



LA PLANIFICATION DES EFFECTIFS MÉDICAUX (Mise à jour 2015)

Cet énoncé de politique vise à déterminer les éléments clés nécessaires pour bien planifier les effectifs médicaux afin d'appuyer la prestation de soins médicaux appropriés à toute la population canadienne. Un système de santé viable passe obligatoirement par une planification et une formation efficaces des effectifs médicaux qui garantissent un éventail approprié de spécialités à l'écoute des besoins de la population. L'AMC appuie la nécessité d'établir une stratégie nationale coordonnée de planification des effectifs médicaux et un système de formation médicale prédoctorale et postdoctorale d'une souplesse appropriée. L'AMC appuie des modèles de projection de l'offre et de la demande des ressources humaines basés sur des stratégies normalisées. Les sociétés nationales de spécialistes devraient participer activement à la planification des effectifs médicaux de leur discipline respective. Les gouvernements doivent collaborer avec la profession médicale afin de répondre aux besoins de la population qu'ils servent d'une manière abordable, notamment en finançant l'infrastructure nécessaire pour appuyer le volume et la composition appropriés des effectifs médicaux.

Recommandations :

1. La planification des effectifs médicaux exige un modèle national de projection de l'offre et basée sur les besoins.
2. L'infrastructure, les ressources et les effectifs médicaux doivent correspondre aux projections basées sur les besoins.
3. Il faut utiliser dans tout le système de formation prédoctorale et postdoctorale des stratégies pour relever les défis que pose actuellement le jumelage des effectifs médicaux aux besoins de la population.
4. L'établissement de modèles de projection des effectifs médicaux doit tenir compte de l'évolution des modèles de prestation des soins.

© 2015 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, un nombre limité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans des systèmes de consultation ou l'affichage sur un autre site Web, vous devez obtenir explicitement l'autorisation de l'AMC. Veuillez communiquer avec le coordonnateur des Autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; télécopieur : 613 565-2382; courriel : permissions@cma.ca.

Veillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site Web de l'Association (AMC en direct, www.amc.ca).

Introduction

Le présent énoncé de politique vise à déterminer les éléments clés nécessaires pour bien planifier les effectifs médicaux afin d'appuyer la prestation de soins médicaux appropriés à toute la population canadienne¹.

Un des grands principes de l'initiative de l'Association médicale canadienne (AMC) sur la transformation des soins de santé consiste à garantir une offre suffisante d'effectifs médicaux². Le nombre des étudiants inscrits dans les facultés de médecine canadiennes a peut-être augmenté de plus 60 % entre 2001-2002 et 2011-2012, mais l'inscription diminue actuellement même si d'importants problèmes d'effectifs médicaux persistent, ce qui a une incidence sur la prestation des soins aux patients dans tout le pays.

De quatre à cinq millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. Pour les médecins de famille plus âgés qui veulent partir à la retraite bientôt ou réduire leur charge de travail, il se peut qu'il n'y ait pas de collègue capable d'accepter de nouveaux patients. Beaucoup de nouveaux médecins de famille n'acceptent pas autant de patients que ceux qui partent à la retraite. Même lorsque l'offre générale s'est améliorée, il demeure difficile de recruter et de garder des médecins dans les régions mal desservies. Le Canada continue d'autoriser des diplômés de facultés de

médecine étrangères (DFME) à exercer et 25 % des médecins actifs ont reçu leur diplôme en médecine à l'étranger³ – la répartition de ce groupe varie partout au Canada.

Les disciplines médicales où il y a pénurie varient selon la province ou le territoire. De nouveaux médecins (en particulier ceux qui dépendent des ressources hospitalières) ont de la difficulté à trouver un emploi dans leur discipline⁴. La préoccupation à l'égard de l'avenir s'est propagée aux résidents au niveau postdoctoral et aux étudiants en médecine. Les fellowships, qui visent à rendre un médecin plus vendable, sont maintenant monnaie courante. Le manque d'infrastructures et de ressources humaines connexes (p. ex., temps en salle d'opération, soins infirmiers) est un facteur majeur qui contribue au sous-emploi dans certaines spécialités.

Un système de santé viable passe obligatoirement par une planification et une formation efficaces des effectifs médicaux qui garantit un éventail approprié de spécialités à l'écoute des besoins de la population. Il n'y a actuellement aucun système national de surveillance ou de gestion de l'éventail des spécialités. Les administrations qui pratiquent la planification structurée des ressources humaines de la santé sont peu nombreuses et il y a peu de planification à l'échelon national ou entre les niveaux de compétence. Peu d'administrations

© 2015 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, un nombre limité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans des systèmes de consultation ou l'affichage sur un autre site Web, vous devez obtenir explicitement l'autorisation de l'AMC. Veuillez communiquer avec le coordonnateur des Autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; télécopieur : 613 565-2382; courriel : permissions@cma.ca.

Veillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site Web de l'Association (AMC en direct, www.amc.ca).

canadiennes ont un plan à long terme de gestion des effectifs médicaux, et en particulier un plan basé sur un modèle de projection fondé sur l'offre et les besoins. Il y a maintenant presque quatre décennies que le gouvernement fédéral a établi une projection des effectifs médicaux requis en fonction des besoins au Canada⁵.

La planification des effectifs médicaux doit tenir compte des besoins en soins de santé de la population à long terme, car il peut falloir plus qu'une décennie pour former un médecin selon la spécialité. Cela signifie aussi que les possibilités d'exercer peuvent changer au cours de la période de formation. Le manque de surveillance et de gestion de l'éventail des spécialités médicales peut avoir des conséquences durables. Une comparaison établie en 2014 entre les possibilités d'exercer en médecine affichées d'un bout à l'autre du Canada par rapport au nombre de départs au niveau postdoctoral indique qu'il y a mauvais jumelage entre l'offre et la demande à la fois chez les médecins de famille (plus de postes affichés que de départs au niveau postdoctoral) et dans les spécialités de la médecine et de la chirurgie (plus de départs au niveau postdoctoral que de postes disponibles affichés)⁶.

But global de la planification des effectifs médicaux et facteurs dont elle doit tenir compte

La planification des effectifs médicaux vise globalement à produire un effectif autosuffisant qui répondra efficacement aux besoins des Canadiens dans le domaine de la santé en assurant une offre suffisante de cliniciens, de formateurs, de chercheurs et d'administrateurs.

La planification des effectifs médicaux doit tenir compte des facteurs suivants :

- Les médecins en formation jouent un double rôle, soit celui d'apprenant et de fournisseur de soins cliniques⁷.
- La mise au point de technologies nouvelles, l'évolution de la prévalence de certains états morbides, l'apparition de nouvelles maladies et le changement des attentes du public peuvent entraîner des virages dans la prestation des services (voir Annexe A : L'effet des technologies de la santé et des modèles de soins émergents sur la planification des effectifs médicaux).
- Les communautés rurales et éloignées ont des défis sans pareils à relever non seulement pour attirer des médecins, mais aussi en ce qui a trait à la nature des compétences spécialisées nécessaires pour fournir des services.
- Il faut des médecins pour desservir des populations de patients qui relèvent de la compétence fédérale, y compris les membres des Forces armées canadiennes, ceux des Premières Nations et les Inuits, les réfugiés et les demandeurs du statut de réfugié, les anciens combattants et les détenus de pénitenciers fédéraux. Il faut notamment tenir compte de la façon de les attirer et des compétences spécialisées dont ils ont besoin.
- Il faudrait utiliser à fond les services médicaux nationaux au lieu de pratiquer l'impartition à l'étranger. Lorsqu'il y a impartition de services médicaux, il faut satisfaire aux normes canadiennes de formation et de certification.
- Il faut établir un équilibre entre l'importance que les gouvernements et le public attachent à l'accès en tout temps à un vaste éventail de services médicaux et de soins de santé, d'une

part, et la possibilité de soins plus fragmentés prodigués par de nombreux médecins qui interviennent dans le soin d'un seul patient, de l'autre.

- Il faut définir plus clairement les champs d'activité des professions et les interactions optimales entre les médecins de premier recours, y compris les médecins de famille qui acquièrent des compétences spécialisées plus poussées ou avancées afin de répondre aux besoins de la communauté, les omnipraticiens et les surspécialistes, en particulier dans les grandes régions urbaines où ces trois groupes importants coexistent.
- Il est pertinent aussi de définir le rôle des médecins et les interactions les plus appropriées avec d'autres professionnels de la santé, y compris les adjoints au médecin, les infirmières spécialisées, les diététistes, les thérapeutes et les pharmaciens, notamment.
- Le virage en cours vers d'autres modes de rémunération et des modèles de soins concertés pourrait accroître ou réduire le volet non clinique (p. ex., recherche, enseignement) de la charge de travail d'un médecin et accroître ainsi le besoin de médecins supplémentaires.
- L'établissement des horaires de prestation de soins en dehors des heures normales peut avoir un effet sur l'utilisation des ressources médicales (pour en savoir davantage, voir l'énoncé de politique de l'AMC sur *La gestion de la fatigue chez les médecins*).
- Les frais de scolarité élevés ont une incidence sur la composition sociodémographique du groupe des personnes qui veulent obtenir un diplôme en médecine, tandis que l'endettement plus marqué et la possibilité d'exercer dans divers modèles

de soins peuvent jouer sur le choix d'une spécialité⁸. De même, les conseils de membres du corps professoral superviseurs qui jouent le rôle de modèle, les expériences positives et négatives vécues au cours de la formation, les habitudes de vie perçues de la discipline, les finances personnelles et le potentiel de rémunération des disciplines médicales sont tous des facteurs qui jouent sur le choix de spécialité d'un étudiant en médecine et, de ce fait, sur les services de santé auxquels auront accès les populations de demain. De l'information fiable et valide sur les besoins actuels et futurs de la population canadienne peut aider les apprenants à prendre des décisions factuelles qui leur permettront de choisir une carrière répondant aux besoins de leurs patients.

- Il faut définir les tendances de la transition de la pratique des médecins qui partent à la retraite.

Il est essentiel de protéger non seulement le nombre des médecins, mais aussi une partie donnée de leur niveau probable d'activité professionnelle. Les tendances au niveau de la pratique peuvent varier à cause de changements des habitudes de vie des médecins, de l'évolution des technologies de la santé, des pratiques collectives, des modèles de soins interdisciplinaires et de la spécialisation plus poussée de spécialistes généralistes et de médecins de famille.

Formation

Le secteur universitaire doit fournir des programmes de formation prédoctorale, postdoctorale et d'éducation permanente de grande qualité et demeurer concurrentiel à l'échelon international en ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste d'un

corps d'enseignants et de chercheurs de première classe.

Des programmes de mentorat structurés et des services d'orientation professionnelle devraient constituer un élément obligatoire de tous les cursus prédoctoraux et postdoctoraux au Canada⁹. Les établissements d'enseignement et les organismes d'agrément de la formation postdoctorale doivent reconnaître le risque que pose l'obligation pour les étudiants de faire des choix de carrière critiques avant d'explorer toutes les options, et ils devraient élaborer, afin d'atténuer ces risques, des stratégies qui pourraient inclure des outils d'évaluation des aptitudes. L'orientation professionnelle structurée tout au long de l'éducation et de la formation en médecine peut améliorer les chances de décrocher un emploi. Les étudiants et les orienteurs devraient aussi avoir facilement accès aux résultats de modèles de projection de l'offre afin de pouvoir faire des choix éclairés.

Il faut garantir la flexibilité aux niveaux prédoctoral et postdoctoral de la formation en médecine, ainsi qu'à celui de la réintégration, et reconnaître que les besoins en services de spécialistes peuvent changer. La flexibilité laisse aussi de la place aux transferts normalisés de résidents entre programmes et lieux, ainsi qu'à l'intégration des diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME). L'AMC recommande de rétablir et de maintenir un ratio de 120 postes de formation postdoctorale par tranche de 100 diplômés en médecine. La planification de la capacité du système de formation médicale postdoctorale doit tenir compte explicitement des Canadiens qui étudient la médecine à l'étranger et d'autres DFME qui sont résidents permanents ou citoyens du Canada. L'AMC appuie les

mesures visant à faciliter l'acculturation des DFME.

L'objectif qui consiste à viser une autosuffisance raisonnable dans l'éventail complet des services médicaux doit primer¹⁰. L'autosuffisance consiste à garantir que la production annuelle des secteurs prédoctoral et postdoctoral des facultés de médecine canadiennes répond aux besoins en services médicaux de la population canadienne. Cette autosuffisance réduira la nécessité d'attirer des médecins de pays qui font face à un fardeau morbide plus lourd et qui ont plus besoin des services de médecins que le Canada. Il importe de faciliter le maintien en poste des médecins qui reçoivent leur formation dans le système de formation postdoctorale du Canada.

L'infrastructure humaine et physique doit suffire pour appuyer la formation des médecins. Il doit y avoir suffisamment de formateurs cliniciens pour éviter les goulots d'étranglement dans la formation. Il faudra envisager des stratégies utilisant des ressources inexploitées de l'infrastructure de la santé dans les milieux universitaires et à l'extérieur comme les établissements de formation médicale satellite ou distribuée non seulement pour des raisons de formation, mais aussi aux fins du maintien en poste.

Jumelage efficace de l'offre et des besoins de la société

Les postes de formation en résidence devraient refléter les besoins courants et émergents de la population et, si possible, la disponibilité d'emplois à l'échelon national. Il devrait y avoir des moyens d'aider les programmes de formation

médicale à s'adapter rapidement à l'évolution des besoins en santé.

La planification des effectifs médicaux peut bénéficier d'une évaluation améliorée des besoins en santé de la communauté définis à la suite d'une détermination minutieuse de l'état de santé, d'études épidémiologiques, de l'apport des communautés et d'autres évaluations des besoins.

L'augmentation de la prestation de soins de façon à répondre comme il se doit à la population des aînés du Canada dont le nombre augmente attire l'attention depuis quelques années. Il faudra à cette fin évaluer les tendances des effectifs médicaux dans les spécialités qui se concentrent sur le soin des personnes âgées, y compris la capacité de fournir des soins palliatifs de qualité partout au Canada.

Pour contrer la mauvaise répartition géographique, les programmes devraient donner aux médecins une formation portant sur le vaste éventail de pratiques nécessaires dans les communautés mal desservies – tant rurales qu'urbaines – et intégrer la participation des communautés tout au long du cycle de vie du médecin en formation. Les programmes qui visent à attirer et à garder des médecins, y compris ceux des régions rurales et mal desservies, ont besoin d'incitatifs flexibles pour répondre aux besoins professionnels et personnels des médecins. Les incitations financières, l'appui de remplaçants, un emploi pour le conjoint ou la conjointe, l'éducation des enfants et l'appui d'autres spécialistes sont des facteurs clés dont il faut tenir compte. Il faut en outre de l'équipement et du personnel technique adéquats pour attirer et garder des médecins dans des régions mal desservies.

L'exposition aux tendances de l'exercice en milieu communautaire – y compris la formation des généralistes – en dehors des grands centres de soins tertiaires ou quaternaires urbains peut aider à attirer des personnes dans des spécialités qui conviennent le mieux aux centres ruraux et régionaux. L'AMC encourage les médecins de famille à maintenir leurs compétences spécialisées en médecine familiale intégrée tout en appuyant leur choix d'acquérir des compétences spécialisées supplémentaires qui répondront mieux aux besoins de leur communauté.

Il importe de s'efforcer de planifier un important bassin de médecins en nombre suffisant pour fournir des services de base à des populations données afin de permettre la prise en charge raisonnable des habitudes de vie et d'éviter l'isolement professionnel. Les mesures coercitives qui restreignent pour les médecins le choix du lieu de travail et la mobilité géographique subséquente ne sont pas bien vues.

Des efforts concentrés s'imposent pour aider les nouveaux diplômés des programmes de résidence du Canada et les médecins établis à trouver un emploi optimal dans leur discipline au Canada. Pour faciliter la mobilité des médecins entre les provinces et les territoires (y compris les remplacements), il faut dialoguer avec les ordres de chaque province et territoire et obtenir leur collaboration.

L'AMC appuie les modèles de projection de l'offre et de la demande des ressources humaines de la santé qui reposent sur des stratégies normalisées. Il faut revoir régulièrement les plans de gestion des effectifs médicaux et analyser les tendances

courantes de l'offre et de l'attrition pour déterminer si de nouvelles politiques s'imposent ou s'il faut modifier l'effectif prédoctoral et postdoctoral.

Stratégie concertée de planification des effectifs médicaux

La planification des effectifs médicaux est complexe et exige la participation des associations médicales provinciales et territoriales, des sociétés nationales de spécialistes, du Service médical royal canadien (Forces armées canadiennes), de groupes médicaux spécialisés, du secteur de l'éducation en médecine, des établissements de santé, des gouvernements, d'autres professionnels de la santé et d'autres intervenants clés.

L'AMC est vouée à promouvoir une interaction concertée et respectueuse dans toutes les disciplines de la profession médicale et à reconnaître les contributions particulières de chacune à un système de prestation de soins de santé rentable, de grande qualité et efficient. Les gouvernements doivent collaborer avec la profession médicale pour répondre aux besoins de la population qu'ils servent d'une manière abordable, notamment en finançant l'infrastructure nécessaire pour appuyer le volume et la composition appropriés des effectifs médicaux. Les sociétés nationales de spécialistes devraient participer activement à la planification des effectifs médicaux dans leur discipline respective.

L'AMC appuie l'établissement d'une approche nationale coordonnée de la planification des effectifs médicaux et un système de formation prédoctorale et postdoctorale dûment à l'écoute. Les

politiques sur le recrutement et le maintien en poste disponibles à l'échelon provincial peuvent jouer un rôle important dans la répartition et l'évolution des ressources humaines de la santé. En collaboration avec les sous-ministres des provinces et les doyens des facultés de médecine, le gouvernement fédéral devrait continuer de financer un modèle national de planification basé sur l'offre décrit par le Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux et en appuyer la deuxième phase qui constitue un modèle de planification intégrée basée sur les besoins auquel auront accès les gouvernements et la profession.

Compte tenu de l'importance d'une approche professionnelle, ouverte et structurée de la planification des effectifs médicaux, l'AMC encourage tous les intervenants à permettre aux chercheurs, aux stratèges et à d'autres organisations pertinentes d'avoir accès à leur base de données sur les effectifs médicaux aux échelons national, provincial et territorial tout en protégeant la vie privée de chaque médecin en particulier. L'AMC continuera de chercher à contribuer à la conception et à la structure de toute base de données nationale de cette nature.

Annexe A :
L'effet des technologies de la santé et des modèles de soins émergents sur la planification des effectifs médicaux

Comme dans le passé, des avancées technologiques¹¹ modifieront la demande future de services médicaux et l'exercice de la médecine. Ces avancées technologiques comprennent notamment les technologies de l'information sur la santé (TIS), les technologies à l'appui des soins fournis à distance et l'autosurveillance (p. ex., télémédecine, capteurs implantables ou portables), la robotique chirurgicale, les tests de diagnostic avancés, les technologies génomiques, les équipes de soins intégrés et de nouveaux modèles de financement. Il importe de tenir compte de l'effet de ces percées sur l'offre et la formation futures (c.-à-d. l'ensemble des compétences spécialisées) des médecins dans le contexte de la planification des effectifs médicaux.

Il y a peu d'éléments de preuve sur la question de savoir si les technologies nouvelles allongent ou raccourcissent les heures de travail¹². L'adoption de technologies nouvelles peut toutefois entraîner l'apparition de possibilités et de rôles nouveaux pour les médecins, ainsi que pour d'autres membres du personnel. Des technologies nouvelles peuvent aussi donner un plus grand rôle aux patients en les obligeant à accepter la responsabilité de leur propre état de santé. Les éléments de preuve importants indiquent que les technologies nouvelles peuvent améliorer la qualité des soins aux patients, en particulier lorsqu'ils sont conjugués aux soins existants au lieu de les remplacer¹³.

La vitesse d'adoption et de diffusion de technologies nouvelles constitue un facteur clé dans l'évaluation de l'effet des nouvelles technologies de la santé sur la planification des effectifs médicaux. Le taux d'adoption peut varier énormément en fonction d'un vaste éventail de facteurs comme la facilité d'utilisation, la sécurité, le coût (lié à la fois à l'acquisition de la technologie et à la formation des cliniciens), la compatibilité et la culture ou les attitudes. Les technologies nouvelles ne sont pas toutes adoptées avec succès ou ne produisent pas toutes des résultats positifs. De plus, contrairement à d'autres secteurs, l'adoption des technologies de la santé n'entraîne pas souvent une baisse des coûts¹⁴. L'adoption peut aussi subir l'influence de facteurs plus généraux comme l'évolution des besoins des patients et des ressources budgétaires du gouvernement.

Le changement du point de réception des soins constitue un effet clé des technologies de la santé qui font leur apparition. Les interventions chirurgicales moins effractives, par exemple, permettront de recourir davantage aux services communautaires pour assurer les soins de suivi au lieu de les prodiguer en contexte hospitalier. De même, les technologies peuvent appuyer la prestation de services plus spécialisés dans des collectivités éloignées et peu nombreuses par des médecins de famille qui ont la formation et le soutien nécessaires.

Les nouvelles technologies de la santé peuvent aussi avoir une incidence sur le type de soins prodigués. Les publications indiquent que ce sont les surspécialités qui en ressentiront plus l'effet à mesure que les soins passeront d'une surspécialité à une autre¹⁵. Les percées dans le domaine des interventions chirurgicales non effractives

continueront de propulser la convergence de la pratique comme on l'a vu dans le cas des interventions en cardiologie¹⁶.

Le recours intensif aux TIS en particulier pourrait avoir le plus gros effet global sur les ressources humaines de la santé à cause de facteurs comme le besoin d'une formation plus poussée afin d'utiliser les TIS et le besoin accru de spécialistes de l'informatique de la santé (tant en médecine que dans les autres disciplines)¹⁵. Des outils de travail automatisés basés sur le savoir étendront presque certainement les pouvoirs de nombreux types de travailleurs et aideront à propulser des améliorations de première qualité face à des innovations et à l'amélioration de la prise de décision¹⁷.

On peut s'attendre, au cours des prochaines années, au virage vers des modèles de soins plus concertés, particulièrement en soins primaires. Ces modèles ont des caractéristiques communes comme la prévention intégrée des maladies chroniques, les programmes et services axés sur la population, l'usage généralisé des dossiers médicaux électroniques, le contrôle de la qualité, le temps réservé à l'édification des équipes et à la collaboration et un vaste éventail de fournisseurs de soins de santé qui occuperont leur champ d'exercice au complet¹⁸. Des équipes multidisciplinaires pourraient aussi mettre à contribution un plus vaste éventail de fournisseurs comme des spécialistes des TI, des bio-ingénieurs et des conseillers en génétique. L'AMC a déjà préconisé de mettre en place des modèles de financement pour permettre aux médecins et aux autres fournisseurs de soins de santé d'occuper le champ complet de leurs activités professionnelles¹⁹, mais la façon dont les gouvernements s'y prendront pour financer les modèles de soins

concertés de façon soutenue constituera un enjeu important.

Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent recevoir la formation nécessaire pour adopter efficacement toute technologie nouvelle. Les publications démontrent clairement que les médecins doivent participer à toute discussion sur les technologies de la santé nouvelles et courantes afin d'en assurer l'évaluation appropriée et la mise en œuvre réussie²⁰. L'AMC a déjà préconisé :

- un système de formation médicale flexible basé sur un choix de carrière éclairé afin de tenir compte des changements de l'exercice de la médecine et des besoins en effectifs médicaux;
- un nombre suffisant et stable de postes de réintégration à l'intérieur du système de formation postdoctorale afin de permettre aux médecins actifs d'améliorer leurs compétences spécialisées ou d'entreprendre une formation dans une autre discipline²¹;
- que l'on reconnaisse que les champs d'exercice doivent refléter ces changements des besoins de la société (y compris le besoin pour le public d'avoir accès aux services), les attentes de la société et les préférences des patients et du public à l'égard de certains types de fournisseurs de soins de santé qui joueront des rôles en particulier tout en tenant compte des réalités économiques²².

¹ Cette politique doit être utilisée conjointement avec les politiques de l'AMC sur *La gestion de la fatigue chez les médecins* (2014), *La flexibilité de la formation en médecine* (mise à jour de 2009), *La santé et le mieux-être des médecins* (1998), *L'escalade et la déréglementation des frais de scolarité des programmes de formation prédoctorale en médecine* (mise à jour 2009), et *Les enjeux de l'exercice de la profession en milieu rural et éloigné* (1998).

² Association médicale canadienne. *La transformation des soins de santé au Canada : des changements réels, des soins durables*. Ottawa (Ontario) : Association médicale canadienne; 2010. Disponible ici : http://www.hpclearinghouse.ca/pdf/HCT-2010report_en.pdf (consulté le 4 mai 2015).

³ Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada 2013 : rapport sommaire*. Septembre 2013.

⁴ *Sondage national des médecins, édition 2013* Document d'information. http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/10/OFFICIAL-RELEASE_NPS-2013-Backgrounder_FR.pdf.

⁵ La dernière étude commandée par le gouvernement fédéral, le *Rapport du Comité des besoins en main-d'œuvre médicale* au Comité national de la main-d'œuvre médicale a été publiée par le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada en 1975.

⁶ Recherche menée par l'Association médicale canadienne. Automne 2014.

⁷ Comité national permanent sur les heures de travail des résidents. *Fatigue, risque et excellence : À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents*. Ottawa (Ontario) : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Juin 2013.

⁸ Voir l'énoncé de politique de l'AMC sur *L'escalade et la déréglementation des frais de scolarité des programmes de formation prédoctorale en médecine* (mise à jour 2009). <http://policybase.cma.ca>.

⁹ Association canadienne des médecins résidents. Énoncé de position de l'ACMR sur le mentorat (Juin 2013). http://www.cair.ca/u/elibrary/CAIR%20Position%20Pa-per%20on%20Mentorship_June%202013_fr.pdf. (consulté le 29 avril 2015).

¹⁰ L'autosuffisance est un principe clé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines dont le mandat est de fournir des politiques

et des conseils stratégiques relativement à la planification, à l'organisation et à la prestation des services de santé, y compris les ressources humaines en santé. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. 2009. Document de réflexion : *Suffisamment, c'est combien? Redéfinir l'autosuffisance en personnel de santé*. La politique est également compatible avec l'Association médicale mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (*Le code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*). http://www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf?ua=1

¹¹ Définition des technologies de la santé (Organisation mondiale de la Santé) : « L'application des connaissances et des compétences organisée sous la forme de dispositifs, de médicaments, de vaccins, de procédures et de systèmes développés pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de vie. »

¹² The Evidence Centre for Skills for Health, *How do technologies impact on workforce organization?* http://www.skillsforhealth.org.uk/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=101&cf_id=24 (consulté le 2 février 2015).

¹³ The Evidence Centre for Skills for Health, *How do technologies impact on workforce organization?*

¹⁴ Jonathan S. Skinner, "The costly paradox of health-care technology". *MIT Technology Review*. Le 5 septembre 2013.

¹⁵ Mehran Anvari, Impact of Information technology on human resources in healthcare. *Healthcare Quarterly*, 10(4). Septembre 2007: 84-88.

¹⁶ Social Sector Metrics Inc. and Health Intelligence Inc. *Physician resource planning: A recommended model and implementation framework*. Rapport final soumis par le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. Le 31 janvier 2002. <http://www.doctorsns.com/site/media/DoctorsNS/PhysicianResourcePlanning-finalreport.pdf> (consulté le 2 février 2015).

¹⁷ McKinsey Global Institute, *Disruptive technologies: Advances that will transform life, business, and the global economy*. McKinsey & Company 2013.

¹⁸ Social Sector Metrics Inc. and Health Intelligence Inc. *Physician resource planning: A recommended model and implementation framework*. Rapport final soumis par le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. Le 31 janvier 2002. <http://www.doctorsns.com/site/media/DoctorsNS/Ph>

[ysicianResourcePlanning-finalreport.pdf](#) (consulté le 2 février 2015).

¹⁹ Association médicale canadienne. *Évolution du lien professionnel entre les médecins du Canada et notre système de santé : où en sommes-nous ?* (2012)

²⁰ Steven A. Olson et coll., Healthcare technology: Physician collaboration in reducing the surgical cost. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. (2013) 471: 1854-1864.

²¹ Association médicale canadienne. *La flexibilité de la formation en médecine* (mise à jour de 2009).

²² Association médicale canadienne. *Politique sur les champs d'exercice* (2002).