époque, ces décisions ont été prises par l'État afin d'améliorer l'économie. On n'avait toutefois pas prévu les conséquences à plus long terme de ces décisions sur l'offre de services et de soins. Ces exemples montrent à quel point les investissements dans le système de santé en faveur des professionnels ne sont pas à négliger. Il s'agit toutefois, d'une question délicate et fort complexe à laquelle les gouvernements ne cessent de réfléchir. Le récent Rapport sur le financement du système de santé au Québec (2008) en témoigne.

3. PISTES DE SOLUTIONS FACE À LA PÉNURIE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les solutions envisagées pour remédier à la pénurie sont parfois aussi complexes que celle-ci, puisque d'autres problèmes les accompagnent. Pour cette raison, la résolution de cette crise, tant nationale qu'internationale, nécessite la collaboration de différentes instances gouvernementales, sans oublier l'organisation en charge du système de santé. Il apparaît donc nécessaire de mettre en œuvre un ensemble de solutions (McIntosh et al, 2007; OMS, 2006; OMS, 2006a; Sheldon, 2006; OCDE, 2007; CMQ, 2007a; AIIC, 2005).

Pour plusieurs, des solutions qui misent sur l'autosuffisance constituent la meilleure façon de remédier à la pénurie. Certains auteurs affirment qu'idéalement, il faut prioriser les solutions « locales » plutôt que d'avoir recours au recrutement à l'étranger (Blouin, 2007; Little, 2007; McIntosh, 2007; AIIC, 2005; Kingma, 2007). D'autres considèrent l'utilité de recruter des professionnels de la santé à l'étranger, sans toutefois négliger les aspects éthiques (OCDE, 2007; Secrétariat du Commonwealth, 2003; McIntosh, 2007). Quelques unes des solutions retenues, et auxquelles ont recours certains États, sont présentées ci-après.

3.1. La gestion des ressources humaines de santé

Différents auteurs parviennent à la conclusion qu'un des meilleurs moyens d'atténuer la pénurie des professionnels de la santé passe par l'amélioration de la gestion de ceux-ci (Blouin, 2007; McIntosh et al, 2007; Kingma, 2007; OMS, 2006). Élaborer un plan national, afin de mieux utiliser les professionnels de la santé compte parmi les suggestions de l'OMS pour faire face à la pénurie. Selon McIntosh et al (2007), au Canada,

une meilleure planification, aux différents paliers gouvernementaux, amenuiserait la tendance à regarder à l'étranger pour combler les besoins en professionnels de la santé. L'Union européenne va dans le même sens lorsqu'elle analyse la situation. Elle prend l'exemple du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) et souligne qu'il est « *nécessaire d'instaurer une gestion efficace des ressources humaines, à travers une actualisation des politiques en matière d'emploi et de déploiement, l'assouplissement des parcours de carrière, des programmes de formation continue et des stratégies dans le domaine de la motivation et du maintien du personnel* » (Europa, 2006 : 2).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2005) juge nécessaire d'établir un cadre national de planification des ressources humaines en santé. Ce cadre nécessiterait un effort collectif entre les gouvernements et les professionnels de la santé. Il devrait inclure tous les éléments constitutifs du système de santé. Parmi ces éléments, devrait figurer « une planification fondée sur les besoins », c'est-à-dire que la planification devrait prévoir les besoins sanitaires courants et émergents, en tenant compte du contexte global. Une étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) abonde en ce sens. Elle constate que traditionnellement la planification des ressources humaines en santé ne tient pas compte des changements de santé de la population (O'Brien-Pallas et al, 2007).

Au Québec, le MSSS prévoit, dans son plan stratégique 2005-2010, l'élaboration d'un plan de gestion de la main d'œuvre en santé. Depuis 2005, le MSSS a préparé des orientations pour la planification de ressources humaines en santé, selon divers champs de spécialisation : pharmacie, soins infirmiers, administration, etc. Actuellement, le MSSS élabore un plan

d'action pour différents professionnels de la santé, notamment les infirmiers et infirmières, pour qui l'adéquation entre ressources humaines et besoins de la population s'avère encore plus critique. Ce plan est attendu au printemps 2008. Concernant la répartition des médecins sur le territoire québécois, l'État québécois intervient depuis 1981. Plus récemment, le MSSS a mis en place le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM), un outil de répartition des médecins en région. Toujours afin d'encourager une meilleure répartition des médecins sur tout le territoire, le MSSS prévoit, dans son budget annuel, des mesures incitatives telles que des stages et des primes d'installation pour les médecins acceptant d'aller vivre et travailler en région (MSSS, 2007 : 64).

La mise en place de mesures incitatives intéressantes peut diminuer les départs de professionnels de la santé d'un établissement vers un autre, d'une petite ville vers un grand centre urbain, d'un pays vers un autre. De telles mesures permettent aussi « d'encourager les professionnels de la santé à travailler là où les besoins sont les plus criants » (Europa, 2006 : 2). Avec la mondialisation, la nouvelle génération de professionnels est davantage portée à regarder ailleurs, notamment en ce qui a trait à une meilleure rémunération (Denis, 2008). Selon Kingma (2007), si les conditions de travail sont insatisfaisantes, les professionnels de la santé, qu'ils soient immigrants ou non, n'accepteront pas de rester en poste. C'est pourquoi la révision des conditions de travail offertes aux professionnels de la santé peut constituer une riposte stratégique à la pénurie.

Une autre voie à suivre afin de redresser la situation consiste à réorganiser les services en vue de favoriser une meilleure répartition de la charge de travail parmi les professionnels de la santé. La prise en charge des services par des organisations du milieu,

l'offre de soins à domicile, la révision des tâches et des responsabilités, ou encore, la délégation de certains actes sont quelques unes des possibilités envisagées (OMS, 2006; 2006a). Récemment, le gouvernement du Québec a accompli un geste en ce sens en créant une nouvelle catégorie « l'infirmière praticienne spécialisée ». Après avoir reçu une formation spécialisée, ce professionnel pourra, entre autres, prescrire des médicaments pour certains maux courants et assurer le suivi des patients atteints d'une maladie chronique. Il pourra aussi prescrire des tests de dépistage et établir certains diagnostics (Rioux Soucy, 2007). Les responsabilités de cette nouvelle ressource en santé visent à décharger les médecins et à offrir à la population des rendez-vous avec un professionnel de la santé plus facilement.

Parmi les solutions qui aideront à atténuer les problèmes liés à la pénurie et qui faciliteront la gestion des professionnels de la santé et la réorganisation des services, il est important de mentionner le recours à une plus grande utilisation des technologies de l'information et des communications. L'utilisation accrue de la télémédecine, par exemple, permettrait de mieux desservir des populations éloignées et de réduire l'impact d'un manque de professionnels de la santé (OCDE, 2007). Le Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé du Québec souligne qu'il s'agit « *d'un outil essentiel afin de rendre notre système de santé davantage productif et efficace* » (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008 : 18). Le Collège des médecins va dans ce sens et rappelle que la « nécessité de développer les technologies de l'information dans tous les lieux de dispensation de services » est une des propositions retenues lors du Sommet sur la santé, à l'automne 2007 (CMQ, 2008).

3.2. Gestion de l'accès à la formation

Afin de remédier à la pénurie des professionnels de la santé, les gouvernements considèrent généralement la possibilité de former davantage de professionnels. Ils envisagent alors d'augmenter, dans les programmes de formation, le nombre d'étudiants admissibles par cohorte et d'attirer davantage de jeunes à s'inscrire dans ces programmes. Cependant, cette solution ne peut pas remédier à la pénurie dans un court laps de temps, puisque la formation est longue. Former des médecins au Québec exige entre six et dix ans, selon la spécialité (Luyet, 2005; Denis, 2008). Cette solution aide tout de même à redresser la situation à plus long terme. Selon le Collège des médecins, l'augmentation de l'admission d'étudiants en médecine depuis quelques années « comblera à peine les départs à la retraite ». (CMQ, 2007 :6). Au Québec, en sept ans, le nombre d'admissions dans les facultés de médecine est passé de 476 en 1999 à 798, en 2006 (CMQ, 2007). Toutefois, des changements dans les politiques d'accès à la formation entraînent avec eux d'autres problèmes. Par exemple, les institutions d'enseignement doivent être en mesure d'accepter plus d'étudiants. Elles doivent avoir les ressources matérielles et humaines nécessaires à leur formation. Il doit y avoir des professeurs en quantité suffisante, tout comme des places de stages et des professionnels de la santé pour assumer les mandats de supervision (Dufour, 2007). Accepter plus d'étudiants, disposer de plus de ressources humaines et matérielles cela suppose bien entendu une augmentation de l'investissement financier (ICIS, 2007).

Afin d'augmenter le nombre de médecins, dont plusieurs pratiqueront dans les différentes régions du Québec, une antenne de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a été mise en place en Mauricie.

Il s'agit d'un centre de formation médicale décentralisé. L'objectif est d'intéresser, durant leurs études, les jeunes médecins à la pratique en région. La formation adaptée au contexte régional fait partie des solutions visant à retenir les jeunes diplômés en région. Ces médecins seront mieux préparés à la réalité de la pratique dans de plus petites villes et en régions éloignées. Ils connaîtront les ressources humaines et matérielles sur lesquelles ils peuvent compter et apprécieront la pression et les responsabilités qu'ils devront éventuellement accepter. D'autres universités au Québec travaillent à développer des programmes de formation qui correspondent à la réalité des régions.

Un autre enjeu : comment faire pour que les études à l'étranger ne deviennent pas une forme d'incitation à l'immigration ? Dans le cas de Canadiens qui étudient à l'étranger, doit-il y avoir des programmes favorisant le retour au pays après les études ? La personne qui se rend étudier dans un autre pays voudra peut-être y rester. Le pays d'accueil qui connaît, lui, une pénurie pourra vouloir garder cette nouvelle ressource. D'ailleurs, plusieurs États considèrent les étudiants étrangers comme un bassin d'immigrants potentiels. Surgit ici la question éthique du recrutement international afin de pallier les besoins en professionnels de la santé (Sheldon, 2006; McIntosh et al, 2007; Kingma 2007).

3.3. Gestion du recrutement national et international

Le recrutement international des professionnels de la santé peut aider à réduire les problèmes de pénurie, mais ne constitue pas la solution par excellence. Certes, l'immigration offre une solution à court terme lors d'une crise aiguë; toutefois, à long terme, d'autres solutions s'avèrent plus adaptées (OCDE, 2007). À la lumière des préoccupations mondiales et nationales, il apparaît préférable de privilégier des

solutions « locales » avant d'avoir recours au recrutement international de professionnels de la santé compte tenu des implications éthiques. Néanmoins, cette possibilité existe et continuera d'exister, en raison du droit de se déplacer à l'intérieur des États et des régions et d'un pays à l'autre. Puisque la possibilité de recrutement demeurera présente, plusieurs auteurs (Mensah, 2008; Omaswa, 2008; Blouin, 2007; McIntosh et al, 2007; AMPS, 2006; OMS, 2006) estiment que le recrutement international doit être mieux géré à l'échelle nationale et, idéalement, encadré à l'échelle mondiale.

Afin de pallier les problèmes éthiques du recrutement international des professionnels de la santé, un besoin d'encadrement s'est fait sentir. L'OMS, à la suite d'une résolution de l'Assemblée de la santé prise en 2004, a entrepris différentes démarches en vue de l'élaboration d'un code de pratique mondial régissant ce type de recrutement; la mise au point de principes directeurs est actuellement en préparation (OMS, 2008a).

Le Secrétariat du Commonwealth a, pour sa part, adopté, en mai 2003, le *Code de pratiques pour le recrutement international des travailleurs de la santé du Commonwealth*. Ce code n'est pas un document contraignant. Il établit uniquement des lignes directrices pour les pays qui souhaitent considérer les impacts du recrutement sur le pays qui perd des professionnels de la santé au profit d'un autre. Il concourt à dissuader le recrutement dans les pays où sévissent des pénuries aiguës et à protéger les droits et les conditions des professionnels immigrants. Il encourage, de plus, la coopération entre les pays afin qu'ils envisagent la réciprocité des gains. Le pays recruteur pourrait par exemple offrir un transfert de technologie ou une formation d'appoint pour compenser la perte de professionnels qui décident de migrer temporairement (Secrétariat du Commonwealth, 2003).

Dans un rapport sur les perspectives de migrations internationales, l'OCDE (2007) soutient que, dans un contexte de migration internationale des professionnels de la santé, la coopération entre les pays d'accueil et d'origine devrait être envisagée. Des ententes devraient permettre que les parties retirent chacune des bénéfices de la migration. La coopération permettrait aussi d'« offrir aux personnels de santé des opportunités pour utiliser leurs compétences là où elles sont les plus utiles » (OCDE, 2007 : 20). Elle aiderait, en outre, à éviter la concurrence grandissante entre les pays de l'OCDE qui veulent attirer et retenir les professionnels de la santé (OCDE, 2007 : 172). D'ailleurs, les États ont de plus en plus recours à des ententes bilatérales, permettant la migration des professionnels hautement qualifiés; cependant, peu d'entre elles visent particulièrement les professionnels de la santé. Le Canada et la Suisse font exception. Ces États ont négocié un protocole d'accord spécifique pour les professionnels de la santé qui encourage la mobilité entre les deux États. Le Royaume-Uni est un des rares États qui a recours à des accords bilatéraux pour le recrutement de professionnels de la santé avec des pays non membres de l'OCDE. Il a notamment signé un tel accord avec l'Afrique du Sud (OCDE, 2007).

Les instruments visant à guider les responsables des activités de recrutement international dans les États sont peu nombreux. Ils sont utilisés surtout depuis le début des années 2000. Fait intéressant à souligner, « tous sont des instruments volontaires et aucun d'entre eux n'est juridiquement contraignant ». Néanmoins, ils sont tout de même « porteurs d'une force morale et politique dans les pays qui décident d'y adhérer » (OCDE, 2007 : 192).

Le Canada ne dispose pas de code de conduite particulier pour le recrutement international des professionnels de la santé. Il adhère cependant aux principes du Code du Commonwealth (OCDE, 2007). Le rapport de recherche sur le recrutement éthique des professionnels de la santé au Canada insiste sur la nécessité d'avoir un code de bonnes pratiques ou un ensemble de lignes directrices. Pour aller en ce sens, ce sont les provinces qui devront ouvrir la voie. Il apparaît difficile d'adopter un code de conduite comme celui du Commonwealth, sans savoir ce que cela représentera pour chacune des provinces et à qui incombera la responsabilité de le faire respecter (McIntosh et al, 2007).

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place Recrutement santé Québec afin d'orienter les professionnels étrangers vers les lieux où le manque d'effectif est plus grand. Il s'agit d'un service gouvernemental spécialisé dans le recrutement des professionnels de la santé. On y dispense les informations nécessaires aux professionnels de la santé voulant travailler au Québec. On y diffuse également des informations sur les secteurs de la santé où se situent les besoins les plus grands. Le service offre aussi de l'aide pour les démarches d'obtention de permis de travail et de reconnaissance de diplôme aux étrangers intéressés. Malgré ce travail, les journaux font actuellement état de grandes difficultés pour les médecins diplômés à l'étranger d'obtenir des postes de résidents au Québec, même si un grand nombre de postes demeure vacant (Rioux Soucy, 2008a). Le ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles encadre aussi le recrutement international des professionnels de la santé. C'est ce ministère qui définit les conditions d'immigration. Il collabore aussi avec les acteurs concernés, tels que les ordres professionnels.

Le recrutement international des professionnels de la santé exige aussi la reconnaissance des diplômes. Au Canada et au Québec, les gouvernements, en collaboration avec les regroupements professionnels, ont depuis quelques années, tenté d'harmoniser certaines exigences, notamment pour les médecins. Le Collège des médecins considère qu'il faut profiter de la mobilité des professionnels, particulièrement ceux qui ont été formés en Amérique du nord, afin de mieux servir la population, sans toutefois, négliger la qualité des services et des soins.

Notons l'importance de l'entente sur la mobilité des travailleurs que négocie actuellement le gouvernement du Québec avec la France. Cette entente établirait une reconnaissance réciproque des acquis et des compétences : la mobilité des professionnels de la santé serait grandement facilitée. Le Collège des médecins a toutefois émis des réserves face à cette éventuelle entente. Il craint qu'une reconnaissance d'emblée de l'équivalence des formations des professionnels de la santé affecte la qualité des soins.

Outre la mise en place de lignes directrices, il s'avère nécessaire de circonscrire le plus justement possible ce que représentent les effectifs étrangers. Différents rapports soulignent l'importance d'avoir des données précises et fiables sur la migration des professionnels de santé (OCDE, 2006; ICIS, 2007; McIntosh et al, 2007). Sinon, il est très difficile d'évaluer les retombées réelles du recrutement international et de remédier à la pénurie. Cette information est également nécessaire pour la gestion des professionnels de la santé. Actuellement, peu de pays disposent de ces données.

3.4. Le financement

Quelles que soient les mesures à mettre en œuvre afin de remédier à la pénurie des professionnels de la santé, le financement constitue un facteur clé. Les systèmes de santé, dans les pays de l'OCDE, accaparent une large part des budgets nationaux, dont une bonne partie est affectée aux professionnels de la santé. Comment maximiser le rendement de ces sommes ? Comment faire en sorte que les programmes de formation soient suffisamment financés pour former le nombre de professionnels nécessaires, au bon moment ? De quelle façon investir pour que les professionnels de la santé bénéficient de conditions d'emplois qui les incitent à rester ? Comment rendre ces conditions attrayantes pour la relève ? Quelles organisations gouvernementales doivent collaborer au financement de la formation ? À titre d'exemple, au Québec, pour le programme des infirmières praticiennes, ce sont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) qui ont financé le programme (Rioux Soucy, 2007). Dans l'actuel système de santé, les acteurs discutent de la pertinence, ou non, d'avoir recours à des services privés de professionnels. Selon certains, cela permettrait de remédier en partie à la pénurie des professionnels de la santé, alors que pour d'autres, cela ne ferait qu'aggraver la situation. Il s'agit d'une question complexe pour laquelle la solution idéale n'a pas encore été trouvée (Gagné, 2007; OIIQ, 2008; CMQ, 2006, 2008; Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Ce sont autant de questions auxquelles les gouvernements s'acharnent à trouver la meilleure des réponses dans le contexte mondial de pénurie des professionnels de la santé et de l'état de leurs ressources budgétaires. Ces questions demandent réflexion, autant dans les pays où la population est vieillissante que dans les pays où la population peine à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement.

CONCLUSION

Face à la pénurie des professionnels de la santé dans le monde, différentes initiatives sont mises en place et d'autres restent à imaginer. Il n'existe pas de solution unique à cette crise, mais un ensemble de solutions inter reliées. La réponse au problème de pénurie doit être multidimensionnelle. Ainsi, il est nécessaire de considérer le nombre et la disponibilité des professionnels de la santé et leur champ d'intervention : lesquels offrent des soins, lesquels enseignent, lesquels occupent des postes de gestion ? Il faut de plus considérer les capacités de formation au sein du système. Combien d'étudiants peuvent être acceptés et formés adéquatement ? Y a-t-il suffisamment de superviseurs pour ce nombre d'étudiants ? Des lieux de stage ou de résidence pour les médecins ? Les programmes de formation devront eux aussi être adaptés au contexte actuel où le changement interpelle le système de santé. D'une part, ils doivent s'ajuster à la demande croissante d'une population vieillissante, exigeante, aux prises avec des problèmes de santé chroniques. D'autre part, certains systèmes cherchent à répondre aux besoins d'une population pauvre qui tente de survivre à des épidémies, ou à la pandémie du VIH/SIDA. La formation devra donc davantage tenir compte du lieu éventuel de pratique et des spécificités de la clientèle à desservir. L'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) offre notamment des cours où il est question de la culture des communautés autochtones, une réalité dans cette région. Dans des petites localités ou en région éloignée, la pratique est différente, notamment en raison de la disponibilité des ressources. À cela s'ajoutent les possibilités de mobilité des individus, tant nationales qu'internationales, qu'il ne faut pas négliger. Rappelons, comme le soulignent McIntosh et al (2007), que le recrutement international des professionnels de la santé devrait faire partie intégrante de la planification

nationale des professionnels de la santé. Une vision systémique et à long terme est essentielle dans cette planification, puisque ce ne sont pas seulement les politiques en matière de santé qui influenceront la disponibilité des professionnels de la santé. Les changements démographiques, la transformation éventuelle des besoins, les impacts qu'auront dans le futur les décisions actuelles, de même que les effets nationaux et internationaux devraient être anticipés.

Le Québec ne fait pas exception. Il tente d'atténuer et de freiner la pénurie des professionnels de la santé qu'il connaît depuis quelques années déjà et qui risque de s'aggraver, si rien n'est fait. Plusieurs des pistes de solutions mentionnées dans les différentes études sont explorées, empruntées ou sur le point d'être adaptées au Québec. Le MSSS se préoccupe autant de la gestion des professionnels, que de leur formation, de leur recrutement et des lieux de pratique. Les actions visant à remédier à la pénurie de professionnels de la santé profitent des possibilités qu'offre la mondialisation. En effet, le recrutement à l'étranger fait partie des solutions. Au Québec, les différents ministères concernés par les solutions pour remédier à la pénurie des professionnels de la santé sont interpellés. Outre le MSSS, le MELS et le MICC en collaboration avec des partenaires, tels que les associations professionnelles, mettent en œuvre des mesures en vue d'attirer des professionnels hautement qualifiés. En ce sens, des mesures visant à faciliter l'exercice de professions réglementées à l'intention des étrangers souhaitant immigrer au Québec ont déjà été élaborées. Par exemple, afin de mieux informer les immigrants potentiels, des documents d'information ont été produits et des séances d'information sont offertes à l'étranger. Un soutien est également offert par certaines organisations pour aider la préparation aux examens ou l'accès à une formation d'appoint, le cas échéant. Des

pressions sont également exercées auprès des organisations professionnelles afin de faciliter la reconnaissance d'équivalence de diplômes et de formations acquises hors Québec (MICC, 2008).

La pénurie des professionnels de la santé est une préoccupation majeure qui concerne tous les États, compte tenu des enjeux qu'elle soulève, notamment d'un point de vue éthique. Il apparaît donc crucial pour les gouvernements de se rappeler que différentes solutions envisagées peuvent entraîner des effets négatifs à l'étranger, surtout pour les pays en développement qui sont déjà aux prises avec une pénurie grave de professionnels de la santé.

NOTES

¹ Par professionnels de la santé nous référons, dans ce rapport, aux médecins, infirmières et infirmiers, toutes spécialisations confondues, à moins d'une spécification particulière.

² « 'Soins de santé primaires' fait référence aux [services dispensés par les] professionnels et aux programmes de santé en milieu communautaire qui sont le premier point de contact avec le système de santé. Les professionnels qui œuvrent dans le secteur des soins de santé primaires assurent des services fondamentaux de santé et gèrent la plupart des maladies chroniques. De plus, ils font la promotion de modes de vie sains auprès de leurs patients en leur expliquant les moyens de prévenir les maladies et les blessures» (CCS, 2008 :15).

³ Nous utilisons ici agent de santé conformément à la définition très large de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), c'est-à-dire, toute personne «dont les activités principales ont pour but d'améliorer la santé. Ce sont notamment toutes les personnes qui fournissent des services de santé -[...] -ainsi que les personnels administratifs et d'appui.» (OMS, 2006a :1).

⁴ Les plus récentes données de Statistiques Canada, sont basées sur le recensement de 2005. Source : CBC News, Life expectancy hits 80.4 years: Statistics Canada, Monday, January 14, 2008, <http://www.cbc.ca/canada/story/2008/01/14/death-stats.html>

⁵ «L'espérance de vie est égale au nombre moyen d'années qu'il reste à vivre — à la naissance ou à un autre âge — déterminé d'après les taux de mortalité selon l'âge calculés en utilisant une moyenne sur trois années» «L'âge moyen au décès est calculé en additionnant les âges des personnes décédées à leur dernier anniversaire, puis en divisant la somme par le nombre total de décès dans cette juridiction ou au Canada. Les enregistrements pour lesquels l'âge est inconnu sont exclus du calcul»
http://www.statcan.ca/francais/freepub/84F0211XIF/2005000/fnpart1_f.htm#fn1
http://www.statcan.ca/francais/freepub/84F0211XIF/2005000/part1_f.htm

⁶ La migration des professionnels de la santé comporte tout de même un avantage économique pour les pays d'origine. Généralement les immigrants envoient un fort pourcentage de leur revenu afin d'aider leur famille élargie. Selon Kingma (2007) cela représente pour certains pays plus que l'aide de développement international et que l'investissement direct étranger.

Bibliographie

Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS), (2006). *Plan stratégique*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), (2005). *La planification nationale des ressources humaines de la santé*, Énoncé de position, novembre.

Basu, Kisalaya et Anil Gupta, (2007). « La pénurie de personnel infirmier : où et pourquoi », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, no.13, février : 21- 25.

Bernier, Martin Dr. (2007). « Pénurie d'effectifs médicaux, à qui la faute ? », *Le Nouvelliste*, 14 mai, Section Opinions, p.10.

Blouin, Chantal, (2007). « Le Canada et le droit mondial à la santé », in Institut Nord Sud, (2007). *Le droit mondial à la santé*, Chapitre 4 : 95-112.

CBC News, (2008). *Life expectancy hits 80.4 years: Statistics Canada*, Monday, January 14.
<http://www.cbc.ca/canada/story/2008/01/14/death-stats.html>

Collège des Médecins du Québec (CMQ), (2008). « Le collège des médecins du Québec appuie les grands principes du rapport Castonguay; Plusieurs propositions retenues au Sommet de la santé », *Communiqué de presse*, 19 février.
<http://www.cmq.org/CmsPrintableFunctionnal.aspx?ContentCtrlName=~/Statement/StatementDetailContent.ascx&PageID=751ef6a6-8f55-4f52-bfe4-ad31819cdf4e&StatementID=e9b83275-9a9c-4ac8-996e-be749f0d206d>

Collège des Médecins du Québec (CMQ), (2007). *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007*, janvier.

Collège des Médecins du Québec (CMQ), (2007a). *Le point sur les effectifs médicaux au Québec: Le Collège des médecins n'entrevoit toujours pas la fin de la pénurie*, Communiqués de presse, 23 janvier.
<http://www.collegedesmedecins.qc.ca/CmsPages/PageCmsFunctionnalSplit.aspx?PageID=751ef6a6-8f55-4f52-bfe4-ad31819cdf4e&StatementID=077700ba-1b35-4b6e-82f1-acc72ef43546>

Collège des Médecins du Québec (CMQ), (2006). *Consultation relative au document intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, avril.

Conseil canadien de la santé (CCS), (2008). *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*, janvier.
http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/phc/HCC_PHC_MainReport_FR_WEB.pdf

Debas, Haile T., MD, (2006). « The problem of heavy reliance on international medical graduates to supply the surgical workforce in the United States », *Surgery*, Vol. 140, Number 3: 359-361.

Denis, Serge, (2008). « Où s'en vont les soins de santé ? », *La Tribune*, Entrevue avec Réjean Hébert doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, mardi 15 janvier.
<http://www.etatquebecois.enap.ca/etatquebecois/fr/index.aspx?sortcode=1.0.7>

Dufour, Mathieu, (2007). « La hausse des admissions dans les facultés de médecine ne réglera pas à elle seule la pénurie d'effectifs médicaux au Québec » *Fédération médicale étudiante du Québec*, 23 janvier.

Europa, (2006). *La pénurie des ressources humaines dans le secteur de la santé*, 28 juin, <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/r12550.htm>

Gagné, Jean-Paul, (2007). « Les médecins sont enfin ouverts à un rôle accru du privé », *Les Affaires.com*, 11 août.

Groupe de travail sur le financement du système de santé, (2008). *En avoir pour notre argent, Rapport sur le financement du système de santé au Québec*, Sommaire, février.

HCIC-SSSC, (2008). *10e édition du Sondage sur les soins de santé au Canada*, Sondage national auprès de fournisseurs de soins de santé, des gestionnaires et du public. http://www.hcic-sssc.ca/index_f.asp

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), (2007). *Les dispensateurs de soins de santé au Canada*, 2007, Rapport, décembre.

Kingma, Mireille, (2007). « Nurses on the Move : A Global Overview », *Health Services Research*, volume 42, issue 3, June: 1281-1298.

Little, Lisa, (2007). « Nurse Migration : A Canadian Case Study », *Health Services Research*, volume 42, issue 3, June: 1336-1353.

Luyet, J. André, (2005). « Les médecins formés à l'extérieur du Québec », *Le Collège*, vol. XLV, no 1, Hiver : 6-8.

Mensah, Kwadwo, (2008). « Responding to the Challenge of Migration of Health Workers: Rights, Obligations, and Equity in North/South Relations », *Global Science Policy*, vol. 8, no 1: 9-11.

McIntosh, Tom, Torgerson, Renée and Nathan Klassen, (2007). *The Ethical Recruitment of Internationally Educated Health Professionals: Lessons from Abroad and Options for Canada*, Canadian Policy Research Networks (CPRN / RCRPP) Research Report H/11 Health Network, January.

Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), (2008). *Projets visant à faciliter l'accès aux professions et métiers réglementés mis en œuvre par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles et ses partenaires*, Février. <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/AccesProfessionsMetiers-ProjetsFevrier2008.pdf>

Ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS), (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007* Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et Services sociaux (MSSS), (2003). *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux, Bilan des travaux 1999-2003*, Direction de la planification et de l'analyse, Gouvernement du Québec, septembre.

L'Observatoire et Renée Lamontagne, (2006). « La prise en charge publique des services de santé destinés aux aînés » *L'état québécois en perspective, politiques publiques*, Santé. <http://www.etatquebecois.enap.ca/etatquebecois/fr/index.aspx?sortcode=1.0.7>

O'Brien-Pallas, Linda., Tomblin Murphy, Gail., Birch, Stephen., Kephart, George., Meyer, Raquel., Eisler, Karen., Lethbridge, Lynn., Cook, Amanda., (2007). *Health Human Resources Modelling: Challenging the Past, Creating the Future*, Canadian Health Services Research Foundation / Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (CHSRF/FCRSS), octobre.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2008). *L'OIIQ, inquiet de l'exode des infirmières vers les agences privées, rend public un sondage CROP sur la question*, Communiqué de presse, 12 Mars. <http://www.oiiq.org/publications/communiqués.asp?no=219>

Omaswa, Francis, (2008). « Health Workforce Migration : Addressing Causes and Managing Effects », *Global Science Policy*, vol. 8, no 1: 7-9.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), (2007). *Perspectives des migrations internationales*, Rapport annuel, édition 2007.

Organisation mondiale de la santé (OMS), (2008a). *Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement*, Rapport du Secrétariat Cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif, 16 janvier. http://who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_16Rev1-fr.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS), (2006). *Travailler ensemble pour la santé*, Rapport sur la santé dans le monde 2006.

Organisation mondiale de la santé (OMS), (2006a). La pénurie mondiale de personnel de santé et ses effets, Aide-mémoire No 302, avril. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/fr/print.html>

Organisation mondiale de la santé (OMS), (2006b). Les migrations des personnels de santé, Aide-mémoire No 301, avril. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs301/fr/print.html>

Rioux Soucy, Louise-Maude, (2008). « Rapport du Conseil canadien de la santé – Avoir un médecin ne suffit pas », *Le Devoir*, 31 janvier.

Rioux Soucy, Louise-Maude, (2008a). « Les universités boudent les médecins étrangers », *Le Devoir*, 11 avril. <http://www.ledevoir.com/2008/04/11/184556.html>

Rioux Soucy, Louise-Maude, (2007). « La pénurie de main-d'oeuvre dans le réseau de la santé – La superinfirmière entre en action », *Le Devoir*, 30 juin. <http://www.ledevoir.com/2007/06/30/149017.html>

Secrétariat du Commonwealth, (2003). *The Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers*.

Sheldon, George, F., MD, (2006). « Globalization and the health workforce shortage », *Surgery*, volume 140, number 3, September : 354-358.

Statistique Canada, (2008). Décès 2005. http://www.statcan.ca/francais/freepub/84F0211XIF/2005000/part1_f.htm



Le Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation a été créé en 2004 par une entente de partenariat entre le Ministère des Relations internationales et l'ENAP. Le Laboratoire est un lien de veille et d'analyse consacré à l'étude des effets de la mondialisation sur le rôle de l'État, et sur les politiques publiques au Québec, et ce sur les enjeux d'ordre culturel, économique, environnemental, de santé, d'éducation et de sécurité. Il est apparu essentiel de répondre à cette préoccupation des impacts de la mondialisation sur la vie des institutions, des entreprises et de la société québécoise.

Directeur : Paul-André Comeau

Pour plus d'information ou si vous avez des renseignements à nous transmettre, vous pouvez contacter :

la technicienne du Laboratoire
Téléphone : (418) 641-3000 poste 6864
leppm@enap.ca

Les publications du Laboratoire peuvent être consultées sur le site Internet :

www.leppm.enap.ca

**Relations
internationales**

Québec

