



## Planification des ressources humaines psychiatriques au Canada

**JK Sargeant, MSc, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Tanis Adey, MD, FRCPC<sup>2</sup>;  
Fiona McGregor, MB, ChB, MRCPsych, FRCPC<sup>3</sup>; Patricia Pearce, MD, FRCPC<sup>4</sup>;  
Declan Quinn, MB, FRCPC<sup>5</sup>; Roumen Milev, MD, PhD, FRCPsych, FRCPC<sup>6</sup>;  
Suzane Renaud, MD, FRCPC<sup>7</sup>; Kurt Skakum, MD, FRCPC<sup>8</sup>; Nadeem Dada, MD, DABPN, FRCPC<sup>9</sup>**

*Le Conseil des provinces de l'Association des psychiatres du Canada (APC) a rédigé le présent énoncé de principes que le Conseil d'administration de l'APC a entérinée en mars 2010.*

En passant en revue les diverses méthodes d'analyse des ressources humaines (RH) en médecine – et en psychiatrie en particulier —, nous soulignons les atouts et les lacunes de chacune d'elles. Malgré ses limites notables, le ratio de psychiatre par habitants demeure le premier critère le plus courant dans l'évaluation des ressources humaines en psychiatrie (RHP). Nous examinons les estimations établies par le passé quant au ratio réel et au ratio préconisé et nous recommandons une nouvelle norme canadienne en tenant compte de la proportion respective des hommes et des femmes dans

la profession et de leur productivité à l'heure actuelle. Nous examinons également les aspects dynamiques qui influent sur les RHP. Même si l'éducation médicale à tous les cycles universitaires a connu un essor important dans les 10 dernières années, il reste à savoir si la formation psychiatrique postdoctorale connaît une expansion comparable à celle des autres disciplines médicales. Enfin, nous présentons des recommandations destinées à délimiter la place de l'Association de psychiatres du Canada (APC) dans la promotion de la planification des RHP.

<sup>1</sup>Professeur clinicien agrégé, Département de psychiatrie, Université de Calgary, Calgary (Alberta)

<sup>2</sup>Professeure agrégée, *Memorial University*, et chef du Service de la psychiatrie externe et communautaire, *Eastern Health*, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

<sup>3</sup>Psychiatre, Hôpital Vernon Jubilee et Service de santé mentale, Vernon (Colombie-Britannique), et professeure clinicienne adjointe, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

<sup>4</sup>Professeure adjointe, Départements de psychiatrie et d'obstétrique et gynécologie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)

<sup>5</sup>Professeur et chef, Division de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de psychiatrie, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

<sup>6</sup>Professeur de psychiatrie et de psychologie et chef, Département de psychiatrie, *Queen's University* et hôpitaux d'enseignement affiliés, Kingston (Ontario)

<sup>7</sup>Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal (Québec), clinicienne-chercheuse, clinique des troubles de la personnalité de l'Institut Douglas, Montréal (Québec), et psychiatre, Programme des troubles bipolaires, Montréal (Québec)

<sup>8</sup>Professeur agrégé et directeur du Programme d'enseignement universitaire supérieur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba.

<sup>9</sup>Chef, Département de psychiatrie, *Queen Elizabeth Hospital*, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard.

## Préambule

La question de la planification des RH dans le secteur de la santé au Canada a surgi au fil de l'expansion de la médecine socialisée moderne. La présence accrue des pouvoirs publics dans l'organisation des services de santé s'est traduite par des pressions de plus en plus fortes vers l'équilibre rationnel des intérêts divergents en jeu. L'utilisation responsable des ressources et des deniers publics, la satisfaction des besoins en santé généraux du public et le respect de l'autonomie des professions autoréglementées représentent quelques-unes des priorités dans ce domaine. Dans un tel contexte, la planification des ressources sur les plans précis des médecins et des services médicaux soulève une foule de questions connexes : quelles sont les ressources nécessaires pour offrir les services médicaux? De combien de médecins avons-nous besoin? Quel est leur rôle dans le système de santé?

Bien que le gouvernement doive s'attaquer à ces questions par devoir public premier, d'autres groupes participant à l'élaboration des politiques s'intéressent également à la planification des RH médicales ou psychiatriques, notamment de nombreux organismes et associations professionnelles, des groupes de défense des intérêts et le public en général, tous désireux de savoir comment naviguer dans ces eaux complexes. La présente déclaration de principes, en exposant le point de vue de l'APC, a pour objectif d'éclairer ce débat.

L'APC sait depuis un certain temps déjà que bon nombre de questions sur la planification des RHP demeurent sans réponse malgré les efforts déployés pour les résoudre, de sorte que l'on attend toujours des recommandations applicables à l'échelle du pays. En 2002, dans l'espoir de faire avancer les choses, le Conseil d'administration de l'APC a confié le mandat de rédiger un précis d'information sur la planification des RHP aux 10 membres du Conseil des provinces en fonction des objectifs suivants :

1. Concevoir un cadre de planification des RHP dans les provinces et les territoires et au pays conformément aux besoins en services de santé mentale de la population.
2. Relever les variables inhérentes à la planification des RHP.
3. Veiller à ce que l'examen de la question tienne compte des multiples rôles évolutifs du psychiatre.

Ce précis d'information<sup>1</sup> a de fait stimulé la discussion sur ce sujet à l'APC; cependant, il n'a jamais été publié, et ce, pour divers motifs. Néanmoins, la demande voulant que l'APC se prononce sur la question des ressources humaines en psychiatrie, loin de s'éteindre, se fait de plus en plus pressante alors que le public en connaît plus que par le passé à propos de la santé

mentale, que la recherche dans ce domaine est fructueuse et que les pouvoirs publics sont plus réalistes dans leur appréciation de l'étendue des problèmes de santé mentale. La présente déclaration de principes entend tirer parti des percées accomplies par le précis d'information. Elle rassemble de l'information contextuelle pour les besoins internes de l'APC, elle expose la position actuelle de l'Association sur le sujet et elle ouvre la voie à la poursuite de l'étude de la question.

Avant toute chose, il nous faut insister sur le fait qu'il ne peut y avoir de réponse objective et universelle à la question de savoir le nombre de psychiatres dont nous avons besoin. La planification des services de santé, dont les services psychiatriques, fait intervenir les mêmes considérations que la planification d'autres travaux publics. Donc, se demander combien de psychiatres nous avons besoin revient d'une certaine façon à se demander combien de routes nous avons besoin. Pour y répondre, il faut savoir entre autres à quoi serviront les routes, comment la collectivité est organisée, la nature des activités qui s'y déroulent. Il est très difficile de déterminer les besoins précis en routes d'une population en particulier par raisonnement logique, mais il est beaucoup plus facile d'établir que les mouvements de la circulation, actuels et prévus, dictent le besoin d'un type de routes précis, ici, maintenant.

Nous examinerons ici les aspects et les variables qui entrent en jeu dans la planification des RHP telle qu'elle s'effectue à divers moments et lieux au Canada. Avant de nous attarder aux variables qui modulent l'allocation des ressources psychiatriques, nous préciserons la nature des ressources en question, à savoir les psychiatres, pour éclairer le lecteur externe. Puis, nous résumerons les points de vue actuels sur le sujet général des ressources humaines en médecine et sur le sujet précis des ressources humaines en psychiatrie. Enfin, nous proposerons des recommandations pratiques sur l'étude permanente de la question des RHP.

## Définition du rôle de psychiatre

La psychiatrie est la branche de la médecine « qui se consacre, dans une perspective biopsychosociale, à l'étude de l'étiologie, à l'évaluation, au diagnostic, au traitement et à la prévention des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux, seuls ou associés à d'autres problèmes de santé d'ordre médical ou chirurgical »<sup>2, p 1</sup>. Le psychiatre est un médecin qui a poursuivi ses études pour se spécialiser en psychiatrie.

Des études postsecondaires sont le préalable à l'entrée en faculté de médecine au Canada; le baccalauréat en sciences ou dans un domaine connexe (trois ou quatre ans de formation) est le critère d'admission essentiel dans bien des cas. Le diplôme de médecin (études universitaires de trois ou quatre ans) est décerné par les

universités, des institutions qui sont de compétence provinciale. Après l'obtention de son diplôme de médecin, l'aspirant psychiatre entreprend des études supérieures qui dureront au moins cinq ans dans le cadre d'un programme de formation en psychiatrie agréé qui mène au certificat de médecin spécialiste au terme d'un examen canadien. Sans égard à ces dispositions, les ordres et collèges de médecins provinciaux ont le loisir d'octroyer une autorisation d'exercer à un diplômé en médecine de l'étranger pour autant qu'ils peuvent évaluer et attester sa formation et ses compétences. Le comité de spécialité de psychiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) établit les exigences de la formation en psychiatrie. Les programmes de formation postdoctorale font l'objet d'un examen périodique et sont agréés par un organisme d'envergure pancanadienne<sup>2-4</sup>. Dans l'optique de la planification des RHP, il importe de savoir que la formation du psychiatre généraliste s'étend sur une période de 10 à 15 ans suivant les études secondaires et que celle du psychiatre surspécialisé est plus longue encore. L'effet des décisions ayant trait aux études en médecine et en psychiatrie sur les services de santé et le public en général se fera donc sentir une décennie plus tard.

Le psychiatre offre ses services à des personnes de tout âge et dans divers établissements. L'exercice de la psychiatrie englobe des champs de pratique surspécialisés, caractérisés par des connaissances et des compétences particulières, dont la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adolescent, la psychiatrie légale et la psychogériatrie. Grâce à sa formation, le psychiatre aborde les problèmes cliniques selon divers cadres conceptuels<sup>2,4</sup>. Ces fondements théoriques lui sont utiles pour « relever les facteurs sociaux, démographiques et culturels pertinents... et évaluer l'influence respective des facteurs ayant trait au développement et aux aspects biologiques, sociaux et psychologiques dans le tableau clinique »<sup>5, p 7</sup>. Le psychiatre est le seul professionnel de la santé mentale apte à effectuer l'examen physique, à prescrire des analyses de laboratoire et à en interpréter les résultats, à prescrire un électroencéphalogramme ou un examen d'imagerie cérébrale comme la tomographie par émission de positrons, et à prescrire des médicaments. Cette capacité du psychiatre d'allier la médecine, la psychiatrie, les neurosciences, la psychologie et les sciences sociales dans sa pratique lui vient de ses compétences distinctives grâce auxquelles il « est en mesure de procéder à l'évaluation multidimensionnelle et au diagnostic du trouble de santé mentale »<sup>5, p 7</sup> qui orienteront le plan de traitement biopsychosocial. En raison de cette démarche globale, les services psychiatriques sont indispensables lorsque

les problèmes de santé mentale sont complexes, graves ou qu'il y a lieu d'intervenir sous plusieurs angles. À titre de médecin spécialiste, le psychiatre offre surtout des services secondaires ou tertiaires, par opposition aux services primaires. Il peut traiter seul à seul le patient qui lui est adressé par un autre médecin, un médecin de famille la plupart du temps. Il peut également offrir ses services au sein d'une équipe soignante ou offrir des services-conseils à d'autres professionnels ou organismes de santé. À l'instar des membres d'autres équipes médicales ou chirurgicales, le psychiatre assume une responsabilité clinique qui varie de la pleine responsabilité du traitement du patient en tant que professionnel autonome à la délégation de certaines responsabilités à d'autres professionnels de la santé en passant par la participation à un système de responsabilité répartie. Gérer cette responsabilité, quelle que soit son étendue, est une aptitude naturelle découlant de la formation psychiatrique générale, qui permet d'ailleurs d'accroître la productivité psychiatrique clinique. Élément pertinent dans la planification des RHP, le rendement du psychiatre œuvrant au sein d'une équipe clinique efficiente peut équivaloir à celui de plusieurs psychiatres agissant seuls.

La formation du psychiatre le destine essentiellement au rôle de clinicien, à savoir un médecin spécialiste apte à évaluer et à traiter des personnes atteintes d'une maladie mentale. Toutefois, nombre de psychiatres, forts d'aptitudes acquises en poursuivant leur formation, sont actifs dans d'autres domaines que la psychiatrie clinique, notamment l'éducation, la recherche, l'administration, la planification de programmes, la promotion de la santé mentale ou l'amélioration continue de la qualité. À cet égard, le cadre de compétences CanMEDS du médecin spécialiste proposé par le CRMCC revêt beaucoup d'importance pour le psychiatre, comme pour tous les médecins spécialistes au Canada<sup>6</sup>. L'éducation médicale fondée désormais sur ce cadre de compétences est axée sur l'acquisition non seulement d'un savoir clinique dans une discipline médicale, mais également des compétences nécessaires à l'enseignement, au travail d'équipe et à l'exercice d'autres fonctions professionnelles. Cette reformulation générale du rôle du médecin spécialiste a une incidence sur la planification des RHP du fait que de nombreux psychiatres consacreront une bonne partie, voire toute leur carrière, à des tâches hors du milieu clinique.

### **Considérations dans la planification des ressources humaines en médecine et en psychiatrie**

L'examen des RHP suppose en général de déterminer les traitements et ressources thérapeutiques nécessaires pour une population précise : c'est un exercice

essentiellement axé sur la pratique clinique. Pourtant, le psychiatre, même s'il est généraliste, exerce de nombreuses autres fonctions, qu'il s'agisse d'administration, de recherche, d'éducation ou de prestation de services-conseils. Encore plus peut-être que dans la planification des RH nécessaires dans la pratique psychiatrique clinique, la détermination de l'ampleur des ressources nécessaires à l'exercice de ces rôles ne peut se faire sans poser plusieurs hypothèses. La présente déclaration de principes se concentre sur les services psychiatriques cliniques tout en soulignant l'importance des autres champs de pratique. Il faut savoir que, quel que soit le degré d'activité dans ces sphères, les ressources qui y sont affectées viennent amenuiser les ressources psychiatriques cliniques dans le domaine de la prestation des services de santé aux patients. Par conséquent, l'estimation des RHP fondée sur la pratique clinique sera au mieux une sous-estimation du véritable besoin global en ressources psychiatriques.

Dans le secteur des services médicaux cliniques, la tradition veut que l'analyse des RH repose sur le ratio praticien par habitants. Ce ratio est d'autant plus utile qu'il est relativement facile à mesurer; cette méthode comporte toutefois de nombreuses lacunes. Mentionnons d'abord la validité incertaine des ratios recommandés en psychiatrie. Par exemple, les premiers ratios de psychiatre par habitants recommandés ont été établis de façon plutôt arbitraire, selon ce qui était raisonnablement possible ou faisait consensus<sup>7-11</sup>. D'autre part, un tel ratio ne tient pas compte de la vaste gamme d'expertise, de fonctions et de services psychiatriques, ni du paysage mouvant de l'épidémiologie, des traitements et des résultats cliniques<sup>8,12</sup>. En troisième lieu, malgré que les ratios recommandés aient été atteints à certains moments et lieux, rien n'indique qu'il y ait jamais eu de ressources psychiatriques excédentaires<sup>10,13</sup>. Néanmoins, le ratio du psychiatre par habitants demeure un premier élément d'utilité intuitive dans la planification des RHP à l'échelle d'une population ou d'une collectivité.

Les problèmes occasionnés par la méthode du ratio de praticien par habitants dans la planification des RH médicales ont stimulé la conception d'autres méthodes<sup>11,14</sup>, notamment l'analyse comparative, l'analyse fondée sur les besoins et l'analyse fondée sur la demande. Dans l'analyse comparative<sup>15</sup>, les ressources médicales d'une région sont comparées à celles d'une région repère dans le but de réduire au minimum la main-d'œuvre médicale sans entraîner de conséquences néfastes pour la santé de la population d'intérêt. La méthode comparative de planification des RH médicales a pour elle le sentiment d'être ancrée dans la réalité, de représenter une norme applicable. Par contre, certains font valoir que la variabilité régionale sur les plans social et économique entrave la possibilité de comparer et compromet ainsi la validité de l'analyse comparative<sup>16</sup>. À titre d'exemple,

mentionnons que les besoins en matière de services médicaux de l'est de la ville de Vancouver sont très différents de ceux d'autres centres urbains. D'autres remettent en question le principe voulant que l'allocation optimale d'une ressource médicale soit, par définition, de niveau minimal. Il y aura sans doute toujours des régions qui s'en tireront apparemment bien avec de moins en moins de ressources médicales, mais fonder les décisions d'allocation des ressources sur un tel critère changeant, toujours de plus en plus restreint, apparaît comme une méthode discutable.

L'analyse fondée sur les besoins a pour objectif de déterminer le niveau optimal de ressources médicales pour satisfaire les besoins de la collectivité<sup>17-19</sup>. Cette méthode suppose un savoir épidémiologique approfondi afin de cerner les personnes qui nécessitent un traitement, les personnes qui ont besoin précisément des services d'un médecin, les services de santé optimaux et les résultats escomptés de la prise en charge de la maladie, et de délimiter les ressources médicales actuelles. Bien que les avantages d'un modèle objectif des besoins en services médicaux sautent aux yeux, nombre des paramètres de l'analyse demeurent hypothétiques par manque de données ou se compliquent quand vient le temps de les définir. En outre, le rôle du médecin par rapport à celui des autres fournisseurs de services de santé (élément qui module l'analyse des RH en médecine et dans les autres professions de la santé) est façonné en fonction d'aspects cliniques, mais également de considérations sociopolitiques (voir l'annexe 1).

L'analyse fondée sur la demande établit la distinction entre la population malade selon la définition épidémiologique et la population en quête de services médicaux pour divers motifs. Cette méthode analytique fait appel dans bien des cas aux données sur l'utilisation des services de santé pour estimer la véritable demande de services; ce faisant, elle renforce des tendances indésirables dans l'utilisation des services. Qui plus est, elle passe outre le fait que l'offre de services influence la demande : lorsque l'offre de services augmente, la demande augmente<sup>15</sup>.

L'application de ces trois méthodes de planification des RH médicales à la psychiatrie fait ressortir leurs atouts et leurs lacunes dans le contexte de la santé mentale. Par exemple, la définition de critères diagnostiques valides et fiables des maladies mentales demeure un ouvrage inachevé en psychiatrie, ce qui complique grandement la tâche de déterminer avec objectivité les besoins en services psychiatriques fondés sur le diagnostic. En outre, l'optique biopsychosociale actuelle de la maladie mentale suppose l'existence de multiples vues, aussi valides les unes que les autres, quant aux facteurs en cause et aux possibilités d'intervention auprès de la personne atteinte de maladie mentale. À l'effet de ce

courant biopsychosocial sur le rôle de la psychiatrie et, par là, sur les besoins en RH – particulièrement du point de vue de l'équipe de santé mentale multidisciplinaire – viennent s'ajouter de nombreuses considérations sociopolitiques<sup>10,18,20-23</sup> (voir l'annexe 1).

Étant donné les nombreuses lacunes de ces méthodes analytiques, il n'est pas étonnant de constater que des considérations pragmatiques orientent la planification des RH en psychiatrie. Ainsi, les instances britanniques concluent à la probable impossibilité de déterminer précisément les besoins en ressources psychiatriques<sup>24</sup>. Les recommandations sur les RH en psychiatrie peuvent donc se justifier par le maintien ou une hausse modeste de l'effectif en place<sup>22</sup>, ignorant complètement la question de savoir si cet effectif est d'ampleur optimale ou appropriée. Dans cette perspective, la dotation en personnel psychiatrique est régie non pas par l'étendue des services nécessaires, mais bien par les moyens financiers du bailleur de fonds (le gouvernement, pour être précis).

D'autres pays s'en remettent à une stratégie mixte tenant compte de divers paramètres dans la planification des services de santé mentale. Par exemple, l'organisme *Health Resources and Services Administration* aux États-Unis délimite la carte géographique de la pénurie de professionnels de la santé mentale conformément à un ratio progressif de « professionnels de la santé mentale essentiels »<sup>25, p. 2</sup> par habitants. Le ratio varie selon la composition de ce groupe de professionnels. « Il peut donc se déplacer le long de l'échelle de valeurs lorsque des besoins particulièrement pressants se font sentir, besoins définis en fonction de certains critères dont la pauvreté, la prédominance de groupes d'âge (adolescents, jeunes adultes, personnes âgées) aux besoins élevés ou l'incidence des cas de toxicomanie. Des considérations du même ordre balisent la définition de la pénurie de travailleurs dans les établissements désignés et les centres de santé mentale communautaires<sup>25,26</sup> (voir l'annexe 2).

En l'absence d'une solution objective globale à la question des RHP, il semble indiqué de recourir aux outils ayant trait au sujet<sup>14,27,28</sup>. En effet, la mise en application judicieuse des principes de l'analyse comparative, de l'analyse fondée sur les besoins et de l'analyse fondée sur la demande, qui se prêtent à divers niveaux d'analyse, pourrait se révéler plus utile que l'application d'une seule méthode en constituant une synthèse des idées et des points de vue sur les RH en psychiatrie. Ainsi, il est très difficile de documenter les besoins précis en services psychiatriques particuliers à l'échelle du pays, tandis qu'il est plus facile d'établir la nécessité d'un poste de psychiatre supplémentaire dans un service hospitalier ou un programme de soins ambulatoires. De façon générale, l'information sur les ratios de professionnels par habitants offre un aperçu

grossier des ressources psychiatriques offertes en théorie. La répartition de ces ressources peut être précisée par l'estimation fondée sur des données épidémiologiques des besoins en services à l'échelle de la collectivité ou de la région. Parce qu'ils ont trait précisément aux patients, les besoins et la demande, évalués au plan local, des services cliniques et du patient comme tel, constituent l'information la plus pertinente sur laquelle fonder les considérations quant aux RHP. Les trois méthodes recouvrent deux aspects d'intérêt :

1. l'estimation des paramètres (ressources, besoins et demande, par exemple) à l'heure actuelle;
2. l'estimation des tendances probables.

## Estimation des paramètres actuels des RHP

### Taille de l'effectif

L'analyse des RHP, quelle qu'elle soit, se doit d'abord d'évaluer les ressources psychiatriques existantes. Durant de nombreuses années, l'estimation des RHP a été établie d'après le dénombrement des psychiatres autorisés à exercer dans les provinces et les territoires. Les ordres ou collèges de médecins au pays tiennent de tels registres. D'autres organismes, dont l'Association médicale canadienne (AMC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la base de données médicales Scott, collectent ces renseignements à des fins d'analyse pour divers motifs. À titre de premier aperçu approximatif, cette information donne une indication des ressources psychiatriques offertes pour remplir toutes les fonctions professionnelles qui sont du ressort du psychiatre. Toutefois, l'estimation des ressources en matière de services cliniques en particulier, établie d'après le nombre de psychiatres en exercice selon les collèges ou ordres de médecins, est problématique. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle les psychiatres actifs travaillent tous à temps plein est trompeuse en ce qu'elle aboutit à la surestimation des RHP offertes en milieu clinique. D'autre part, un certain nombre, pas très élevé, mais notable, de psychiatres sont autorisés à exercer dans plus d'une province, tandis que des médecins non spécialisés en psychiatrie œuvrent exclusivement dans le domaine de la santé mentale et contribuent ainsi à l'offre de services de santé mentale sans être des psychiatres. Malgré ces lacunes, cette information représentera encore et toujours un élément important dans la planification des RHP.

Divers sondages se sont succédé au fil des ans dans l'espoir de connaître le taux d'activité réel des psychiatres<sup>29,30</sup>. L'AMC a elle aussi collecté des renseignements sur la charge de travail des médecins dans une série de sondages allant de 1997 à 2003. En 2004, elle s'est alliée au CRMCC et au Collège des médecins de famille du Canada pour mener un sondage

triennal commun afin de cerner toutes les activités professionnelles des médecins<sup>31</sup>. Les résultats de ces sondages nationaux auprès des médecins (SNM) indiquent que la semaine de travail moyenne en psychiatrie compte 50 heures, dont près de 37 consacrées à la prestation de services aux patients (directement ou indirectement). Ces résultats globaux sont assez semblables à ceux de bien d'autres spécialités cliniques et ils demeurent stables dans les deux dernières périodes de sondage triennales. Il est impossible cependant de les comparer aux résultats de sondages antérieurs au SNM sans éprouver des problèmes d'uniformité méthodologique. Ainsi, des données antérieures<sup>29</sup> révélaient que la semaine de travail moyenne en psychiatrie s'étalait sur 46 heures, sans préciser la nature des activités professionnelles ni leur répartition horaire. Dans la planification des RHP, il importe de savoir si le nombre moyen d'heures de travail dans une profession est établi d'après les heures de travail de praticiens comparables ou de groupes disparates formés par exemple, de travailleurs à temps partiel et de travailleurs à temps plein ou de cliniciens et d'enseignants. Le SNM obtenant un taux de réponse constant variant de 30 % à 35 % est et sera une source de données uniformes et robustes grâce auxquelles il sera possible d'établir des comparaisons au fil du temps.

Le SNM représente un important volet de la collecte de données sur les RH médicales, mais il n'en demeure pas moins difficile de transposer une charge de travail horaire autoévaluée en estimation de la taille de l'effectif. En effet, le compte rendu des heures travaillées a tendance à faire abstraction de la variation remarquable de la productivité horaire<sup>32</sup>. L'estimation de la taille de la main-d'œuvre psychiatrique clinique au Canada s'est perfectionnée au rythme de l'évolution méthodologique de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Dans les 10 dernières années, l'Institut a conçu des indicateurs de la productivité réelle du médecin en analysant les données de la facturation des services de santé dans les provinces, grâce auxquels il est possible d'estimer le nombre de psychiatres et de l'exprimer en équivalents temps plein (ETP)<sup>34</sup>. À souligner que cette analyse se fonde sur l'information issue de la facturation selon le mode de rémunération à l'acte et qu'elle fait abstraction du travail rémunéré sous d'autres formes. Cet aspect revêt de l'importance en psychiatrie en raison du travail clinique rémunéré selon d'autres modalités comme la facturation à la séance, le contrat de service ou le salaire, dont l'ampleur varie beaucoup d'une région à une autre. Récemment, certains se sont employés à combiner l'information de l'ICIS couvrant le travail rémunéré à l'acte et l'information sur le travail médical rémunéré selon d'autres modes de paiement, qui sont de plus en plus répandus dans certaines régions du Canada<sup>33</sup>. Malheureusement, nous ne disposons pas d'information

sur les services psychiatriques rémunérés selon d'autres modalités. En outre, les ensembles de données de l'ICIS ne couvrent pas les surspécialités psychiatriques (psychiatrie légale, pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adolescent et psychogériatrie).

Somme toute, de nombreuses méthodes permettent d'évaluer la main-d'œuvre psychiatrique. Chacune d'elles est adaptée à un but particulier et comporte de grandes lacunes. Le tableau 1 en donne un aperçu en plus de présenter le nombre de psychiatres autorisés à exercer ainsi que des indicateurs découlant des services rémunérés à l'acte. Comme il était à prévoir, le nombre de psychiatres autorisés à exercer est supérieur au nombre de psychiatres actifs selon la rémunération à l'acte, et ce, quelle que soit la région. L'écart tient aux nombreux psychiatres actifs rémunérés selon d'autres modes et à ceux dont la pratique est centrée sur d'autres sphères que les services cliniques. Dans la plupart des provinces, il y a plus de psychiatres en exercice (selon les ETP) que de psychiatres rémunérés à l'acte. La situation tient notamment aux cliniciens œuvrant à temps partiel qui, ensemble, contribuent au dénombrement des ETP, mais que ne recouvre pas la définition du professionnel rémunéré à l'acte (colonne 2) et le fait que – pour bon nombre de psychiatres qui facturent plus de 60 000 \$ – leur rendement dépasse celui d'un ETP.

#### *Ratios de psychiatre par habitants*

Le tableau 1 renferme également les ratios de psychiatre par habitants en vertu de deux éléments de mesure des ressources psychiatriques. En règle générale, le nombre de psychiatres autorisés à exercer, plus élevé que le nombre de psychiatres rémunérés à l'acte, produit un ratio de psychiatre ETP par habitants supérieur.

À l'échelle de la population, les estimations de l'ICIS du nombre d'habitants par ETP psychiatrique se comparent favorablement à ce que l'on retrouve dans la documentation sur la planification des RHP. Quand elle aborde la question à l'échelle mondiale, cette documentation examine la plupart du temps les situations britannique, australienne et américaine, des pays comparables en raison de leurs points communs culturels malgré les grandes différences quant à l'organisation des services de santé. Historiquement, le ratio estimatif du psychiatre par habitants varie d'un pour 70 000 (en Grande-Bretagne et en Australie avant 1960) à un pour 7 100 (aux États-Unis en 1982). À l'ère de la planification moderne des RHP, la gamme des ratios jugés optimaux est bien plus restreinte<sup>9</sup>. Le ratio optimal fréquemment mentionné aux États-Unis, au Canada et en Australie est celui d'un pour 10 000, alors que des auteurs et des organismes le précisent à la hausse (un pour 13 500 en Australie, un pour 25 000 aux États-Unis) ou à la baisse (un pour 6 500 aux États-Unis)<sup>9,17</sup>.

**Planification des ressources humaines psychiatriques au Canada**

<b>Tableau 1. Nombre de psychiatres au Canada en 2005/2006 et ratios</b>					
Province	Psychiatres autorisés à exercer, n <sup>a</sup>	Psychiatres rém. à l'acte, n <sup>b</sup>	Psychiatres ETP, n <sup>c</sup>	Nombre d'habitants par psychiatre autorisé à exercer, n <sup>d</sup>	Nombre d'habitants par psychiatre ETP, n <sup>e</sup>
BC	606	488	453 21	7 378	9 396
AB	312	310	364 13	11 021	8 980
SK	72	35	40 59	15 729	24 399
MB	149	112	120 43	8 127	9 745
ON	1 740	1 383	1 690 82	7 126	7 430
QC	1 040	552	843 37	7 373	9 014
NB	37	18	25 14	20 864	29 495
NS	118	41	41 82	7 874	22 306
PE	8	ds	ds	23 026	—
NL	57	20	26 53	8 869	19 397
NT	1	ds	ds	21 263	—
Total	4 140	2 960	3 606 04	7 887	8 925

<sup>a</sup> ICIS<sup>33</sup>, tableau 2,0  
<sup>b</sup> ICIS<sup>33</sup>, tableau 6,1  
<sup>c</sup> ICIS<sup>33</sup>, tableau 5,1  
<sup>d</sup> ICIS<sup>33</sup>, tableau 2,3  
<sup>e</sup> ICIS<sup>33</sup>, tableau 7,1  
 ds = données supprimées pour motif de confidentialité

Au Canada, l'AMC, le CRMCC et l'APC ont uni leurs efforts de 1985 à 1989 dans l'espoir de recommander un ratio canadien rationnel. Dans cette optique, les trois organismes se fondent sur l'offre de services psychiatriques en 1986 en tant que point de repère. Bien qu'elle tienne compte de certains aspects des modes de pratique, cette estimation de l'offre de services psychiatriques découlait principalement de données validées sur la main-d'œuvre autorisée à exercer et de l'information sur le groupe d'omnipraticiens offrant des services psychiatriques<sup>11</sup>. L'analyse a débouché sur la recommandation du ratio d'un psychiatre pour 8 400 habitants, que l'APC préconise encore d'ailleurs<sup>35</sup>. Fait à noter, des études canadiennes indiquent que les ratios réels étaient d'un pour 10 883 en 1980 et d'un pour 9 498 en 1987. Selon les données sur les ETP de l'ICIS, le ratio canadien actuel s'établit à un pour 8 925 (voir le tableau 1).

Les données illustrent que le ratio estimatif des psychiatres cliniciens par rapport à la population canadienne augmente avec le temps. Dans certaines régions du pays, il s'approche du ratio préconisé par de nombreux groupes dont l'APC. Pour obtenir le ratio souhaité d'un pour 8 400 dans une population de 33 millions d'habitants, les besoins actuels au Canada sont estimés à 3 929 psychiatres ETP. Les données de

l'ICIS révèlent que le Canada accuse un déficit global de près de 300 psychiatres cliniciens ETP à l'heure actuelle. Toutefois, il est bien évident que les ratios de médecin par habitants demeurent une première estimation brute des ressources médicales, existantes et optimales, et que leur utilisation appropriée dépend de la connaissance de leurs limites<sup>12</sup>. Cela revêt d'autant plus d'importance en psychiatrie que le ratio ETP souhaité actuellement repose en grande partie sur les données d'autorisation d'exercer de 1986. Néanmoins, il faut plus d'un psychiatre autorisé à exercer pour obtenir le ratio d'un psychiatre clinicien ETP par tranche de 8 400 habitants; autrement dit, un psychiatre autorisé à exercer n'équivaut pas à un psychiatre clinicien ETP. Nous voyons ci-après comment tenir compte de cette discordance (à la partie Ratio recommandé : un ajustement actualisé, page 14).

***Estimation des besoins et de la demande de services***

Bien que probablement plus valides en vue de la planification objective des RHP nécessaires, les besoins et la demande de services sont difficiles à estimer (voir l'annexe 1). L'un des buts principaux de la recherche dans le domaine de l'épidémiologie clinique consiste à définir précisément le besoin en services cliniques psychiatriques, et l'ampleur des besoins évalués varie grandement selon les définitions et la méthodologie

adoptées. Ainsi, les taux de maladie dans la collectivité sont différents selon qu'ils sont établis selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ou de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (CIM) ou en fonction des symptômes ou de l'incapacité. L'abondante documentation qui se penche sur la question de savoir comment définir le cas psychiatrique démontre que la recherche universitaire examine le sujet depuis fort longtemps<sup>36,37</sup>. Quelle que soit la méthode de mesure, des variables socioéconomiques entrent en jeu dans la détermination de la maladie mentale et des besoins en services. Cela sous-entend qu'il est possible de combler les besoins non seulement par l'entremise des effectifs psychiatriques, mais également par des interventions socioéconomiques.

Enfin, la relation entre la notion de besoin en services de santé mentale et celle en psychiatres est complexe. Elle tient en partie à la gravité et à la complexité de la maladie, mais elle est influencée également par la nature des services de santé mentale offerts et l'effectif des professionnels de la santé mentale non-psychiatres œuvrant dans la collectivité<sup>38</sup>. Par conséquent, la position la plus appropriée pour l'APC consiste à soutenir activement le perfectionnement méthodologique fondé sur des données probantes afin d'évaluer au mieux les besoins communautaires en services psychiatriques. Pour être utile sur le plan clinique, la méthode devra incorporer les pratiques exemplaires et les normes de programme pertinentes, comme le précise l'APC.

L'évaluation de la demande de services est un sujet qui suscite un intérêt concret de la part des pouvoirs publics, des regroupements médicaux et du secteur privé. D'aucuns font valoir que, étant donné que l'augmentation de l'offre de services peut stimuler la demande apparemment, les indicateurs de la demande historique sont les données les plus utiles dans l'évaluation des véritables besoins insatisfaits. De plus, ceux-ci sont relativement faciles à évaluer. Les paramètres pertinents à cet égard sont entre autres la période d'attente avant d'obtenir le service, la longueur des listes d'attente, l'accès aux services d'urgence, l'accès aux services en phase aiguë de la maladie et l'accès aux services non urgents, les plaintes de patients. Malheureusement, le gouvernement n'englobe pas la maladie mentale jusqu'à maintenant dans ses initiatives de réduction des temps d'attente, même s'il est de plus en plus admis qu'elle représente un problème de santé publique majeur<sup>39</sup>. Le Sondage national auprès des médecins (SNM) a collecté des données sur l'attente des cas devant être référés de façon urgente<sup>31</sup>. Dans la période de 2004 à 2007, la proportion des psychiatres qui examinent dans la semaine les patients qui leur sont adressés en urgence est passée de 44 % à 49 %. Cette bonne nouvelle l'est un peu moins quand on examine l'information sur

d'autres spécialités médicales révélant que de 60 % à 80 % des spécialistes offrent des services urgents dans le même délai. La psychiatrie est manifestement une aberration dans le lot des données sur les temps d'attente du SNM. D'autres initiatives, dont l'Alliance sur les temps d'attente de l'AMC, qui en sont à leurs premiers pas, indiquent dans des données préliminaires que beaucoup de psychiatres travaillent à pleine capacité, qu'ils sont incapables de prendre en charge de nouveaux patients et que les temps d'attente s'allongeront inévitablement au fil du temps<sup>40</sup>.

Selon toute apparence, il est possible de miser sur les initiatives actuelles pour concevoir des indicateurs de la demande de services utiles dans l'évaluation des RHP. Il serait indiqué notamment d'évaluer méthodiquement une vaste gamme de paramètres dont :

1. le taux de fréquentation et la période d'attente de services psychiatriques précis aux consultations externes, aux urgences et en milieu hospitalier;
2. le délai du premier rendez-vous de suivi après le congé de l'hôpital;
3. la distance ou la durée du déplacement nécessaire pour obtenir ou dispenser des services dans la région desservie;
4. la fréquence d'obtention de services psychiatriques dans une région voisine de la région desservie;
5. les incidents (admission ou réadmission en phase aiguë, incidents indésirables, par exemple) se produisant durant l'attente;
6. les incidents se produisant peu après la dispensation de services;
7. les paramètres relevant du psychiatre (épuiement professionnel et insatisfaction, recrutement et maintien en poste);
8. la satisfaction ou l'insatisfaction des patients;
9. le déroutement des personnes atteintes d'une maladie mentale vers les services sociaux et les organismes de soutien, ou le taux d'utilisation de ces services;
10. le déroutement des personnes atteintes d'une maladie mentale vers des services parallèles (juridiques ou correctionnels) ou le taux d'utilisation de ces services;
11. le respect des normes de programme recommandées en matière de services professionnels.

En résumé, les besoins et la demande de services psychiatriques sont des concepts très complexes sur lesquels la recherche doit continuer de se pencher afin de les définir de façon pragmatique. La difficulté tient en partie à ce que leur définition et leur évaluation



reposent sur un édifice d'hypothèses professionnelles, sociales et politiques dont bon nombre relèvent de l'arbitraire ou de la subjectivité (voir l'annexe 1). Par le passé, les analyses ont été centrées pour la plupart sur l'évaluation des besoins en services psychiatriques; ce n'est que récemment qu'elles s'attardent aux indicateurs de la demande. Des éléments donnent à penser que les psychiatres sont moins en mesure de prendre en charge des cas devant être référés de façon urgente que d'autres médecins spécialistes. Même s'il a été difficile de concevoir des indicateurs valides et fiables des paramètres fondamentaux des RHP, ils demeurent essentiels à la planification de ces ressources. L'APC appuie le perfectionnement et l'utilisation des outils d'évaluation des besoins comme de la demande en services psychiatriques.

### Estimation des tendances probables

Le développement des technologies nécessaires pour mesurer les paramètres de la planification des RHP est un processus continu. En parallèle, il nous est possible d'examiner les facteurs dynamiques qui influent sur ces paramètres – quel que soit leur état véritable actuel – au fil du temps. Ainsi, tandis que le débat fait rage sur l'étendue des ressources psychiatriques actuelles et sur les besoins en cette matière, nous avons à notre disposition de l'information judicieuse sur leur évolution probable à brève et à moyenne échéances.

#### *Effectifs psychiatriques : facteurs de productivité*

Comme l'illustre la comparaison entre l'effectif autorisé à exercer et l'effectif exprimé en ETP, l'écart de productivité entre divers groupes est certes une considération importante dans la planification des RHP (cliniques). Par conséquent, il est à propos de relever les facteurs démographiques liés à la productivité clinique. Hélas, l'information sur la productivité sous la forme d'ETP et sur les facteurs démographiques dans le domaine de la psychiatrie est restreinte, quoique des données recomposées selon des sources différentes sur les médecins en général existent<sup>41</sup>. Cette information se fonde sur le ratio d'activité (RA) ou l'ETP du médecin, qui varie en général de 0,6 à un peu plus de 1,0. De nombreuses variables, dont le sexe et l'âge, modulent le RA. Par exemple, le RA des femmes médecins correspond presque toujours de 75 % à 80 % de celui des hommes médecins. La relation entre l'âge et le RA est curviligne, la productivité étant maximale dans la période de 40 à 60 ans, tandis que la corrélation entre l'âge et le sexe et le RA démontre que l'écart de productivité tenant au sexe s'estompe au début et à la fin de la vie professionnelle. Les données ne corroborent pas les stéréotypes générationnels, elles balayent du revers de la main la prétention voulant que les jeunes cohortes travaillent beaucoup moins que leurs collègues plus âgés, à tout le

moins dans la décennie allant de 1989 à 1999. Autre trait important, la relation entre l'âge et la productivité dans les spécialités médicales (comme la psychiatrie) fluctue moins que celle dans les spécialités chirurgicales, de sorte que la productivité dans les premières se maintient jusque dans la soixantaine (de 60 à 69 ans)<sup>41</sup>. Il serait utile de savoir s'il est nécessaire d'analyser ces données sur les effectifs psychiatriques en particulier afin de planifier au mieux les RHP ou si l'on peut s'en tenir à l'information ayant trait aux spécialités médicales en général.

Sachant cela, deux tendances quant à la répartition des psychiatres selon l'âge et le sexe (voir le tableau 2<sup>42</sup>) sont dignes de mention. La première est celle de la hausse du nombre de femmes psychiatres dans les 15 à 20 dernières années, tendance qui marque également les autres disciplines médicales; cette hausse de la proportion relative femme-homme dans la profession caractérise toute la pyramide des âges. Ainsi, la proportion des femmes psychiatres âgées de 56 ans ou plus est passée de 15 % en 1995 à 25 % en 2007, alors que la proportion des femmes psychiatres âgées de 44 ans ou moins est passée de 40 % à 53 % dans la même période. Si la tendance actuelle se maintenait et que la proportion de femmes admises en psychiatrie se stabilisait à 50 % à 60 %, cela représenterait la proportion relative des femmes dans la profession. La présence des femmes dans cette proportion influera sans doute sur la productivité clinique exprimée en ETP, particulièrement dans la tranche d'âge de la productivité maximale. Si le schéma de pratique en fonction du sexe est le même en psychiatrie que dans les autres spécialités médicales, la main-d'œuvre psychiatrique devra peut-être compter de 10 % à 15 % de psychiatres de plus pour maintenir le taux d'activité actuel (voir la partie Ratio recommandé : un ajustement actualisé).

Du point de vue de l'âge, la proportion de psychiatres dans la tranche d'âge de la productivité de pointe (45 à 65 ans) a légèrement augmenté dans la période de 1995 à 2007, passant de 50 % à 56 %. À l'opposé, la cohorte des psychiatres plus jeunes (44 ans ou moins) a diminué dans la même période, de 37 % à 25 %. Reste à déterminer l'impact de ce groupe sur la productivité au fil de son vieillissement.

Enfin, la prise en compte des médecins rémunérés selon d'autres modes que la rémunération à l'acte viendra s'ajouter aux considérations sur la productivité dans la planification des RHP. Le regroupement d'une variété de fonctions psychiatriques cliniques et d'autres fonctions psychiatriques pour les besoins de la rémunération comporte des avantages et des désavantages. À souligner que les psychiatres rémunérés selon d'autres modalités, en raison de leurs fonctions de portée plus vaste, paraîtront

Tableau 2. Répartition des psychiatres canadiens autorisés à exercer selon l'âge et le sexe

Année	Âge, ans					Total n (%)
	<35 n (%)	35–44 n (%)	45–54 n (%)	55–64 n (%)	>65 n (%)	
1995 <sup>12</sup> Femmes	180 (50)	873 (39)	810 (29)	612 (16)	346 (14)	2821(29)
2002 <sup>42</sup> FEmmes	300 (54)	933 (49)	1314 (35)	911 (26)	495 (15)	3953 (35)
2007 <sup>42</sup> Femmes	293 (49)	804 (54)	1316 (44)	1093 (29)	714 (17)	4232 <sup>a</sup> (38)

<sup>a</sup> Le total comprend les psychiatres dont le sexe n'est pas indiqué.

moins productifs et efficaces que leurs pairs évalués exclusivement en fonction de leur rendement clinique. À l'inverse, certains se préoccupent du fait que, même dans le cadre de leur mandat clinique, ces médecins ne sont pas aussi motivés à offrir des services cliniques que s'ils étaient rémunérés à l'acte. Le résultat net de ces courants contraires nous en dira sans doute plus long.

#### *Effectifs psychiatriques : facteurs d'abandon de la pratique*

Les facteurs d'abandon de la pratique les plus retentissants sont ceux qui opèrent à la fin de la vie professionnelle. Tenant principalement à la retraite, ces facteurs relèvent de la structure d'âge de la profession. Les données couvrant tous les médecins canadiens reflètent la hausse de leur âge moyen ces dernières années, qui passe de 47 ans en 1998 à 50 ans en 2007, tendance qui caractérise l'effectif des deux sexes<sup>43</sup>. Le tableau 2 illustre la proportion croissante des groupes âgés dans la profession psychiatrique. Fait important, les psychiatres âgés de 66 ans ou plus passent de 12 % en 1995 à 17 % en 2007. Ce groupe d'âge prendra vraisemblablement de l'ampleur encore dans les 10 à 20 prochaines années alors que la grande cohorte des producteurs de pointe fera son entrée dans ce segment démographique. À ce moment-là, bon nombre de cliniciens auront franchi l'âge de la retraite. Le retentissement de cette tendance dépendra du nombre de psychiatres qui amorceront leur carrière dans les deux prochaines décennies (voir la partie des facteurs d'entrée).

En 1999, le Groupe de travail sur les effectifs médicaux au Canada de l'AMC<sup>44</sup> indiquait que 3,5 % des médecins se retirent, décèdent, émigrent ou abandonnent la profession pour un autre motif chaque année. Nous ne savons pas dans quelle mesure cela traduit la réalité de la retraite en psychiatrie. Selon des données australiennes,

seule une minorité (18 %) des psychiatres se retirent avant 65 ans, cependant que des prévisions révèlent que de 25 % à 62 % de l'effectif psychiatrique actuel dans ce pays prendront leur retraite dans la période allant de 2015 à 2025<sup>45,46</sup>. Reste à cerner, chiffres à l'appui, ce phénomène au Canada. Tandis que de nombreux psychiatres demeurent actifs après l'âge de 70 ans en Australie<sup>45</sup>, moins de psychiatres canadiens le font d'après de l'information anecdotique (entretien personnel avec Suzane Renaud le 27 août 2009).

L'effet de la retraite sur la planification des RHP variera au fil de l'évolution de la culture de la retraite comme telle. Sans doute la plus intellectuelle si l'on peut dire des spécialités médicales, la psychiatrie peut s'exercer bien plus longtemps que d'autres disciplines médicales. Dans une perspective globale, le concept de retraite en est un qui évolue de pair avec les conditions socioéconomiques et culturelles. Il se peut fort bien, par exemple, que le modèle de la retraite à l'âge de 65 ans, qui a pris naissance après la Seconde Guerre mondiale, perde du terrain en tant que but pratique de plusieurs et en tant que norme culturelle. Par conséquent, le mouvement de retraite de l'effectif psychiatrique sera à la fois reporté et accentué par comparaison avec le courant de retraite de cohortes psychiatriques précédentes ou celui d'autres spécialités médicales, et, ici aussi, les différences tenant au sexe en matière de retraite prendront de l'importance.

En bref, l'effectif psychiatrique vieillira dans les prochaines décennies, à l'instar des médecins en général. Il sera important de surveiller cette évolution démographique tout autant que l'évolution des phénomènes de la vie active et de la retraite qui l'accompagnera.

**Effectifs psychiatriques : facteurs d'entrée**

De nos jours, le nombre de diplômés en médecine et celui de médecins résidents au Canada constituent les éléments dont le retentissement sur les ressources humaines médicales est le plus marquant. De nombreux organismes et consortiums collectent des données et tiennent des registres sur ces groupes. Des organismes à vocation éducative, réglementaire ou professionnelle et des groupes de la fonction publique sont responsables du Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER); ensemble, ils surveillent le paysage statistique de l'éducation médicale postdoctorale au Canada. Pour sa part, le Service canadien de jumelage des résidents (CARMS) collecte des données sur le passage des études en médecine à la formation postdoctorale. L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) se concentre quant à elle sur les études en médecine. Nous examinons ci-après l'importance de ces sources d'information dans le contexte des RHP.

Le « groupe prêt à exercer » est formé des médecins résidents qui terminent leur formation postdoctorale et qui seront aptes à exercer leur profession. Les données de CAPER couvrant la période de 2000 à 2008 révèlent que les spécialités médicales autres que la psychiatrie ont produit un nombre assez constant de nouveaux praticiens dans cette période (voir le tableau 3a). Le nombre de médecins de famille est en hausse, passant de 38,8 % à 44 % de la cohorte diplômée. Selon toute apparence, cette hausse s'est effectuée au détriment de la psychiatrie et des spécialités chirurgicales. Ainsi, la proportion des psychiatres dans le groupe prêt à exercer a été ramenée de 7,4 % à 5,2 %, soit un manque à combler équivalant à 45 nouveaux psychiatres en 2008 par rapport à la répartition jusque-là constante dans la discipline en 2000.

La tendance ressort davantage lorsque l'on examine le nombre total de programmes de résidence financés par le secteur public (sont exclus ici les stagiaires financés par un gouvernement étranger ou les forces armées; ce nombre de postes correspond donc à l'effectif des médecins spécialistes qui feront leur entrée au bout du compte dans le système de santé public). Le tableau 3b illustre la répartition des postes de résidence durant cette période. À noter que l'effectif total en résidence s'est accru de 47,5 % dans cette période et que la hausse du nombre de postes de médecins résidents a varié de 32 % (spécialités chirurgicales) à 55 % (autres spécialités médicales). En psychiatrie cependant, l'augmentation des postes de résidence n'a été que de 28,3 %. Force est de constater que cette augmentation est plus lente que celle dans les autres disciplines médicales et que celle du nombre total de postes. Sous un autre angle, la proportion du nombre total de postes

en résidence dévolue à la psychiatrie d'une année à une autre a dégringolé de 8,2 % en 2000-2001 à 7,1 % en 2008-2009, soit environ 100 postes de résidence, tandis que les autres spécialités médicales ont intensifié leur présence. De ce point de vue, la psychiatrie voit sa part du marché de la formation postdoctorale au pays diminuer semble-t-il.

D'autres considérations apparaissent moins préoccupantes. Par exemple, la proportion relative des hommes et des femmes amorçant leur carrière dans cette période demeure plutôt constante, à savoir 40 % d'hommes et 60 % de femmes, à l'image de la répartition en médecine familiale et dans la profession médicale dans l'ensemble<sup>47,48</sup> (voir le tableau I-7i des sources de référence 47 et 48). Les postes non financés par le secteur public englobent les postes financés par les forces armées ou par un gouvernement étranger, et ce nombre demeure stable dans cette période pour ce qui est de la psychiatrie également (15 % à 17 % du total des postes de résidence). Ces proportions sont parmi les plus basses dans les spécialités médicales<sup>47,48</sup> (voir le tableau I-1 des sources de référence 47 et 48), indiquant que ce n'est pas un facteur limitant dans l'allocation des ressources de formation psychiatrique. Enfin, il ressort de la comparaison entre les tableaux 2 et 3 que le groupe prêt à exercer la psychiatrie (environ 100 nouveaux psychiatres par an) pourra difficilement contrebalancer l'attrition de l'effectif pour cause de retraite dans les prochaines décennies.

Les modifications en amont, à l'entrée en faculté de médecine, dans les 30 à 40 dernières années ont grandement influé sur le bassin des postes de résidence dans tous les programmes de formation postdoctorale (voir le tableau 4a). Ces modifications illustrent parfaitement l'influence d'aspects politiques et économiques, plutôt que de considérations épidémiologiques ou cliniques, sur les RH en médecine. Pendant de nombreuses décennies, les inscriptions en médecine ont augmenté constamment pour s'élever à près de 1 885 étudiants dans la période de 1980 à 1984, après quoi les pouvoirs publics provinciaux ont convenu de limiter le nombre d'inscriptions. Ils ont maintenu leur décision pendant près de 20 ans jusqu'à ce que le bassin des étudiants se contracte et redevienne en 1997-1998 ce qu'il était en 1970 (1 577 étudiants)<sup>49</sup>. Lorsque les problèmes occasionnés par cette politique ont surgi, les mêmes pouvoirs publics se sont employés à réparer les dégâts. En quatre ans par la suite, les inscriptions en médecine ont grimpé jusqu'au point maximal atteint en 1980, et elles dépassaient ce point de 30 % en 2007 (voir le tableau 4a). Il est prévu que cette expansion se poursuive et que, bon an, mal an, les femmes représentent de 50 % à 60 % des diplômés en médecine<sup>50,51</sup>.

Table 3a. Groupe prêt à exercer selon la discipline<sup>a</sup>

Discipline	Année									
	2000 n (%) <sup>c</sup>	2001 n (%) <sup>c</sup>	2002 n (%) <sup>c</sup>	2003 n (%) <sup>c</sup>	2004 n (%) <sup>c</sup>	2005 n (%) <sup>c</sup>	2006 n (%) <sup>c</sup>	2007 n (%) <sup>c</sup>	2008 n (%) <sup>c</sup>	2008 ajusté <sup>b</sup> n (%) <sup>c</sup>
Psychiatrie	124 (7,4)	106 (6,5)	106 (6,7)	111 (7,0)	108 (6,5)	108 (6,1)	110 (6,1)	91 (4,8)	109 (5,2)	154 (7,4)
Toutes les spécialités médicales <sup>d</sup>	561 (33,5)	568 (35)	535 (34)	542 (34,3)	587 (35,2)	631 (35,8)	631 (35)	655 (34,9)	695 (33,3)	698 (33,5)
Médecine familiale	657 (39,2)	644 (39,6)	614 (39,0)	614 (38,8)	631 (37,8)	675 (38,2)	713 (39,5)	787 (41,9)	917 (44,0)	817 (39,2)
Spécialités chirurgicales	288 (17,2)	271 (16,6)	291 (18,5)	278 (17,6)	299 (17,9)	296 (16,8)	288 (16,0)	290 (15,5)	299 (14,3)	358 (17,2)
Total <sup>e</sup>	1676 (100,0)	1625 (100,0)	1574 (100,0)	1582 (100,0)	1669 (100,0)	1765 (100,0)	1803 (100,0)	1877 (100,0)	2084 (100,0)	2084 (100,0)

<sup>a</sup> Tableau I-7i, CAPER<sup>47,48</sup>  
<sup>b</sup> Groupe prêt à exercer en 2006 ajusté selon la répartition dans la discipline en 2000  
<sup>c</sup> Pourcentage du groupe des médecins spécialistes prêts à exercer dans l'année  
<sup>d</sup> À l'exception de la psychiatrie  
<sup>e</sup> Englobe des disciplines non mentionnées (médecine de laboratoire et soins palliatifs, par exemple)

Il importe de connaître l'effet de cette hausse de la population estudiantine en médecine sur le nombre de médecins résidents en psychiatrie et sur le nombre de psychiatres. Le tableau 5 résume ces données couvrant la période commençant en 2002 alors que les étudiants de la première vague d'augmentation des inscriptions en médecine de la fin des années 1990 obtiennent leur diplôme<sup>52</sup>. Comparativement aux années précédentes qui voyaient de 6 % à 6,5 % des médecins se diriger vers la psychiatrie, cette proportion rétrécit à 5 % à 5,5 % en 2002. Sur une note positive, mentionnons que cette proportion s'est maintenue alors que le nombre de postes en première année de résidence a doublé, de 1 260 à 2 595, dans la période de 2002 à 2007. Après la première ronde de jumelage de CARMS dans ces années, un bon nombre des postes de résidence en psychiatrie sont demeurés vacants, bien que ce nombre diminue sans doute avec le temps. À l'opposé, les postes vacants après la première ronde de jumelage dans les années antérieures étaient d'environ 10 %<sup>1</sup>.

L'information sur la psychiatrie provenant de CARMS est présentée relativement à celle sur des groupes comparables : la médecine familiale et les cinq autres grandes spécialités (voir les colonnes 1 à 4 du tableau 5). Dans la plupart des groupes, les postes de première année demeurent dans une proportion assez constante dans la période en question. Cependant, on note que les postes en psychiatrie et en chirurgie générale ont tendance à diminuer par rapport au nombre de postes total; la situation tiendrait en partie à l'ajout de postes de subspecialité dans d'autres disciplines au fil du

temps. À souligner que ces observations vont dans le même sens que les constatations figurant au tableau 3b selon lesquelles la hausse numérique en psychiatrie par rapport au nombre de postes de résidence au total durant toutes les années de la formation est néanmoins plus petite toute proportion gardée que la hausse observée dans d'autres spécialités.

Le tableau 5 offre également un aperçu de la capacité d'attraction des diverses disciplines. En général, la distribution des premiers choix des candidats correspond étroitement à la distribution des postes (comparaison entre les colonnes 1 à 4 et 5 à 8 du tableau 5). Il faut savoir que de légères différences de pourcentage sur ce plan peuvent se traduire par un surplus d'inscriptions à certains postes (voir les colonnes 9 à 12 du tableau 5). Ainsi, malgré que seulement 6,6 % des candidats aient désigné la pédiatrie comme premier choix en 2002, cette spécialité ne comptait que 5,5 % des postes, d'où le taux d'inscription de 107 %. Ce phénomène se produit à l'occasion en médecine interne et en chirurgie générale, mais presque toujours en obstétrique et gynécologie et en pédiatrie. En général, la psychiatrie ressemble à la médecine interne et peut-être à la chirurgie générale également du point de vue de la proportion de ses postes qui sont convoités en premier choix (près de 80 %). En revanche, remplir les 20 % de postes restants semble plus difficile en psychiatrie que dans les deux autres spécialités comme en témoigne le taux de vacance élevé (semblable à celui en médecine familiale) après la première ronde de jumelage (première mise en candidature aux postes offerts et première attribution de postes, qui

**Planification des ressources humaines psychiatriques au Canada**

<b>Tableau 3b, Nombre total de résidents<sup>a,b</sup></b>										
Discipline	Année									
	2000/ 2001 n (%) <sup>c</sup>	2001/ 2002 n (%) <sup>c</sup>	2002/ 2003 n (%) <sup>c</sup>	2003/ 2004 n (%) <sup>c</sup>	2004/ 2005 n (%) <sup>c</sup>	2005/ 2006 n (%) <sup>c</sup>	2006/ 2007 n (%) <sup>c</sup>	2007/ 2008 n (%) <sup>c</sup>	2008 2009 n (%) <sup>c</sup>	2000/2001– 2008/2009 Hausse (%)
Psychiatrie	527 (8,2)	521 (8,1)	528 (8,1)	526 (7,6)	544 (7,4)	559 (7,2)	578 (6,9)	640 (7,2)	676 (7,1)	28,3
Toutes les spécialités médicales <sup>d</sup>	2725 (42,6)	2804 (43,3)	2882 (44,0)	3026 (43,9)	3225 (44,1)	3413 (43,9)	3671 (44,1)	4017 (44,9)	4240 (44,9)	55,6
Médecine familiale	1484 (23,2)	1454 (22,5)	1466 (22,4)	1549 (22,5)	1669 (22,8)	1833 (23,6)	2007 (24,1)	2068 (23,1)	2173 (23,0)	46,4
Spécialités chirurgicales	1530 (23,9)	1547 (23,9)	1514 (23,1)	1586 (23,0)	1635 (22,3)	1696 (21,8)	1768 (21,3)	1893 (21,2)	2019 (21,4)	32,0
Total <sup>e</sup>	6399 (100,0)	6470 (100,0)	6556 (100,0)	6888 (100,0)	7317 (100,0)	7766 (100,0)	8317 (100,0)	8942 (100,0)	9439 (100,0)	47,5

<sup>a</sup> Tableau I-1, CAPER<sup>47,48</sup>  
<sup>b</sup> Postes financés par le ministère  
<sup>c</sup> Pourcentage de tous les postes de résidence de l'année  
<sup>d</sup> À l'exception de la psychiatrie  
<sup>e</sup> Tient compte de toutes les disciplines non indiquées (médecine de laboratoire, par exemple)

peuvent correspondre au deuxième choix dans bien des cas) (voir les colonnes 13 à 16 du tableau 5). Ce qui laisse entrevoir que la psychiatrie est attrayante comme premier choix de carrière, mais qu'elle est peu prise en compte en deuxième choix.

Certains jugent que de s'en remettre aux récentes augmentations des inscriptions en médecine comme moyen de pallier la pénurie de psychiatres relève de la complaisance, qu'il y a lieu d'adopter une démarche active de recrutement et de maintien en poste<sup>23</sup>. L'ensemble des données du CARMS renferme de l'information sur ces aspects qu'il serait utile d'analyser en profondeur particulièrement dans l'optique de la stigmatisation qui marque au fer rouge la maladie mentale et les professionnels œuvrant dans ce domaine. Pour les besoins de la planification des RHP, il importe de collecter des données sur le choix de carrière des diplômés en médecine, sur la satisfaction à l'égard de la formation professionnelle, sur l'attrition de l'effectif en formation et sur la réorientation de carrière subséquente hors de la psychiatrie. Comme la proportion des diplômés choisissant la résidence en psychiatrie varie grandement d'une faculté de médecine à une autre, il pourrait être judicieux d'étudier les programmes de formation psychiatrique qui suscitent l'intérêt des diplômés en médecine. Par ailleurs, la psychiatrie fait partie des disciplines de prédilection, peu nombreuses, au moment de la réorientation de carrière<sup>53</sup>, conformément au sentiment bien ancré voulant que la psychiatrie gagne

en attrait au fur et à mesure que le médecin acquiert de l'expérience pratique. Il y aurait là, selon toute apparence, la possibilité d'optimiser la trajectoire de formation de la résidence en psychiatrie en s'attardant notamment aux médecins qui optent pour la psychiatrie en cours de formation dans une autre discipline ou après quelques années de pratique.

Enfin, le tableau 4b brosse un portrait global en résumant l'information sur l'entrée en faculté de médecine, sur les diplômés en médecine, sur le choix de la résidence en psychiatrie, sur l'effectif en résidence et sur les médecins qui terminent leur résidence. Malheureusement, les données de CARMS ne couvrent que 2000 à 2001. À noter que, à l'exception des étudiants des programmes de trois ans de *McMaster University* et de l'Université de Calgary, la population estudiantine en médecine aboutit en règle générale au processus de jumelage de CARMS au terme de ses quatre années d'études et termine la résidence cinq ans plus tard. L'information sur ces phases de la formation révèle que les femmes psychiatres sont en plus grande proportion que les femmes diplômées en médecine cinq ans plus tôt. En outre, la hausse notable des inscriptions et des diplômés en médecine n'a pas engendré encore d'augmentation du nombre de nouveaux psychiatres.

En résumé, le nombre de diplômés en médecine a augmenté considérablement depuis la première vague d'expansion de la population estudiantine en faculté de

médecine au pays à la fin des années 1990. Cette hausse du nombre d'étudiants en médecine s'est répercutée dans les programmes de formation postdoctorale en 2001-2002, puis dans l'exercice de la psychiatrie en particulier dans les années 2005 et 2006. Le nombre de postes de formation psychiatrique augmente pour la peine et cette augmentation se poursuivra jusqu'à ce que les cohortes plus populeuses aient achevé la résidence, c'est-à-dire en 2020. Néanmoins, la part du marché des ressources de formation postdoctorale de la psychiatrie s'effrite au profit d'autres grandes disciplines médicales selon toute indication. La psychiatrie représente un premier choix de carrière pour beaucoup, mais elle semble délaissée comme deuxième choix ou dans les rondes de jumelage subséquentes de CARMS. Cependant, la profession est relativement attrayante pour les médecins et les médecins résidents ayant acquis de l'expérience dans d'autres domaines. Sur la foi de ces indications, il conviendrait d'étudier en profondeur l'expérience des études en médecine et le passage vers la résidence pour les besoins de l'optimisation de l'efficacité de la formation des RH. Pour bien saisir les tendances futures des RHP, il sera important de confirmer ces observations et de surveiller ces données.

#### *Autres facteurs*

Bien d'autres facteurs influent sur les RHP, mais leur examen en détail est hors de propos ici; il serait tout de même utile de les surveiller. Au chapitre des facteurs qui tiennent à la profession, citons l'établissement de domaines de spécialité telles la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adolescent, la psychogériatrie et la psychiatrie légale. D'autre part, la répartition géographique des ressources psychiatriques demeure une préoccupation constante. Enfin, il sera important d'examiner l'effet du cadre de référence CanMEDS sur le mode d'exercice de la psychiatrie.

#### **Ratio recommandé : un ajustement actualisé**

Bien qu'il soit important d'examiner les facteurs dynamiques qui influent sur les RHP, il s'avère nécessaire de baliser la planification de ces ressources dans l'immédiat et de façon concrète. À cet égard, le ratio de psychiatre par habitants demeure le premier instrument dont nous disposons à l'échelle macroscopique. De plus, il nous est possible de tenir compte par un ajustement de deux des variables les plus pertinentes ayant orienté les recommandations antérieures sur ce ratio, à savoir le sexe et l'estimation des ETP.

Le ratio du psychiatre par habitants entériné par l'APC dans l'optique de la pratique clinique est d'un psychiatre pour 8 400 habitants, ratio qui se fonde principalement sur le registre des médecins autorisés à exercer selon la situation de 1986 et en supposant une même productivité

pour les hommes et pour les femmes. Ces deux hypothèses conduisent vraisemblablement à la sous-estimation des services cliniques nécessaires au Canada. Pour tenir compte du sexe, il faut savoir d'abord que le ratio d'un pour 8 400 dans une population de 33 millions d'habitants se traduit par un effectif de 3 929 psychiatres. Comme la profession compte des femmes dans une proportion de 50 % (estimation prudente), dont la productivité individuelle correspond à 0,8 ETP, l'effectif ajusté de psychiatres nécessaires se calcule comme suit :

$$\begin{aligned} 3\,929 \text{ ETP} &= \text{hommes} + \text{femmes} \\ &= \text{hommes} + (0,8 \text{ hommes}) \end{aligned}$$

À une proportion relative d'hommes et de femmes de 50 %, il faudra 4 366 psychiatres (2 183 hommes et 2 183 femmes) pour offrir les services de 3 929 ETP.

L'information présentée au tableau 1 permettra de procéder à l'ajustement en fonction de l'information sur l'autorisation d'exercer comme indication des ETP. Pour obtenir 3 929 ETP, il faut :

$$\begin{aligned} 4\,366 \quad (4\,140/3\,606,04) \\ = 5\,012 \text{ psychiatres autorisés à exercer} \end{aligned}$$

Le ratio est donc d'un psychiatre pour 6 584 habitants pour obtenir le niveau de services psychiatriques de 1986.

L'ajustement qui tiendrait compte d'autres paramètres plus dynamiques, dont la répartition de l'effectif selon l'âge et le schéma de retraite des psychiatres, revêt de l'importance également, mais nécessite de procéder à une modélisation approfondie continue, comme d'ailleurs l'évaluation des tendances de recrutement en psychiatrie. Pour les besoins de la planification des RHP, il est sans doute plus important à l'heure actuelle de peaufiner des indicateurs de l'activité clinique en ETP, qui recouvrent les divers services cliniques et modalités de rémunération en vigueur.

#### **Conclusion**

L'analyse rationnelle de la planification des RH psychiatriques commence par la prise en compte de la formation et des rôles du psychiatre, ainsi que de sa contribution intégrative particulière dans la prestation des services de santé mentale. Viennent ensuite le relevé des facteurs et des modèles qui entrent en jeu dans la planification des RHP et l'appréciation du fait que les différentes méthodes se prêtent à des degrés d'analyse différents. Depuis fort longtemps, les études sur les RHP s'en remettent au ratio de psychiatre par habitants. Malgré ses lacunes et ses limites flagrantes, il n'en demeure pas moins un premier élément utile dans la planification des RHP à l'échelle d'une population ou d'un pays. Après avoir établi un niveau pratique de

**Planification des ressources humaines psychiatriques au Canada**

<b>Table 4a Population estudiantine en médecine<sup>a</sup></b>					
Année	Entrée <i>n</i>	Nombre total <i>n</i>	Femmes %	Sortie <i>n</i>	Femmes %
1970/1971	1452	5424	17,8	1133	13,5
1971/1972	1601	5852	19,9	1278	17,3
1972/1973	1763	6325	22,0	1328	17,1
1973/1974	1773	6759	24,1	1560	20,0
1974/1975	1779	7012	26,1	1544	22,3
1975/1976	1807	7209	28,3	1714	24,7
1976/1977	1819	7262	30,3	1691	27,1
1977/1978	1826	7308	31,6	1755	29,4
1978/1979	1829	7309	33,3	1760	30,9
1979/1980	1854	7347	34,5	1742	32,3
1970/1981	1887	7387	36,2	1765	33,4
1981/1982	1881	7436	37,5	1756	35,6
1982/1983	1882	7492	39,2	1794	36,6
1983/1984	1887	7484	40,8	1773	36,8
1984/1985	1858	7473	41,8	1835	40,4
1985/1986	1812	7350	42,6	1758	41,6
1986/1987	1803	7301	42,8	1766	42,0
1987/1988	1744	7206	43,7	1781	40,5
1988/1989	1786	7124	44,4	1722	44,2
1989/1990	1780	7072	44,0	1708	44,0
1990/1991	1791	7110	44,4	1704	44,8
1991/1992	1775	7128	44,5	1749	43,8
1992/1993	1604	7041	45,8	1702	42,5
1993/1994	1683	6916	47,7	1686	44,3
1994/1995	1651	6820	48,7	1739	45,5
1995/1996	1613	6634	50,6	1685	50,0
1996/1997	1598	6451	50,6	1577	50,3
1997/1998	1577	6435	50,4	1604	48,4
1998/1999	1581	6392	50,9	1594	52,6
1999/2000	1634	6388	50,6	1578	49,6
2000/2001	1763	6559	52,0	1537	50,2
2001/2002	1921	6937	54,5	1543	50,1
2002/2003	2028	7392	56,5	1663	52,1
2003/2004	2096	7808	58,0	1756	53,4
2004/2005	2193	8236	59,1	1875	59,6
2005/2006	2380	8687	58,5	1958	58,9
2006/2007	2460	9151	58,2	2046	58,7
2007/2008	2596	9640	58,0	2123	56,8
2008/2009	2660	10148	58,1	2344	57,3

<sup>a</sup> CanMED<sup>49-51</sup>

**Table 4b Population étudiante en médecine et nombre de résidents en psychiatrie**

Année	Population étudiante en médecine <sup>a</sup>					Résidence en psychiatrie			
	Entrée <i>n</i>	Nombre total <i>n</i>	Femmes %	Sortie <i>n</i>	Femmes %	Entrée <i>n</i>	Total <i>n</i> <sup>c</sup>	Sortie <i>n</i> <sup>c</sup>	Femmes %
2000/2001	1763	6559	52,0	1537	50,2		527	124	60,5
2001/2002	1921	6937	54,5	1543	50,1		521	106	57,5
2002/2003	2028	7392	56,5	1663	52,1	78	528	106	57,5
2003/2004	2096	7808	58,0	1756	53,4	81	526	111	56,8
2004/2005	2193	8236	59,1	1875	59,6	87	544	108	63,9
2005/2006	2380	8687	58,5	1958	58,9	90	559	109	57,8
2006/2007	2460	9151	58,2	2046	58,7	126	578	110	51,8
2007/2008	2569	9640	58,0	2123	56,8	138	640	91	62,6
2008/2009	2660	10 148	58,1	2344	57,3	116	676	109	57,8

<sup>a</sup> CanMEDS<sup>49-51</sup>  
<sup>b</sup> CARMS<sup>52</sup>  
<sup>c</sup> Table I-7i, CAPER<sup>47,48</sup>

**Tableau 5 Résumé sélectif : choix à la première ronde de jumelage de CARMS, 2002–2009<sup>a</sup>**

Discipline	Postes offerts dans la discipline en %					Premiers choix en %			
	2002	2005	2007	2009		2002	2005	2007	2009
Psychiatrie	6,4	6,0	6,0	5,5		5,2	5,2	5,2	5,1
Médecine interne	13,7	14,2	15,2	15,1		13,5	16,3	14,3	13,7
Chirurgie générale	5,2	4,8	4,1	4,2		5,0	4,3	5,6	3,9
Obstétrique et gynécologie	4,1	3,8	3,52	3,7		3,4	4,6	4,9	5,4
Pédiatrie	5,5	5,4	4,79	4,9		6,6	7,0	6,3	5,8
Médecine familiale	38,7	38,3	38,5	38,9		29,6	27,9	28,9	31,6
Discipline	Pourcentage des postes onvoités en premier choix en %					Postes vacants après première ronde en %			
	2002	2005	2007	2009		2002	2005	2007	2009
Psychiatrie	72,5	81,1	75,2	82,5		25,6	16,7	16,7	14,1
Médecine interne	87,8	108,0	82,7	80,4		7,4	1,4	8,4	15,5
Chirurgie générale	86,2	84,5	119,0	84,3		3,1	2,8	0,0	15,7
Obstétrique et gynécologie	74,5	110,0	123,0	133,0		22,4	6,9	0,0	0,0
Pédiatrie	107,0	124,0	116,0	104,0		5,6	2,5	4,5	3,9
Médecine familiale	67,8	67,8	65,9	72,5		22,3	18,9	20,4	15,2

<sup>a</sup> CaRMS<sup>52</sup>



ressources psychiatriques, il est alors possible d'appliquer une méthode analytique, exhaustive et adaptée, fondée sur les besoins et la demande. Il est essentiel de tenir compte des nombreux rôles et des champs de surspécialité du psychiatre tout au long du processus de planification.

L'analyse des RHP évolue sans cesse. Les méthodes éprouvées de mesure des paramètres fondamentaux pertinents sont encore inexistantes; elles naîtront de la recherche. Il nous faudra collecter des données uniformes et comparables sur la productivité clinique des psychiatres, autrement dit sur les services cliniques en fonction de tous les modes de rémunération et dans tous les milieux de pratique. Beaucoup de travail reste à faire ne serait-ce que pour établir les définitions des besoins en services appropriés sur le plan clinique comme sur le plan épidémiologique. Il sera nécessaire d'améliorer les indicateurs des besoins insatisfaits pour donner suite à l'intérêt que suscite l'analyse fondée sur la demande ces dernières années. Alors que la capacité de définir et de mesurer ces paramètres se renforce, il demeure essentiel de poursuivre la collecte des données afin d'estimer au mieux la situation actuelle et ce qui s'annonce selon toute vraisemblance. L'analyse des RHP doit être fondée sur des données probantes dans la mesure du possible, mais – en raison de sa complexité et de la nécessité d'un encadrement permanent – ne peut être forcée de s'y tenir.

Les données indiquent que la plupart des provinces et territoires du pays accusent un déficit en psychiatres. Pour obtenir le ratio recommandé par l'APC d'un psychiatre clinicien ETP par tranche de 8 400 habitants, il nous faut atteindre le ratio d'un psychiatre autorisé à exercer par 6 574 habitants, soit un effectif de 5 012 psychiatres, selon la population actuelle du Canada.

À l'encontre de la planification d'autres services publics, dont l'infrastructure, qui se moule au cycle électoral, la planification des RHP et la modification des facteurs qui influent sur elle s'étalent sur une période beaucoup plus longue; en fait, la gestion efficace de ces ressources s'inscrit dans un horizon temporel de 10 à 15 ans. Les mouvements sociaux et démographiques auront des répercussions sur les ressources psychiatriques en accélérant le rythme de la retraite. Nous ne savons pas vraiment si cette attrition sera contrebalancée par la hausse escomptée des médecins résidents en psychiatrie, en raison notamment du caractère évolutif de l'environnement de pratique. Les ressources humaines psychiatriques futures investiront les champs de pratique surspécialisée et exerceront leur profession dans divers milieux, offriront une gamme de services en vertu de modèles de prestation variés comme le partage des soins, le réseau

de services de santé primaires et la télésanté, et de plusieurs modes de rémunération. Les activités pour le compte de tiers et les rôles non cliniques – actuels et nouveaux – que le psychiatre aura à remplir, moduleront également la distribution des ressources psychiatriques.

Enfin, la planification des RHP est manifestement un processus itératif à la méthodologie évolutive, tributaire des progrès de la recherche psychiatrique et du contexte sociopolitique.

## Recommandations

### Principes

1. La planification des RHP a pour objectif ultime d'offrir l'accès en temps opportun aux services psychiatriques appropriés et efficaces aux Canadiens et aux Canadiennes de toutes les régions qui en ont besoin.
2. La production de RHP est un processus long et coûteux, et la planification de ces ressources s'inscrit forcément dans un horizon analytique temporel correspondant. Le déploiement des ressources efficient suppose l'optimisation de la mise en application des compétences psychiatriques permettant d'intégrer de façon distinctive l'offre de services cliniques directs ou indirects ainsi que dans l'exercice des rôles non cliniques.
3. Pour satisfaire ses besoins en services de santé mentale, le Canada ne devrait pas compter sur un bassin de psychiatres venant de l'étranger, mais veiller à produire les RHP nécessaires en formant ces médecins spécialistes chez lui.

### Position actuelle

4. Sous réserve de modifications au vu de nouvelles connaissances, l'APC préconise un niveau de services psychiatriques qui correspond au ratio d'un psychiatre clinicien ETP par tranche de 8 400 habitants et au ratio d'un psychiatre autorisé à exercer par tranche de 6 584 habitants. Ce ratio est plus approprié pour les besoins de la planification des RHP dans une grande population (celle d'un pays ou d'une province, par exemple).

### Démarche de planification des RHP

5. L'APC préconise l'adoption d'une méthode multifactorielle de planification des RHP supposant une analyse de portée globale, intermédiaire et locale.
6. L'APC soutient la recherche et la conception de technologies et de méthodes uniformes d'évaluation des paramètres pertinents dans la planification des RHP, notamment l'activité et la productivité psychiatriques (cliniques et non cliniques), les

caractéristiques épidémiologiques de la maladie mentale ainsi que les besoins et la demande de services de santé mentale.

7. Dans le cadre d'une stratégie durable de planification des RHP, l'APC collaborera avec les organismes qui participent à la planification des RH médicales, dont l'AMC, CARMS, l'ICIS, le CRMCC et l'AFMC, afin de surveiller l'information sur :
  - a. le cycle éducatif allant des études en médecine à la fin de la formation en passant par la résidence en psychiatrie;
  - b. les caractéristiques de la pratique psychiatrique tout au long de la carrière, y compris la période de la retraite, et sous tous les angles de l'environnement de pratique (le milieu et le mode de rémunération, par exemple);

- c. le retentissement des variables et des tendances démographiques pertinentes sur les aspects mentionnés ci-dessus.

***Défense des intérêts de la profession***

8. Les stratégies devraient s'inscrire dans le droit fil du mandat de l'APC qui consiste à :
  - a. attirer, former et conserver des praticiens en psychiatrie clinique;
  - b. faciliter l'exercice de rôles professionnels non cliniques tels ceux d'administrateur, d'éducateur, de chercheur et de dirigeant des affaires médicales.
9. L'APC devrait promouvoir des stratégies destinées à obtenir le nombre de postes de formation postdoctorale nécessaires pour satisfaire les besoins en services psychiatriques actuels et les besoins prévus à l'avenir au Canada.

## Annexe 1

### La planification des RH dans le secteur de la santé

Il y a lieu de croire, du moins en théorie, qu'il est possible de préciser certains aspects des besoins et de la planification des RH dans le secteur de la santé. Les deux éléments essentiels dans ce contexte sont :

1. l'évaluation des besoins en services de santé de la population;
2. la détermination de la taille de l'effectif nécessaire pour offrir les services de santé dont a besoin la population.

Malheureusement, ces deux éléments sont tellement complexes que leur évaluation exacte n'est probablement pas de l'ordre du possible.

L'évaluation des besoins de l'ensemble de la population pour un service de santé particulier représente l'un des centres d'intérêt primordiaux de la recherche épidémiologique. Bien que des analyses épidémiologiques dans d'autres domaines médicaux (par exemple, planification des services de vaccination et importance de l'examen physique annuel) aient en général débouché sur des recommandations pragmatiques, des facteurs particuliers viennent compliquer la situation en santé mentale et en psychiatrie. D'abord, la conception d'une méthode précise de recensement des personnes ayant besoin de services de santé s'est avérée difficile. De fait, la recherche épidémiologique dans le domaine psychiatrique creuse la question des définitions de cas depuis fort longtemps. Pour ce faire, elle a recours à de nombreuses techniques notamment l'autoévaluation, la liste de vérification des symptômes et l'entrevue dirigée, en parallèle à l'évolution de la définition de la maladie en vertu de critères explicites (les critères du DSM ou de la classification CIM, par exemple). Bien que la recherche ait approfondi notre connaissance de la distribution des états souffrants et des affections symptomatiques dans la population, elle a engendré diverses méthodes de mesure donnant lieu à un portrait disparate de la pathologie mentale<sup>35,36</sup>. Toutes ces méthodes ont leurs atouts et leurs lacunes, et aucune ne se prête à une application générale.

Il est manifestement difficile de concevoir l'ampleur des services de santé nécessaires en présence de multiples points de vue sur le mode d'évaluation des besoins en services de santé et de différentes définitions de ce que l'on appelle un cas. Mais, ce n'est pas la seule difficulté. Même si l'on adopte une définition objective, nous ne savons pas vraiment en quoi cela précisera les besoins ou l'utilisation des services de santé. Ainsi, de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale conformément aux critères diagnostiques de la maladie en question ne sont pas en quête d'un traitement ou ne souhaitent pas être traitées<sup>38,54</sup>; d'autre part, bon nombre de personnes à la recherche de services de santé mentale ne correspondent pas à la définition habituelle du cas en question<sup>54</sup>. Le fait

de rechercher de l'aide comme tel devient alors un critère de la définition de cas. Malgré qu'il soit peu objectif à certains égards, ce critère est à l'évidence plus pertinent pour les besoins de la planification des services et des RH parce qu'il reflète la véritable demande de services. Cette démarche de planification des services de santé a donné lieu à certaines modélisations analytiques répandues actuellement dont la liste d'attente ou des initiatives centrées sur les temps d'attente dans l'espoir d'évaluer la demande de services.

Même si la définition des personnes ayant besoin de soins cliniques faisait l'objet d'un solide consensus, resterait néanmoins le problème de l'estimation des besoins de la population pour des services psychiatriques précis<sup>17,22</sup>. La problématique tient au contexte sociopolitique inhérent à la médecine socialisée et à la nature complexe de la maladie mentale. Les caractéristiques épidémiologiques de l'appendicite peuvent se transposer en estimation de la demande de services chirurgicaux d'appendicectomie parce que seuls les chirurgiens sont aptes à exécuter cette intervention selon la législation. Toutefois, la maladie mentale repose dans bien des cas sur un réseau complexe de facteurs biopsychosociaux importants tant sur le plan étiologique que sur le plan thérapeutique. Par conséquent, divers professionnels de la santé peuvent intervenir dans le traitement du patient. D'où les questions importantes de savoir qui détermine les professionnels qui participeront au traitement des personnes atteintes d'une maladie mentale, de savoir comment établir que le patient doit être traité par un psychiatre ou s'il peut être pris en charge par un fournisseur de services de santé mentale ou par un médecin de famille. La relation entre le patient et le groupe des divers professionnels de la santé mentale déjà complexe se complique encore dans l'optique des grandes questions de politique sociale. Ainsi, le nombre de psychiatres nécessaires dans une collectivité sera fonction de l'offre d'une gamme de services et d'établissements de soutien (par exemple, soutien en situation de crise, refuges pour les sans-abri, programmes d'assistance sociale ou d'assistance chômage), qui viendront atténuer la décompensation personnelle en réaction au stress<sup>10,13,17,20</sup>.

De tels aspects de la politique sociale sont inextricablement liés à l'univers politique bien éloigné, avouons-le, des considérations cliniques. Dans le monde, le mouvement italien *psichiatria democratica* dans les années 1970, célèbre pour sa politisation du traitement de la maladie mentale, a entraîné dans son sillage la refonte idéologique et législative des services de santé mentale. Plus près de nous, le rapport Barer-Stoddart<sup>55</sup> illustre l'influence du courant sociopolitique sur les services de santé au Canada, lui qui a mené à la réduction de l'effectif médical dans l'espoir de produire le même effet sur les coûts de santé. Voilà qui démontre à quel point des aspects étrangers à

la pratique clinique modulent l'ampleur, le cadre et la nature des services psychiatriques.

En résumé, il est probablement impossible de quantifier avec objectivité les ressources psychiatriques nécessaires pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale affligeant une population. Il y a bien sûr l'estimation des besoins et l'estimation de la demande, lesquelles reposent forcément sur une foule d'hypothèses. En outre, le vaste environnement des services de santé comme tel, les services auxiliaires et l'infrastructure, les rôles des

autres professionnels de la santé, le contexte sociopolitique et les programmes d'action des divers ordres de gouvernement influent grandement sur cette question des ressources psychiatriques. La planification des RH en psychiatrie a beaucoup occupé la recherche dans les 50 dernières années, pourtant il est encore vrai que « l'estimation de la main-d'œuvre psychiatrique nécessaire demeure un exercice essentiellement subjectif enfoui dans une enveloppe d'objectivité »<sup>17, p 670</sup>.

## Annexe 2

### Administration des ressources et des services de santé aux États-Unis : désignation de pénurie de professionnels de la santé mentale<sup>25,26</sup>

En 1990, l'organisme américain d'administration des services et des ressources dans le secteur de la santé a réorienté sa démarche dans le domaine des services de santé mentale en centrant l'analyse non plus sur les seules ressources psychiatriques, mais sur tous les professionnels de la santé mentale. De cette réorientation est né le concept de « professionnels de la santé mentale essentiels »<sup>25, p 2</sup> regroupant des psychiatres, des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux, des thérapeutes familiaux et conjugaux et des infirmières spécialisées en psychiatrie. Ces groupes de professionnels ne sont pas considérés comme équivalents, ni interchangeables, mais ils constituent ensemble le fondement de l'établissement des divers ratios des professionnels par habitants. Ces ratios peuvent être ensuite modifiés conformément à des critères particuliers en vue de s'efforcer de tenir compte des besoins et de la deux minimaumande. À souligner que ces ratios déterminent des niveaux uniformes de ressources professionnelles, utiles à des fins administratives. Ils ne servent pas à préciser des niveaux de service optimaux ou recommandés. Puisque c'est l'une des rares méthodes de planification des RH en santé mentale qui s'apparente à une synthèse explicite des méthodes actuelles incorporant des variables importantes des RHP, nous la présentons ici.

Comme l'aperçu des lignes directrices américaines figurant ci-après est incomplet, le lecteur est prié de consulter les sources de références citées pour obtenir plus de renseignements.

#### Critères de pénurie de professionnels de la santé mentale

##### A. Région desservie définie géographiquement selon :

1. l'un des critères ci-dessous :
  - i. ratio habitants par professionnel en santé mentale supérieur à 6 000:1 et ratio habitants par psychiatre supérieur à 20 000:1;

- ii. ratio habitants par professionnel en santé mentale supérieur à 9 000:1;
- iii. ratio habitants par psychiatre ETP supérieur à 30 000:1;

ou

2. si la région manifeste des besoins inhabituellement élevés, alors selon l'un des critères suivants :
  - i. ratio habitants par professionnel en santé mentale supérieur à 4 500:1 et ratio habitants par psychiatre supérieur à 15 000:1;
  - ii. ratio habitants par professionnel en santé mentale supérieur à 6 000:1;
  - iii. ratio habitants par psychiatre ETP supérieur à 20 000:1.

Nota : les besoins sont jugés inhabituellement élevés lorsque la région satisfait l'un des critères suivants :

- le revenu de 20 % de la population est sous le seuil de la pauvreté;
- le ratio des personnes jeunes (nombre de personnes de 17 ans ou moins par rapport aux personnes âgées de 18 à 64 ans) dépasse 0,6;
- le ratio de personnes âgées (nombre de personnes âgées de 66 ans ou plus par rapport au nombre d'adultes de 18 à 64 ans) dépasse 0,25;
- le taux d'alcoolisme est élevé (dans le pire quartile de la région, de l'état ou du pays);
- le taux de toxicomanie est élevé (dans le pire quartile de la région, de l'état ou du pays).

##### B. Population desservie délimitée selon les aspects suivants :

1. la présence de groupes pour qui l'accès aux services de santé est difficile, ainsi que l'un des aspects suivants :
  - i. ratio habitants par professionnel en santé mentale supérieur à 4 500:1 et ratio habitants par psychiatre supérieur à 15 000:1;
  - ii. ratio habitants par professionnel en santé mentale essentiel supérieur à 20 000:1;
  - iii. ratio habitants par psychiatre ETP supérieur à 20 000:1.

## Annexe 2, suite

C. L'établissement desservi défini comme suit :

1. un hôpital psychiatrique du comté ou de l'état caractérisé par :
  - i. une population quotidienne moyenne de plus de 100 patients;
  - ii. une charge de travail de plus de 300 unités par psychiatre ETP

Nota : Nombre d'unités de la charge de travail = population quotidienne moyenne + 2 [nombre

d'hospitalisations dans l'année] + 0,5 [nombre de patients aux consultations externes ou au centre de jour]

2. un centre de santé mentale communautaire caractérisé par l'un des aspects suivants :
  - i. plus de 1 000 consultations par an par professionnel de la santé mentale essentiel ETP
  - ii. plus de 3 000 consultations par psychiatre ETP;
  - iii. son personnel ne compte pas de psychiatre.

---

## Annexe 3

### Sites Web sur les RHP

Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

<http://www.afmc.ca/publications-statistics-f.php>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

<http://secure.cihi.ca/cihiweb/>

[dispPage.jsp?cw\\_page=hhrdata\\_physicians\\_f](http://dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_physicians_f)

Association médicale canadienne (AMC)

<http://www.cam.ca/index.php?ci id=16959&la id=2>

Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)

[http://www.caper.ca/index\\_fr.php](http://www.caper.ca/index_fr.php)

Service canadien de jumelage des résidents (CARMS)

[http://www.carms.ca/fre/operations\\_R1reports\\_f.shtml](http://www.carms.ca/fre/operations_R1reports_f.shtml)

Sondage national des médecins (SNM)

<http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/home-f.asp>

## Références

- Hnatko G, Albert JM, Anderson K, et al. Human resource planning for psychiatry in Canada: a background paper. Ottawa (ON): Canadian Psychiatric Association; 2002.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Objectifs de la formation spécialisée (psychiatrie) [Internet]. Ottawa (Ontario) : CRMCC; 2009a [date inconnue]; à <http://crmcc.medical.org/information/index.php?specialty=165&submit=Choisir>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Exigences de la formation spécialisée (psychiatrie) [Internet]. Ottawa (Ontario) : CRMCC; 2009b [date inconnue]; à <http://crmcc.medical.org/information/index.php?specialty=165&submit=Choisir>.
- Leverette JS, Hnatko GS, Persad E. Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada. Ottawa (ON): Canadian Psychiatric Association; 2009.
- Royal College of Psychiatrists (UK). Roles and responsibilities of the consultant in general adult psychiatry [Internet]. London (GB): Royal College of Psychiatrists; 2006 [date inconnue]. à: <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr140.aspx>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Cadre de compétences CanMEDS 2005 [Internet]. Ottawa (Ontario) : CRMCC; 2005 [date inconnue]; à: <http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>.
- Tyurst JS, Chalke FCR, Lawson FS, et al. More for the mind: a study of psychiatric services in Canada. Toronto (ON): Canadian Mental Health Association; 1963.
- Koron LM. Psychiatric manpower ratios. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36:1409–1415.
- Burvill PW, German GA. Estimated manpower requirements for psychiatrists in Australia 1980–91. *Aust N Z J Psychiatry*. 1984;18:53–61.
- Burvill PW. Looking beyond the 1:10,000 ratio of psychiatrists of population. *Aust NZ J Psychiatry*. 1992;26:265–269.
- el-Guebaly N, Beausejour P, Woodside B, et al. The optimal psychiatrist-to-population ratio: a Canadian perspective. *Can J Psychiatry*. 1991;36:9–15.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Excerpts from the 1995 RCPSC specialty physician workforce study. Ottawa (ON); RCPSC; 1996 b.
- Cleghorn JM, Miller GH, Humphrey BC, et al. Psychiatric manpower in Ontario. *Can J Psychiatry*. 1982;27:617–628.
- O'Brien-Pallas L, Baumann A, Donner G, et al. Forecasting models for human resources in health care. *J Adv Nurs*. 2001;33:120–129.
- Goodman DC, Fisher ES, Bubolz TA, et al. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. *JAMA*. 1996;276:1811–1817.
- Floch MH. Benchmarking the physician workforce [letter]. *JAMA*. 1997;277:964–966.
- Faulkner LR, Goldman CR. Estimating psychiatric manpower requirements based on patients' needs. *Psychiatr Serv*. 1997;48:666–670.
- Faulkner LR. Implications of a needs-based approach to estimating psychiatric workforce requirements. *Acad Psychiatry*. 2003;27:241–246.
- Andrews G, Tolkien II Team. Tolkien II: a needs-based, costed, stepped care model for mental health services. 2nd ed. Sydney (AU): World Health Organization Collaborating Centre for Classification in Mental Health; 2007.
- Dial TH, Bersten C, Haviland MG, et al. Psychiatrist and nonphysician mental health provider staffing levels in health maintenance organizations. *Am J Psychiatry*. 1998;155:405–408.
- Faulkner LR, Scully JH, Shore JH. A strategic approach to the psychiatric workforce dilemma. *Psychiatr Serv*. 1998;49:493–497.
- Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2002;180:307–312.
- Storer D. Recruiting and retaining psychiatrists. *Br J Psychiatry*. 2002;180:296–297.
- Royal College of Psychiatrists (UK). Response to the health committee's inquiry into workforce needs and planning for the health service, [Internet] London (GB): Royal College of Psychiatrists; 2005. à: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/RCPsych%20Workforce%20needs%20and%20planning.pdf>.
- US Department of Health and Human Resources, Health Resources and Services Administration. Guidelines for mental health HPSA designation [Internet]. Rockville (MD): US Department of Health and Human Resources, Health Resources and Services Administration; [date inconnue] [cited 2009 Jun 6]. à: <http://www.bhpr.hrsa.gov/shortage/hpsaguidement.htm>.
- US Department of Health and Human Resources, Health Resources and Services Administration. Mental health HPSA designation overview [Internet]. Rockville (MD): US Department of Health and Human Resources, Health Resources and Services Administration; [date inconnue] [cited 2009 Jun 6]. à: <http://www.bhpr.hrsa.gov/shortage/mental.htm>.
- Sekscenski ES, Cultice JM, Politzer RM, et al. Benchmarking the physician workforce [letter]. *JAMA*. 1997;277:964–945.
- Eveland AP, Dever GE, Schafer E, et al. Analysis of health service areas: another piece of the psychiatric workforce puzzle. *Psychiatr Serv*. 1998;49:956–960.
- Lin E, Woodside B. CPA practice profile survey report. Ottawa (ON): Canadian Psychiatric Association; 1997.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 1995 RCPSC specialty physician workforce study. Ottawa (ON): RCPSC; 1996a.
- Association médicale canadienne. Sondage national des médecins [Internet]. Ottawa (Ontario) : AMC; 2009 [date inconnue]; à : <http://www.nationalpsychiciansurvey.ca/nps/home-f.asp>.
- Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2005. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2006.
- Institut canadien d'information sur la santé. Les médecins au Canada : État des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005-2006. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2008a.
- Institut canadien d'information sur la santé. Les médecins au Canada : Paiements à l'acte bruts moyens, 2005-2006. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2007.
- el-Guebaly N. Les effectifs psychiatriques [Énoncé de principe de l'APC] [Internet]. Ottawa (Ontario) : Association des psychiatres du Canada; 1996 [consulté le 28 août 2008]; à : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=221..>
- Regier DA, Myers JK, Kramer M, et al. Historical context, major objectives, and study design. In: Eaton WW, Kessler LG, editors. *Epidemiologic field methods in psychiatry*. New York (NY): Academic Press; 1985.
- Patten SB. Major depression prevalence is very high, but the syndrome is a poor proxy for community populations' clinical treatment needs. *Can J Psychiatry*. 2008;53:411–419.
- Andrews G, Titov N. Changing the face of mental health care through needs-based planning. *Aust Health Rev*. 2007;31 Suppl 1:S122–128.
- Institut canadien d'information sur la santé. Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province, 2009. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2009.
- Association médicale canadienne. L'Alliance sur les temps d'attente [Internet]. Ottawa (Ontario) : AMC; 2008 [date inconnue]; à <http://www.waittimealliance.ca/fre/french/index.htm>.
- Institut canadien d'information sur la santé. Les médecins en exercice au Canada de 1989-1990 à 1998-1999. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2001.
- Institut canadien de l'information sur la santé. Nombre de psychiatres, selon l'âge et le sexe, Canada 2002 et 2007 {Tableau}. Ottawa, Ontario : ICIS; 14 juil. 2009. Selon la Base de données médicales Scott.
- Institut canadien d'information sur la santé. Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2007. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2008 b.

## Planification des ressources humaines psychiatriques au Canada

44. Tyrrell L, Dauphinee D. Task force on physician supply in Canada. Ottawa (ON): Canadian Medical Forum Task Force; 1999.
45. Fletcher SL, Schofield DJ. The impact of generational change and retirement on psychiatry to 2025 [Internet]. BMC Health Serv Res. 2007;7:141. à : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/141>.
46. Lau T, Kumar S, Robinson E. New Zealand's psychiatrist workforce: profile, recruitment, and retention. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38:547-553.
47. Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER). Annuaire de recensement de CAPER 2004-2005 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Association des facultés de médecine du Canada; 2009a [date inconnue]; à : [http://www.caper.ca/download\\_publications\\_fr.php](http://www.caper.ca/download_publications_fr.php).
48. Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER). Annuaire de recensement de CAPER 2008-2009 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Association des facultés de médecine du Canada; 2009 b [date inconnue]; à : [http://www.caper.ca/download\\_publications\\_fr.php](http://www.caper.ca/download_publications_fr.php).
49. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. Tendances dans les inscriptions en première année d'études en médecine selon la faculté de médecine [Internet]. Dans : Canadian Medical Education Statistics 2009, vol 31. Ottawa (Ontario) : Association des facultés de médecine du Canada; 2009 [consulté le 15 mai 2010]; à : <http://www.afmc.ca/publications-statistics-f.php>; tableau 16 à : <http://www.afmc.ca/pdf/EnrolYr1byFac2009-5.pdf>.
50. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. Inscriptions aux facultés de médecine selon le sexe, 1968-1969 à 2009-2010 [Internet]. Dans : Canadian Medical Education Statistics 2009, vol 31. Ottawa (Ontario) : Association des facultés de médecine du Canada; 2009 [consulté le 16 mai 2010]; à <http://www.afmc.ca/publications-statistics-f.php>; tableau 8 à <http://www.afmc.ca/pdf/EnrolbySex2009-2.pdf>.
51. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada. Diplômes de médecin décernés dans les universités canadiennes de 1940 à 2009 selon le sexe [Internet]. Dans : Canadian Medical Education Statistics 2009, vol 31. Ottawa (Ontario) : Association des facultés de médecine du Canada; 2009 [date inconnue]; à <http://www.afmc.ca/publications-statistics-f.php>; tableau 27 à <http://www.afmc.ca/pdf/cmec/CMES2009.pdf>.
52. Service canadien de jumelage des résidents (CARMS). Statistiques R-1 – Choix de carrière des candidats canadiens; 2002-2009. Ottawa (Ontario) : CARMS; 2009 [date inconnue]; à : [http://www.carms.ca/fre/operations/R1stat\\_f.shtml](http://www.carms.ca/fre/operations/R1stat_f.shtml).
53. Ryten E, Thurber D, Buske L. The class of 1989 and post-MD training. CMAJ. 1998;158:731-737.
54. Bland R, Newman S, Orn H. Health care utilization for emotional problems: results from a community survey. Can J Psychiatry. 1990;35:397-400.
55. Barer ML, Stoddart GL. Toward integrated medical resource policies for Canada [Report prepared for Federal/Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health]. Vancouver (BC): University of British Columbia; Centre for Health Services and Policy Research; 1991.

