

**Personnel cadre de la santé au Canada :  
Analyse des enjeux associés aux ressources  
humaines et des lacunes en matière  
d'information**

**Rapport de discussion**

**Rapport établi par :  
Christine Da Prat  
Association Strategy Group  
Le 14 février 2006**

**Pour :  
Le Collège canadien des directeurs de service de santé, en partenariat  
avec l'*Academy of Canadian Executive Nurses*, la Société canadienne des  
médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des  
compétences Canada**

## TABLE DES MATIÈRES

	Résumé .....	3
1.0	Introduction .....	5
	1.1 Objectifs .....	9
	1.2 Méthode .....	9
2.0	Définition du personnel cadre.....	10
3.0	Enjeux associés aux ressources humaines.....	12
	3.1 Planification et prévision des besoins en RHS.....	14
	3.2 Offre de personnel cadre .....	16
	3.3 Production de personnel cadre .....	18
	3.4 Gestion, organisation et prestation des services dans le continuum de la santé et le milieu de travail .....	23
4.0	Lacunes en matière d'information et de statistiques.....	24
5.0	Conclusion .....	25
6.0	Références .....	28

ANNEXE A Rôles non compris dans la définition de leader/dirigeant de services de santé (*en anglais seulement*)

ANNEXE B Liste des définitions dans le CNP pertinentes pour les leaders/dirigeants de services de santé (*en anglais seulement*)

## Résumé

Depuis cinq ans, la planification des ressources humaines est une des priorités du secteur de la santé. Les gouvernements et le milieu des soins de santé ont commandé plusieurs études sur le sujet. Celles-ci explorent les principaux enjeux relatifs aux ressources humaines dans la profession. Malheureusement, le personnel cadre n'a pas été inclus dans ces études malgré le besoin d'une étude sectorielle nationale sur les dirigeants et les gestionnaires de services de santé, et les nombreuses questions entourant les ressources humaines et les besoins en matière de compétences avec lesquels ils sont aux prises.

Cette situation a incité le Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS), l'Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) et la Société canadienne des médecins gestionnaires (SCMG) à solliciter des fonds de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) pour explorer la faisabilité d'une étude nationale sur le personnel cadre de la santé au Canada. Un bon nombre de ces activités ont été réalisées au cours de l'année 2005 et le CCL a recommandé la confection d'un rapport de synthèse sur les travaux accomplis qui ferait plus précisément ressortir les lacunes en matière d'information ou de statistiques.

Quatre documents présentés au CCL sur les résultats des travaux ont été examinés pour établir le rapport de synthèse. L'information tirée de ces documents a permis de proposer une définition du personnel cadre du secteur de la santé pour les fins d'une étude sectorielle nationale sur les ressources humaines dans ce secteur. Le rapport de synthèse résume les principales questions relatives aux ressources humaines à partir des paramètres exposés dans le Cadre conceptuel des ressources humaines créé par O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Bauman et Birch. La disponibilité de données complètes et cohérentes est le plus grand obstacle à une étude nationale sur le personnel cadre de la santé. On constate une absence de volonté politique envers des normes communes ou un système uniformisé de collecte des données, et même si des efforts sont déployés pour régler le problème des données dans la planification des ressources humaines de la santé, des organismes nationaux comme l'ICIS se fient aux statistiques fournies par les provinces et les territoires. La comparabilité des statistiques provinciales est loin d'être certaine.

Le fait que le secteur ne soit pas réglementé est une des raisons qui expliquent le manque de données fiables. Les méthodes de collecte et de publication, le contenu, la présentation, les éléments, les définitions et les délais impartis fluctuent énormément. En outre, il y a fort à parier que les statistiques provenant des organisations ont été recueillies en fonction de leur mandat et

de leurs intérêts propres. Il faudra collecter des données de base (p. ex., le nombre de cadres des services de santé) avant de s'attaquer aux questions de recherche fondamentale que soulève la planification des ressources humaines.

Il existe néanmoins des ouvertures pour que le personnel cadre du secteur de la santé commence à se pencher sérieusement sur le problème de ses ressources humaines. Il pourrait envisager notamment une forme de collaboration avec les autorités fédérales, provinciales et territoriales, étant donné la priorité que celles-ci accordent à la planification des ressources humaines en santé. Des partenariats pourraient aussi être formés avec des organismes de recherche sur la santé, vu l'urgence de la production de données crédibles. La sensibilisation aux défis de la recherche donne aussi l'occasion de mettre au point le cadre d'une étude nationale sur les ressources humaines qui pourrait s'inspirer des résultats et des leçons tirées d'autres études sur le sujet. Une étude sectorielle nationale donnerait la possibilité de trouver quelques réponses à bien des questions.

## 1.0 Introduction

Depuis cinq ans, la planification des ressources humaines est devenue une priorité non seulement dans le secteur de la santé mais dans d'autres secteurs d'activité. Cela s'explique en partie par les restructurations massives et les coupures draconiennes dont les Canadiens ont été témoins en particulier dans le système de soins de santé et qui ont provoqué des pénuries dans plusieurs professions de la santé. Les gouvernements et le milieu des soins de santé, y compris les organismes de recherche, ont commandé des études pour y faire face. Ainsi, Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), en collaboration avec Santé Canada et d'autres intéressés, ont financé récemment des études nationales sur les soins à domicile, les infirmières, les médecins et les soins buccodentaires. Des travaux sont également en cours sur la profession de pharmacien et des propositions concernant d'autres secteurs et professions de la santé sont examinées.

Ces études explorent les grands enjeux associés aux ressources humaines dans la profession. Malgré sa représentativité impressionnante au sein de nombreux groupes, le personnel cadre n'y est pas inclus. Une étude situationnelle menée en 2005 par Lorna Romilly pour le Comité consultatif du leadership (CCL) a constaté que les projets de recherche d'envergure nationale sur le sujet étaient rarissimes. La majeure partie de la documentation traitée du leadership dans le monde des affaires et provient surtout des États-Unis. Il existe très peu d'études et d'analyses sur le personnel cadre de la santé en général et encore moins sur le personnel cadre de la santé au Canada. Ce n'est que depuis peu que les dirigeants de services de santé font l'objet de discussions et d'autres activités connexes. Le Québec, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador sont les seules provinces qui ont mené des études sectorielles sur le personnel cadre de la santé et celles-ci ont été résumées comme suit dans le rapport Romilly.

**Tableau 1**

**Aperçu des activités nationales, provinciales et territoriales  
concernant le personnel cadre du secteur de la santé au Canada**

Domaine	Activité		
	Nationale/fédérale	Provinciale/ territoriale	Association ou groupe de recherche
Planification et prévision des ressources humaines de la santé	<b>Santé Canada – Planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé –</b>	<i>A Study of Newfoundland and Labrador's Health and Community System Managers. A Report</i>	<b>Centre de référence des directeurs généraux et des cadres – Étude publiée en novembre 2001 sur</b>

Domaine	Activité		
	Nationale/fédérale	Provinciale/territoriale	Association ou groupe de recherche
(personnel cadre des services de santé) (planification de la relève comprise)	<p>Santé Canada travaille avec les provinces, les territoires et les intervenants clés afin de trouver le meilleur moyen de répondre à la demande d'une approche pancanadienne et coordonnées de planification des RHS fondée sur des données probantes. Le <b>Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et des ressources humaines</b> a joué un rôle majeur dans le travail concerté de l'année 2003-2004. Ce comité fédéral/provincial/territorial relève de la Conférence des sous-ministres. Son mandat consiste à fournir des conseils stratégiques fondés sur des données probantes, à soutenir l'élaboration des politiques et des plans relatifs à la planification des RHS, et à assurer la liaison avec d'autres initiatives.</p>	<p><b>of the Management Survey and Audit</b>, 7 avril 2003. - L'étude visait à établir un profil démographique des gestionnaires du système de santé et du réseau communautaire et à dégager les enjeux clés de ce groupe.</p> <p><b>Newfoundland and Labrador Health and Community Services Human Resource Planning Steering Committee. Final Report</b>, juillet 2003 – Health and Community Services Human Resources Sector Study – Comprend des recommandations sur la planification intégrée, le leadership en matière de systèmes, la planification de la relève et une offre de main-d'œuvre appropriée.</p> <p><b>Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest</b> <i>Plan d'action 2002-2005 : Rapport périodique, avril-septembre 2003</i> – On y annonce la mise au point d'un plan global des ressources humaines et de modules de compétences pour les postes en gestion et</p>	<p>les besoins en cadres supérieurs et intermédiaires dans les services sociaux et de santé au Québec. Le document porte sur la période de 2000 à 2010.</p> <p><i>Rapport sur les hôpitaux de l'Ontario 2003</i> – On signale que 75 % des hôpitaux ontariens disent avoir un mécanisme officiel d'entrevue des médecins pour les postes de direction, mais que 27 % seulement des hôpitaux ont des plans de relève pour les postes de haute direction.</p> <p>Le CCDSS travaille de concert avec 30 organismes nationaux de soins de santé afin d'élaborer une approche mieux coordonnée à l'effort national sur les RHS.</p> <p>De concert avec l'ACEN, la Société canadienne des médecins gestionnaires et d'autres organismes, le CCDSS a amorcé un projet qui examinera les défis actuels et futurs de la profession de gestionnaire en soins de santé.</p>

Domaine	Activité		
	Nationale/fédérale	Provinciale/ territoriale	Association ou groupe de recherche
		<p>ressources humaines dans tout le réseau et, à l'échelle du gouvernement, ainsi que des paramètres et des activités de planification de la relève. Un programme d'affectation des cadres a commencé en juin 2003 dans le cadre de la planification de la relève.</p> <p><b>Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2001</b> <i>Les solutions émergentes – Rapport et recommandations –</i> La moitié des cadres supérieurs atteindront l'âge de la retraite d'ici 5 ans; on a de la difficulté à recruter et à conserver des cadres bien formés; un chapitre porte sur la gouvernance : clarification des rôles et raffermissement de l'imputabilité des cadres supérieurs. On recommande au ministère d'élaborer un programme visant à préparer les futurs directeurs généraux.</p>	
Offre		<p><b>Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse</b> – <i>A Study of Health Human Resources in Nova Scotia</i>, 2003. Comporte plusieurs</p>	<p><i>Étude de milieu</i> effectuée pour la <b>Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé</b> – Le</p>

Domaine	Activité		
	Nationale/fédérale	Provinciale/ territoriale	Association ou groupe de recherche
		<p>chapitres offrant des données sur les cadres du secteur de la santé; on analyse les caractéristiques de l'effectif, ainsi que les questions relatives à l'offre de main-d'œuvre, à la formation et à la qualité de vie au travail.</p> <p><b>Québec, 2001</b> – Étude sur les directeurs de services de santé et de services sociaux – 72 % des personnes occupant des postes de cadre devront être remplacées d'ici 2010.</p> <p>En C.-B., il y avait un « Roll Call » préparé par la section des ressources humaines en santé de l'université UBC. Ce dénombrement des cadres supérieurs des services de santé était effectué par le ministère de la Santé tous les deux ans. Il a été abandonné en 1999 à la suite de compressions budgétaires.</p>	<p>problème des ressources humaines en santé doit être la priorité numéro 1 de la recherche – on a besoin de prévisions fiables; il faut s'attaquer au problème des pénuries et combler le vide en matière de leadership.</p> <p><i>À l'écoute</i> : cinq partenaires gouvernementaux et groupes de recherche ont dégagé 15 thèmes jugés prioritaires pour les deux à cinq prochaines années – la grande priorité : les ressources humaines de la santé – on s'inquiète du vide de leadership dans les structures de gestion et d'élaboration des politiques.</p>
Production	<i>The Changing Role of Canadian Healthcare CEOs: Results of a National Survey, 2001</i> – Ce rapport traite de la préparation de carrière, des compétences et des qualités, passées,	Il existe plusieurs programmes universitaires en administration des services de santé, en administration des affaires et en formation du personnel cadre	<b>Formation en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (Programme FORCES)</b> – Partenariat de la FCRSS et

Domaine	Activité		
	Nationale/fédérale	Provinciale/territoriale	Association ou groupe de recherche
	<p>actuelles et futures (108 répondants) – échantillon de taille modeste, applicabilité limitée, mais résultats révélateurs – traite également de certains aspects dans d’autres domaines.</p>	<p>dans l’ensemble du pays, mais il n’y a pas de mécanisme central de collecte des données sur ceux qui sont devenus des cadres supérieurs du secteur de la santé.</p>	<p>du CCDSS – programme de bourses de deux ans conçu pour enseigner aux dirigeants du secteur de la santé comment appliquer les données probantes de la recherche dans l’exercice de leurs fonctions de tous les jours.</p> <p>Alliance stratégique du CCDSS avec l’ACRSPC pour jeter des ponts plus solides entre la recherche et la pratique.</p> <p>Le CCDSS a lancé une campagne de levée de fonds d’un million de dollars pour la mise sur pied d’un nouveau Centre canadien de leadership en soins de santé.</p> <p>Le CCDSS travaille avec de nombreux partenaires afin d’élargir les perspectives de formation en leadership pour les dirigeants du secteur de la santé.</p>
Gestion/organisation et prestation des services			<p>Le <i>Bilan de l’évolution des systèmes de santé</i> dans toutes les provinces, établi par le CCDSS, comporte une rubrique sur la gouvernance et la gestion.</p>

Domaine	Activité		
	Nationale/fédérale	Provinciale/ territoriale	Association ou groupe de recherche
			Le CCDSS et d'autres intéressés étudient l'élaboration d'un programme d'employeurs préférés et d'employés de choix au Canada.

Source : Romilly, L. (2005). *Analyse situationnelle des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Rapport établi pour le Collège canadien des directeurs de services de santé en partenariat avec l'Academy of Canadian Executive Nurses, la Société canadienne des médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

Le rapport Romilly convient de la nécessité d'une étude sectorielle nationale sur le personnel cadre de la santé, compte tenu des nombreuses questions relatives aux ressources humaines et des besoins en matière de compétences avec lesquels la profession est aux prises. C'est la raison pour laquelle le Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS) et ses partenaires, l'Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) et la Société canadienne des médecins gestionnaires (SCMG), ont présenté une demande de financement à Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) pour explorer la possibilité de mener une étude sectorielle nationale sur le personnel cadre de la santé, dans l'optique des ressources humaines.

Le Comité consultatif du leadership (CCL), composé de représentants du secteur, a été formé pour orienter les activités entourant cette étude, notamment la définition du personnel cadre de la santé, l'ampleur des besoins en information générale et en données clés, l'établissement d'un modèle de gouvernance et la confection d'une liste de personnes pouvant éventuellement faire partie des comités directeurs de l'étude. Le CCL a recommandé en outre que le rapport résume les activités accomplies au cours de la dernière année et fasse ressortir les lacunes en matière d'information et de statistiques.

## 1.1 Objectifs

Le but global consiste à fournir une synthèse des résultats des consultations intensives et des travaux accomplis avec le Comité consultatif et le Groupe de travail dans la planification d'une *Étude exhaustive sur des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Ce but sera atteint dans la poursuite des objectifs suivants :

- Déterminer les lacunes en matière d'information sur les dirigeants et le personnel cadre du secteur de la santé à partir des documents antérieurs établis pour le CCL;
- Résumer les conclusions des documents et des rapports antérieurs au sujet d'une éventuelle étude sectorielle exhaustive sur les ressources humaines.

## 1.2 Méthode

Quatre documents ont été examinés pour les fins du présent rapport :

- *L'Analyse situationnelle* de Lorna Romilly;
- *Le Rapport récapitulatif de l'atelier national des intervenants : Besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*;
- *Le Rapport du groupe de travail sur le leadership* (juin 2005); et
- *La Recherche sur la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada* effectuée par Lynn Curry.

La première version du rapport a été examinée par le CCL au cours d'une téléconférence. Les révisions proposées ont été incorporées dans la deuxième ébauche qui a abouti au document de discussion intitulé : *Synthesis of the Human Resource Issues and Gaps for Health Care Leaders/Managers*.

## 2.0 Définition du personnel cadre

Avant d'entreprendre une étude exhaustive sur le personnel cadre de la santé au Canada, il convient de définir clairement la population cible afin de déterminer les paramètres de l'étude. Même s'il existe déjà plusieurs définitions, dont celles qu'utilisent Statistique Canada et le gouvernement fédéral (Classification nationale des professions), on a procédé à une revue détaillée de ces définitions, à des consultations auprès des dirigeants de services de santé de tout le Canada, et à un exercice de modélisation analytique des décisions comprenant un sondage

mené en deux temps auprès de 56 experts dans l'ensemble du Canada. Au total, 79 questionnaires ont été distribués et le taux de réponse a été de 71 %. Les résultats ont été examinés par le CCL, qui a proposé ensuite la définition finale du sous-secteur du personnel cadre de la santé pour les fins d'une étude sur les ressources humaines du secteur de la santé.

Au point de départ, un dirigeant de services de santé est une *personne qui établit une vision et des objectifs et qui mobilise et gère les ressources qui permettront d'offrir un service ou un produit ou de susciter un changement conformes à la vision et aux objectifs*<sup>1</sup>. Sont donc inclus dans cette définition les superviseurs, les gestionnaires et les cadres supérieurs dans les milieux de travail suivants :

- systèmes de prestation de soins de santé financés à même les fonds publics : soins actifs, soins primaires, soins de longue durée, services de réadaptation;
- organismes de promotion de la santé et organisations de soins de santé intégrés;
- services de santé basés sur une médecine traditionnelle non-occidentale;
- établissements d'enseignement supérieur (premier dirigeant de chacune des disciplines reliées à la santé);
- associations, fondations ou autres organisations non gouvernementales;
- services et organismes gouvernementaux responsables des soins de santé;
- organismes de financement;
- systèmes de soins de santé privés sans but lucratif.

Les dirigeants de services de santé accrédités par le Collège canadien des directeurs de services de santé, ainsi que les personnes assumant les rôles suivants dans les milieux de travail mentionnés ci-dessus entrent également dans la définition<sup>2</sup> :

---

<sup>1</sup> *Rapport récapitulatif de l'atelier national des intervenants : Besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*, 23 et 24 mars 2005.

<sup>2</sup> *Recherche sur la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada : Résultats de l'exercice de modélisation analytique des décisions et Recommandations*. Rapport établi pour le Comité consultatif par Lynn Curry, Ph.D., 5 décembre 2005.

- superviseurs directs des prestataires de soins;
- conseillers-cliniciens auprès des prestataires de soins directs;
- gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs;
- conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs;
- superviseurs directs des fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage);
- gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage);
- conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage);
- membres de l'équipe de dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs;
- conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs;
- présidence du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs;
- membres du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs;
- conseillers stratégiques auprès de la présidence et des membres du conseil d'administration et de l'équipe de dirigeants des établissements offrant des soins directs;
- cadres supérieurs des autorités gouvernementales responsables d'un aspect quelconque de la prestation de services de santé;
- conseillers en matière de santé auprès des autorités gouvernementales;
- cadres supérieurs assumant un rôle d'administrateur ou de dirigeant au sein d'une agence, d'une organisation, d'une association, d'une fondation ou d'une ONG chargée d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé.

L'inclusion de la présidence et des membres du conseil d'administration devra être réexaminée afin de déterminer les compétences et les qualités requises pour remplir ces fonctions.

Un sondage auprès de 56 dirigeants de services de santé de tout le Canada et, par la suite, le CCL ont déterminé les rôles qui ne seront pas inclus dans la définition du personnel cadre de la santé (voir l'Annexe A). L'exclusion de ces rôles n'en diminue pas pour autant leur importance. Il s'agit plutôt de tracer une ligne quelque part afin de pouvoir disposer de ressources suffisantes et de centrer la recherche.

La définition du personnel cadre de la santé se rapproche passablement de la Classification nationale des professions (CNP)<sup>3</sup> dont se sert Statistique Canada pour la collecte des données sur la population active et des données de recensement. La CNP comprend des catégories qui incluent les cadres supérieurs du domaine de la santé, notamment les groupes de base 0014, 0411, 0311, 3151 et 4165 (voir l'Annexe B pour les définitions). Le problème est que certaines d'entre elles englobent des *appellations d'emploi* qui n'ont rien à voir avec le domaine de la santé. La principale limite des différences entre les deux définitions est la capacité d'utiliser les données de Statistique Canada ou d'autres organismes de recherche qui se servent de la CNP pour définir les professions. Si on n'emploie pas les définitions de la CNP, d'autres sources qui se servent d'une définition plus similaire du personnel cadre de la santé devront être explorées ou il faudra collecter les données nécessaires à l'aide d'une enquête exhaustive qui pourrait s'avérer dispendieuse.

### **3.0 Enjeux associés aux ressources humaines**

Le mandat de l'analyse situationnelle confiée à Romilly était le suivant :

- déterminer les besoins en matière de données clés et d'information générale;
- passer en revue l'information existante sur le personnel cadre; et
- déterminer les obstacles et explorer les possibilités en vue d'une étude exhaustive sur le personnel cadre de la santé au Canada<sup>4</sup>.

---

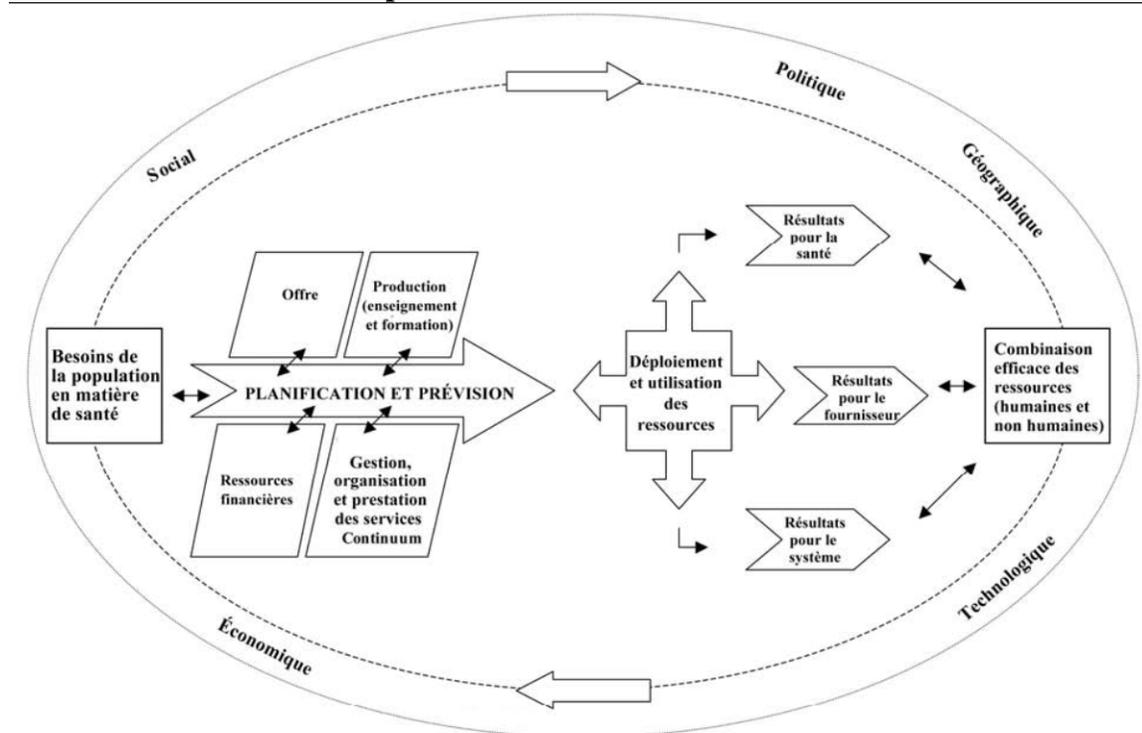
<sup>3</sup> Classification nationale des professions (CNP) : la CNP est un outil qui permet de comprendre le monde du travail au moyen d'un système normalisé. Il décrit les fonctions, les compétences, les intérêts, les aptitudes, les exigences de scolarité et le milieu de travail entourant les professions du marché du travail canadien. Les orienteurs professionnels aussi bien que les chercheurs d'emploi, les statisticiens et les analystes du marché du travail utilisent ce système pour organiser et interpréter les statistiques et les autres données se rapportant au marché du travail.

<sup>4</sup> Romilly, L. (2005) *Analyse situationnelle des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Rapport établi pour le Collège canadien des directeurs de services de santé en partenariat avec l'Academy of Canadian Executive Nurses, la Société canadienne des médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

Romilly s'est servie du Cadre conceptuel des ressources humaines de la santé établi par O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Bauman et Birch pour orienter sa collecte de données et d'information sur l'offre et la production de personnel cadre, ainsi que sur la gestion, l'organisation et la prestation de services en relation avec l'offre. La planification et la prévision des besoins en ressources humaines ont été incluses dans la recherche, exception faite des ressources financières. Aucune donnée n'ont été recueillies pour cette dernière composante du Cadre (voir Figure 1).

Le Cadre conceptuel des ressources humaines de la santé (RHS) expose l'environnement de la planification et différents facteurs pouvant influencer sur elle. Plusieurs organismes de recherche, notamment Statistique Canada et l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) se servent de ce cadre. Les auteurs du rapport intitulé *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport de synthèse de la recherche* se sont également servis de ce cadre dans leurs travaux.

**Figure 1**  
**Cadre conceptuel des ressources humaines de la santé**



Source: *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport de synthèse de la recherche, 2005.*

Compte tenu du cadre conceptuel ci-dessus, les données et l'information sont discutées ici par rapport aux thèmes suivants abordés dans l'analyse situationnelle : planification et prévision des besoins en ressources humaines de la santé (RHS); offre de personnel cadre; production de personnel cadre; gestion, organisation et prestation des services dans le continuum de la santé et le milieu de travail. La majeure partie de l'information provient de l'analyse situationnelle effectuée pour le compte du CCL au printemps 2005.

### **3.1 Planification et prévision des besoins en RHS**

Plusieurs commissions sur les services de santé se sont prononcées récemment en faveur d'une planification très intégrée des ressources humaines. En outre, les premiers ministres ont conclu en 2003 un accord prévoyant le lancement de stratégies coopératives aux fins suivantes :

- renforcer les arguments probants en faveur d'une planification nationale;
- promouvoir la formation interdisciplinaire des fournisseurs;
- améliorer les pratiques de recrutement et de maintien des effectifs;
- constituer un réservoir de fournisseurs de services de santé.

Le budget fédéral de 2003 prévoyait aussi 85 millions de dollars sur cinq ans pour l'amélioration de la planification et de la coordination des RHS à l'échelle nationale, notamment de meilleures prévisions sur les besoins en RHS. L'accord des premiers ministres signé en 2004 et le budget de 2005 comportaient également des dispositions sur les RHS<sup>5</sup>.

Dans leur étude de milieu menée pour le compte de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques signalent que la question des ressources humaines est, pour tous les groupes, une des grandes priorités de la recherche en ce qui a trait notamment au recrutement et au maintien des effectifs, à la qualité du milieu de travail et aux modèles de planification. On ajoute qu'une des priorités des régies régionales de la santé et des hôpitaux universitaires est de « combler les pénuries » d'infirmières, de médecins et d'administrateurs des services de santé.

La planification des RHS a beau être une grande priorité pour de nombreux groupes du système de santé, elle n'en demeure pas moins un véritable casse-tête. La planification aux échelons provincial, territorial et national se complique en raison du grand nombre de personnes, de groupes et d'organisations qui ont leur mot à dire. Il existe une multitude de professions dans le

---

<sup>5</sup> Ibid.

secteur de la santé et la planification se fait par profession et par discipline, d'où le dédoublement des efforts, la concurrence, le manque de coordination, les redites et, à l'occasion, une confusion totale.

Par le passé, les prévisions étaient concentrées sur les besoins en médecins. Plus récemment, on a commencé à établir des modèles pour le personnel des soins infirmiers. Même si différents modèles ont été employés, leur envergure était plutôt restreinte. À présent, les méthodes de planification et de modélisation aux fins de la planification des RHS s'élargissent et englobent davantage de variables ainsi que des facteurs systémiques<sup>6</sup>. Les chercheurs proposent de nouvelles façons de générer de l'information, par exemple une base de données minimale pour appuyer la planification des effectifs, plutôt que des modèles spécifiques, comme en témoigne une initiative récente de Santé Canada. Ce ministère a en effet entrepris, de concert avec les provinces, les territoires, les principaux intervenants et l'ICIS, un projet visant à établir les indicateurs et les éléments d'une base de données minimales sur les ressources humaines en santé au Canada, de façon à constituer un fonds commun de renseignements pour la recherche en RHS. Santé Canada a également commandé au Centre des statistiques sur l'éducation (CSE) de Statistique Canada une étude sur l'interface entre l'éducation, la formation et l'offre de main-d'œuvre sur le marché du travail. Le projet identifiera en outre les lacunes dans les données et recommandera des stratégies pour y remédier. Les dirigeants des services de santé sont inclus dans les professions réglementées qui feront l'objet de cette recherche.

À l'exception du projet du CES, la plupart des initiatives sur la planification des RHS portent sur les professionnels de la santé cliniciens et non sur le personnel cadre de la santé<sup>7</sup>. Les dirigeants de services de santé ne sont d'ailleurs mentionnés nulle part dans l'engagement du gouvernement fédéral de participer à la planification des RHS avec les parties prenantes.

Dans tous les milieux de la santé au Canada on s'accorde à dire que la planification des RHS est un enjeu important et demeurera une priorité pour les années à venir. Même si des travaux sont en cours en collaboration avec les parties prenantes, il reste encore bien des défis à surmonter dans la planification et la collecte de données fiables pour l'ensemble des intervenants du secteur de la santé. Les cadres supérieurs, en particulier, n'ont commencé que tout récemment à faire l'objet de discussions concernant la planification des RHS.

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid.

### 3.2 Offre de personnel cadre

Veiller à ce qu'il y ait « un effectif adéquat de cadres possédant les compétences appropriées et prêts à diriger et à administrer des services de santé où et quand c'est nécessaire est un problème complexe sur lequel influent de nombreux facteurs »<sup>8</sup>. Aussi bien dans le milieu des soins de santé que dans les milieux gouvernementaux, ce qu'on entend par un « effectif adéquat » est la pierre d'achoppement dans la plupart des discussions. Il faut d'abord bien comprendre en quoi consiste une « pénurie » avant de s'attaquer à ce problème.

Il existe très peu de données sur l'offre de personnel cadre et celles que nous possédons sont très variables, en raison des méthodes de diffusion et d'enregistrement employées par les organismes qui les ont recueillies. Ainsi, le mémoire présenté en 2001 à la Commission Romanow par le CCDSS faisait état d'un « décroissement inquiétant » dans les rangs des directeurs de services de santé depuis cinq à sept ans, en partie en raison de la fusion des organisations et en partie en raison du vieillissement des cadres supérieurs qui étaient proches de la retraite<sup>9</sup>. En 2002, l'ICIS signalait que le nombre de directeurs de services de santé membres du CCDSS était passé à 2 308, soit une baisse de 19,5 % par rapport aux 2 868 membres qu'il comptait en 1993<sup>10</sup>. Dans toutes les provinces, on a constaté une diminution du nombre de membres, la plus forte s'étant produite à l'Î.-P.-É. (73,5 %). L'adhésion au CCDSS étant volontaire, il est difficile de cerner les motifs de cette diminution car bien des facteurs ont pu entrer en jeu.

D'après Statistique Canada, le « taux d'approche de la retraite » — le pourcentage de travailleurs qui sont à 10 ans ou moins de l'âge médian de la retraite — sera susceptible d'augmenter à mesure que la génération du baby-boom se dirigera vers la préretraite. Le rapport précise que :

*Ce sont les postes de gestionnaires en général qui seront le plus durement touchés par le départ à la retraite des baby-boomers. Le secteur [...] des soins de santé est particulièrement vulnérable, puisqu'il compte une forte proportion de gestionnaires et de professionnels. Ces derniers ont tendance à être parmi les employés les plus âgés compte tenu de l'expérience accrue exigée pour les gestionnaires et du niveau de scolarité élevé demandé dans le cas des employés professionnels<sup>11</sup>.*

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ibid.

L'Enquête sur le milieu de travail et les employés menée en 2000 par Statistique Canada signale en outre que les gestionnaires et les employés professionnels du secteur de l'enseignement et des soins de santé sont environ cinq ans plus âgés que les salariés qui œuvrent dans d'autres secteurs ayant des exigences élevées en matière de scolarité.

Les études effectuées par le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Alberta en arrivent à des conclusions similaires. Elles donnent plusieurs raisons pour expliquer la diminution du nombre de dirigeants de services de santé, toutes étant rattachées à la problématique du recrutement et du maintien des effectifs. Le Québec ajoute que les échelles salariales de moins en moins concurrentielles peuvent expliquer la difficulté qu'éprouve la province à recruter et à retenir des cadres bien formés<sup>12</sup>.

L'étude du Québec signale en outre que l'intérêt pour les postes de dirigeants semble avoir diminué ces dernières années en raison du manque de reconnaissance du travail des cadres supérieurs, des lourdes charges de travail, du manque de transparence dans les décisions, du manque de collaboration, de la difficulté de maintenir un équilibre entre le travail et la vie personnelle, du manque d'autonomie, du manque de ressources techniques et humaines pour les appuyer dans leurs fonctions et d'une rémunération inadéquate; on mentionne aussi l'absence de planification de la relève et de consensus sur les compétences requises. L'étude menée à Terre-Neuve-et-Labrador fait également état de l'insatisfaction des cadres supérieurs à l'égard de la rémunération et de la charge de travail, et y ajoute les possibilités restreintes de perfectionnement professionnel<sup>13</sup>.

Les intervenants (un petit nombre) interviewés par Romilly pour les fins de l'étude situationnelle étaient d'avis que les professionnels de la santé quittaient le milieu en raison de la pression trop forte et parce que le travail grugeait trop de leur temps<sup>14</sup>. Il faudrait plus de gestionnaires pour soutenir le système, étant donné les effectifs considérables qui relèvent d'un seul dirigeant. Certains intervenants estimaient en outre que la qualité des candidatures aux postes de cadres diminuait alors que les attentes étaient en hausse et que les fonctions s'élargissaient. L'enquête menée par Pollara en 2001 a révélé que seulement 7 % des 200 administrateurs échantillonnés par l'Association canadienne des soins de santé étaient entièrement d'accord avec l'énoncé suivant :

---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Ibid.

nous aurons suffisamment de gestionnaires bien formés et expérimentés pour répondre aux besoins futurs du système de santé; 68 % se sont dits totalement en désaccord<sup>15</sup>.

Même si on ne dispose pas d'une mine de renseignements et de statistiques pour examiner les enjeux de l'offre de personnel cadre de la santé, il ressort de certaines études provinciales et des études générales nationales sur le leadership que le recrutement et le maintien en poste sont les deux grands facteurs critiques de la « crise imminente du leadership » sur lesquels il faudra se pencher. Il importe avant tout de déterminer précisément le nombre de dirigeants de services de santé et, à cet égard, le manque de données nationales fiables pose un énorme défi. L'analyse situationnelle L'analyse situationnelle signale toutefois plusieurs questions relatives au recrutement et au maintien en poste qui pourraient faire l'objet de futures recherches. Lorsqu'on comprendra mieux l'impact de ces questions, on sera mieux en mesure de trouver des solutions aux problèmes de l'offre de personnel cadre du secteur de la santé.

### **3.3 Production de personnel cadre**

Pour « produire » des cadres, il faut d'abord savoir quelles sont les compétences, c'est-à-dire les connaissances, les habiletés et les attributs qu'il leur faut pour faire le travail – formation, études, capacités de leadership, d'accompagnement, de mentorat et de planification de la relève. On constate une grande disparité dans la définition des compétences minimales et dans le niveau de scolarité des cadres. Dans le sondage national mené auprès de 108 dirigeants de services de santé en 2001, 80 % ou plus des répondants possédaient l'équivalent d'une maîtrise<sup>16</sup> et 51 % étaient détenteurs d'une maîtrise en gestion des services de santé (MHA). Un peu plus de 7 % possédaient une maîtrise en administration des affaires (MBA), 3,7 % un doctorat en médecine (M.D.) et près de 3 % un doctorat en philosophie (Ph. D)<sup>17</sup>. Dans l'étude de Terre-Neuve, par contre, seulement 19 % des répondants étaient détenteurs d'une maîtrise et 3 % d'un doctorat en médecine. La majorité des répondants (67 %) avait fait des études menant à l'obtention d'un certificat, d'un autre diplôme ou d'un baccalauréat. Dans le rapport de cette étude, on a recommandé que le gouvernement et les conseils de la santé définissent les compétences minimales que doit posséder le personnel de direction du système de santé et du réseau communautaire, et mettent au point des plans d'apprentissage pour l'acquisition de ces compétences<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

Deux initiatives portant sur les niveaux de scolarité en général ont été entreprises au Canada. L'une étudie la pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées et a pour objectif de fournir à ces collectivités de l'information sur les meilleurs moyens d'attirer, de conserver et d'épauler les infirmières autorisées. L'autre initiative, menée par le CES de Statistique Canada, vise à mesurer l'impact de l'éducation et de la formation sur l'offre de travailleurs débutants dans le secteur de la santé et toute une variété de flux entre la scolarité et les professions de la santé. Une section du rapport traitera des dirigeants de services de santé. Certains des objectifs et des résultats de ces études pourraient s'appliquer au personnel cadre de la santé.

Le CCDSS, la documentation canadienne récente, des symposiums et des groupes témoins ont commencé à se pencher sur les compétences et les capacités que devront posséder les futurs dirigeants de services de santé. Même si les thèmes varient et qu'il s'agit d'observations préliminaires, c'est quand même un point de départ (voir le résumé au Tableau 2). Les besoins futurs du système de soins de santé et les changements éventuels dans la conception des organisations devraient aussi faire l'objet de recherches, car ils auront des répercussions sur les compétences que devront posséder les leaders de demain dans le secteur de la santé.

**Tableau 2**  
**Résumé des compétences et des capacités identifiées**

<b>Compétences / Capacités</b>	<b>Compétences / Capacités spécifiques</b>
Communication	Relations publiques Capacité de faire partager des valeurs et une vision Écoute active Communication verbale Élaboration de politiques
Engagement envers le consommateur	Déterminer, évaluer et mettre en œuvre des stratégies et des procédés Évaluer et améliorer la qualité, la sûreté et la valeur des soins de santé Intégrer les besoins individuels et collectifs et optimiser les possibilités d'amélioration de la santé de la population
Capacité d'entretenir des relations efficaces	Stimuler l'amélioration du rendement Être capable de déléguer, de valoriser le travail d'équipe et de susciter la collaboration  Bâtir des relations, des réseaux et des alliances Entretenir des relations coopératives et procéder à des échanges d'information efficaces Simuler la responsabilité sociale et le sens du devoir Entretenir de bonnes relations avec le conseil d'administration Entretenir de bonnes relations avec le public Exercer de l'influence sur les autres Bâtir la confiance et la crédibilité
Flair politique	
Pensée systémique et leadership axé sur les systèmes	
Capacité de gestion du changement et de la transition	Flexibilité dans la gestion du changement
Pensée critique	Aptitude à : - résoudre les problèmes - effectuer des recherches et des analyses - faire preuve de souplesse et - prendre des décisions fondées sur les faits
Capacité d'influer sur la culture du milieu	Créer et soutenir des milieux de travail inclusifs

	Créer un environnement propice à l'engagement Arrimer les changements à la culture
Capacité de faire un usage judicieux des ressources	Rendre des comptes
Discipline personnelle	Conciliation travail-famille Gestion du stress

Source : Romilly, L. (2005) *Analyse situationnelle des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Rapport établi pour le Collège canadien des directeurs de services de santé en partenariat avec l'Academy of Canadian Executive Nurses, la Société canadienne des médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

Les attributs suivants ont également été déterminés :

- Créativité;
- Compréhension des modèles et des styles de leadership; transposition de ces connaissances dans son propre style de leadership;
- Intelligence émotionnelle et capacité de l'évaluer;
- Modestie et volonté de réussir;
- Sens de l'éthique et des valeurs;
- Engagement envers le développement personnel et institutionnel<sup>19</sup>.

Il n'existe aucune étude ni littérature qui documente si les cadres canadiens de la santé possèdent ou non les compétences et les attributs susmentionnés. Parmi les raisons expliquant la lenteur (ou l'inexistence) du développement des compétences, on retrouve : la complexité de l'exercice du leadership dans le domaine de la santé qui empêche d'atteindre un consensus sur les tâches à accomplir et les mesures à prendre pour obtenir de bons résultats; les besoins en matière de scolarité et d'expérience pour les dirigeants de services de santé varient selon leur stade de développement; enfin, la santé est un domaine complexe possédant toutes les caractéristiques des systèmes complexes qui doivent s'adapter et il est impossible d'en faire une description simple.

Le personnel cadre du secteur de la santé peut se former et se perfectionner dans plusieurs universités canadiennes qui offrent des maîtrises en administration de la santé ou en administration des affaires, ainsi que d'autres diplômes officiels et programmes pour cadres. Certains prétendent cependant que le modèle des études supérieures, parce qu'il est basé sur la compréhension cognitive, ne conviendrait pas à la formation des dirigeants de services de santé.

---

<sup>19</sup> Ibid.

Ceux-ci devraient plutôt apprendre à bien gérer les aspects émotionnels de leur tâche par un apprentissage sur le tas<sup>20</sup>. Le mentorat est aussi un excellent moyen d'acquérir des qualités de chef. Selon des études récentes, les grandes sociétés ont fait rayer du curriculum de MBA tout ce qui pouvait préparer les futurs leaders. En lieu et place, elles offrent à l'interne leurs propres programmes de formation aux personnes talentueuses. Récemment, d'importantes autorités sanitaires ont taillé sur mesure leurs propres programmes internes et externes de développement du leadership. Ces mêmes autorités n'hésitent toutefois pas à dire que les programmes d'études supérieures en soins de santé sont essentiels aux futurs dirigeants du secteur de la santé, vu le manque d'investissement en formation des cadres dans les hôpitaux et les organisations de la santé<sup>21</sup>.

Dans son analyse situationnelle, Romilly décrit les différents modèles proposés pour le développement du leadership du personnel cadre de la santé, mais ne les accompagne d'aucune évaluation de leur efficacité à produire des dirigeants. Elle signale que les activités de développement du leadership sont souvent perçues comme des cataplasmes et qu'il n'est donc pas surprenant qu'elles échouent. Bien des facteurs influent sur la valeur d'un programme de développement du leadership, notamment la réticence des groupes d'intérêts à céder leur pouvoir, d'où la difficulté de diriger, une délimitation floue des secteurs de responsabilité, une utilisation des principes du marché qui suscite la méfiance, l'interférence entre la performance et la responsabilité, et Des définitions changeantes des mesures de rendement<sup>22</sup>.

La planification de la relève est une des composantes de la production dans le Cadre de planification des RHS. Les méthodes de planification peuvent être formelles ou informelles. Dans une étude menée en 2004 pour le compte de l'American College of Health Executives, et dont fait état l'analyse situationnelle, on a constaté que 78 % des hôpitaux répondants ne planifiaient pas régulièrement la relève, soit parce qu'ils considéraient la planification comme non prioritaire, soit parce que l'actuel directeur général était en fonction depuis trop peu de temps pour songer à la relève ou parce qu'on n'avait aucun candidat à l'interne<sup>23</sup>. Au Canada, la planification formelle de la relève n'est pas monnaie courante non plus dans les organisations de la santé. L'étude situationnelle mentionne quelques initiatives en Colombie-Britannique (Ministère des services sociaux), à Terre-Neuve-et-Labrador (signalées dans une étude sur les ressources humaines

---

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

menée par la province) et au Québec (identifiées par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux).

Selon les intervenants interviewés dans le cadre de l'étude situationnelle, il faut repenser la signification de la planification de la relève. De nos jours, les employés n'occupent plus le même poste pendant 30 ans et les gens de la nouvelle génération ne travaillent pas de la même manière que les baby-boomers. Même si la plupart d'entre eux prendront leur retraite dans les prochains 10 ans, les cadres supérieurs ne forment de jeunes leaders prometteurs. Selon le mémoire présenté par le CCDSS à la Commission Romanow, les possibilités de faire une planification de la relève pour le personnel cadre supérieur sont réduites du fait de l'élimination de plusieurs postes de cadres intermédiaires et du peu de temps alloué à l'accompagnement et au mentorat des jeunes meneurs<sup>24</sup>.

Il faut déterminer le nombre exact de cadres dont le système aura besoin dans le futur et s'entendre sur un profil des compétences et des habiletés minimales qu'ils devront posséder. On s'interroge au sujet du perfectionnement des cadres actuels et de la planification de la relève. On trouve très peu de documentation à ce sujet, mais les travaux effectués sur d'autres professions de la santé pourraient servir de point de départ à l'établissement d'un cadre de recherche pour une étude sectorielle sur les cadres.

### **3.4 Gestion, organisation et prestation des services dans le continuum de la santé et le milieu de travail**

Depuis quelques années, la restructuration et la réorganisation des systèmes de santé partout au Canada obligent les dirigeants à relever de nombreux défis. Une étude comparative des hôpitaux canadiens et américains – mentionnée dans l'analyse situationnelle – conclut que le Canada dispose maintenant de moins de personnel administratif en raison des restructurations. Le sondage mené auprès de 108 dirigeants du réseau de la santé pour connaître leur perception et leur expérience des changements organisationnels et structurels des années 1990 a révélé qu'en raison du nivellement et de la réduction des structures du personnel cadre supérieur, les directeurs généraux cumulent aujourd'hui plus de tâches et de responsabilités. Il s'ensuit une augmentation de la charge de travail et des heures supplémentaires, ce qui n'aide en rien au recrutement et au maintien en poste du personnel cadre.

---

<sup>24</sup> Ibid.

Parallèlement, selon une étude des variables explicatives sur la santé du personnel infirmier gestionnaire dans le cadre de la restructuration du système de santé canadien, le manque d'information, de ressources et de soutien menace le personnel infirmier gestionnaire d'épuisement émotionnel, et donc d'épuisement professionnel. Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec signale en outre que le système de santé n'a pas reconnu l'importance stratégique de ses ressources humaines et du développement d'un milieu de travail propice à attirer les meilleurs éléments, et ajoute que le taux de roulement chez les sous-ministres et dans d'autres postes de la haute direction du ministère de la Santé (en particulier les sous-ministres adjoints) avait exacerbé les tensions dans le milieu de travail des cadres. Des taux de roulement similaires ont été constatés aussi dans d'autres provinces au cours des dernières années.

On ignore toujours combien de cadres il faudrait pour que ceux-ci puissent à la fois remplir leurs fonctions et avoir un mode de vie sain et équilibré. Selon le rapport Romilly, le manque de ressources humaines à travers le pays étant de plus en plus répandu, il est maintenant généralement reconnu qu'un environnement de travail de grande qualité est au moins aussi important que les stimulants financiers pour attirer et retenir des employés motivés et performants dans le secteur de la santé.

#### **4.0 Lacunes en matière d'information et de statistiques**

Dans la section précédente, nous avons résumé certains enjeux cruciaux associés à la planification et la prévision des ressources humaines, à l'offre et la production de personnel cadre, ainsi qu'à la gestion, l'organisation et la prestation des services dans le continuum de la santé et le milieu de travail sous l'angle des ressources humaines. La présente section traite des mêmes sujets dans l'optique des lacunes en matière d'information et de statistiques.

Le manque de données et l'incohérence de celles dont on dispose sont des thèmes qui reviennent constamment tout au long de l'analyse situationnelle, qui constate aussi une absence de volonté politique envers des normes communes ou un système uniformisé de collecte des données. Même si des efforts sont déployés pour régler le problème des données dans la planification des ressources humaines de la santé, des organismes nationaux comme l'ICIS se fient aux statistiques

fournies par les provinces et les territoires. La comparabilité des statistiques provinciales est loin d'être certaine

La plupart des modèles prévisionnels identifiés dans l'analyse n'englobent pas le personnel cadre de la santé. Le débat se poursuit toujours quant à l'opportunité de l'utilisation de ces modèles, car certains se contentent de dénombrer le personnel par rapport à une population donnée et à faire des projections sur les besoins futurs à partir de ces chiffres. Bien des gens soutiennent que cette méthode ne peut produire des prévisions réalistes puisqu'on ne tient pas compte d'autres variables qui entrent en jeu. Les modèles prévisionnels devraient donc être élargis et incorporer un certain nombre de variables.

Bien plus, on ne sait même pas exactement combien de cadres compte actuellement le secteur de la santé. Les statistiques du recensement de 2001 ont été établies à partir des catégories professionnelles de la CNP. Les cadres supérieurs et intermédiaires des services de santé se retrouvent dans cinq des catégories professionnelles définies par la CNP, mais celles-ci incluent d'autres professions qui ne sont pas du domaine de la santé. Le décompte final du nombre d'employés n'est donc pas exact en ce qui touche le personnel cadre du secteur de la santé. Au mieux, les données du recensement peuvent servir d'estimations de l'offre actuelle pourvu que les hypothèses qui les sous-tendent soient acceptées par les diverses parties prenantes.

Le fait que le secteur ne soit pas réglementé est une des raisons qui expliquent le manque de données fiables. Certaines études mentionnées dans la section précédente se sont servies de données fournies par des associations professionnelles, des établissements d'enseignement et des employeurs. Les méthodes de collecte et de publication, le contenu, la présentation, les éléments, les définitions et les délais impartis fluctuent énormément. En outre, il y a fort à parier que les statistiques provenant des organisations ont été recueillies en fonction de leur mandat et de leurs intérêts propres. Il faudra collecter des données de base (p. ex., le nombre de cadres des services de santé) avant de s'attaquer aux questions de recherche fondamentale que soulève la planification des ressources humaines.

L'analyse situationnelle donne certaines informations sur l'attrait qu'exerce le secteur. Ces données qualitatives ont besoin d'être confirmées et explorées, car elles reposent sur un petit échantillon de cadres ayant été consultés. On y retrouve en outre des observations préliminaires sur certaines compétences et habiletés que doit posséder le personnel cadre. Ces observations

peuvent servir de point de départ, mais doivent être étayées plus solidement pour qu'on puisse en arriver à un consensus en la matière. On constate aussi un manque d'information générale et de statistiques sur les compétences et les habiletés que possèdent actuellement les cadres du secteur de la santé.

## **5.0 Conclusion**

Les initiatives nationales sur les ressources humaines qui sont en cours ou qui ont été complétées récemment peuvent aider à la conduite d'études similaires sur le personnel cadre de la santé. On pourrait notamment s'inspirer de leur méthodologie et l'adapter en fonction des besoins et éviter ainsi les dédoublements. D'autres possibilités peuvent aussi être explorées plus à fond pour faire ressortir la situation critique du personnel cadre la santé et inciter les autorités à agir. Par exemple :

- capitaliser sur les fonds assignés à la coordination et la planification à l'échelle nationale;
- rattacher la planification des ressources humaines à la conception des systèmes dans la structure consultative de la Conférence des sous-ministres et y inclure le recrutement et le maintien en poste du personnel cadre de la santé;
- capitaliser sur le fait que les organismes nationaux de recherche sur la santé considèrent que la planification des ressources humaines doit être la priorité numéro un;
- veiller à ce que le personnel cadre de la santé soit inclus dans la modélisation des ressources humaines et la recherche en matière de politiques;
- capitaliser sur la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé.

Le Tableau 3 résume les questions pour d'éventuelles recherches proposées dans l'analyse situationnelle et qui pourraient servir de point de départ à l'établissement du cadre d'une étude nationale des ressources humaines portant sur le personnel cadre de la santé. Ces questions pourraient être regroupées sous trois catégories – court terme, moyen terme et long terme – pour faciliter la priorisation et mesurer l'ampleur des travaux. Le cadre de la recherche devrait aussi prévoir des activités débouchant sur des résultats concrets à chaque étape, de sorte que les intéressés puissent s'en servir. À titre d'exemple, la production d'un rapport sur des méthodes exemplaires de planification de la relève pourrait aider les organisations qui doivent relever ce défi et constituer un outil d'exploration plus avant d'un enjeu critique touchant le personnel cadre de la santé.

**Tableau 3**  
**Questions pour d'éventuelles recherches**

Thème	Questions
Planification et prévision des ressources humaines du secteur de la santé	Quel modèle de prévision et de collecte de données nous aiderait à prévoir les besoins futurs?
Offre de personnel cadre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À combien se dénombre le personnel cadre du secteur de la santé au Canada?</li> <li>• De combien en aurons-nous besoin dans l'avenir?</li> <li>• Combien prendront leur retraite dans cinq ans? dans dix ans?</li> <li>• La restructuration a-t-elle eu un impact réel sur le nombre requis de dirigeants?</li> <li>• Existe-t-il une pénurie de personnel cadre ou de leaders au sein de notre organisation et/ou de personnes qualifiées à l'externe qui seraient intéressées à combler ces postes?</li> <li>• Quels outils de mesure communs peuvent servir à analyser les besoins?</li> <li>• Que pourraient faire les dirigeants actuels de services de santé pour attirer des cadres?</li> </ul>
Production de personnel cadre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les tendances dans le recrutement de nouveaux cadres?</li> <li>• Quelles sont les stratégies de recrutement qui fonctionnent bien?</li> <li>• Quelles sont les stratégies de maintien en poste qui fonctionnent bien?</li> <li>• Quelles compétences essentielles les dirigeants de services de santé doivent-ils posséder pour bien remplir leurs tâches?</li> <li>• Quelles sont les compétences essentielles (habiletés, connaissances, qualités, attitudes, valeurs) que possèdent actuellement les cadres et qui leur permettent d'évoluer dans le système de santé?</li> <li>• Quelles initiatives de développement du leadership sont-elles prises actuellement par les autorités sanitaires et les organisations de la santé?</li> <li>• Quelle a été notre expérience jusqu'ici en matière de planification de la relève? Existe-t-il une cohorte d'employés qui ont pu être exposés à différents niveaux de</li> </ul>

	gestion ou de direction, exercer différentes fonctions opérationnelles et travailler dans différentes installations? Dans quelle mesure fait-on du mentorat et de l'encadrement? Où en sommes-nous dans le perfectionnement professionnel?
Gestion, organisation et prestation de services dans le continuum de la santé et le milieu de travail	Quels sont les différents modèles d'aménagement organisationnel au Canada et quel est leur impact sur le nombre et le type de cadres?

Source : Romilly, L. (2005) *Analyse situationnelle des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Rapport établi pour le Collège canadien des directeurs de services de santé en partenariat avec l'Academy of Canadian Executive Nurses, la Société canadienne des médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

Il existe néanmoins des ouvertures pour que le secteur du personnel cadre de la santé commence à se pencher sérieusement sur le problème de ses ressources humaines. Le présent rapport et l'étude situationnelle menée au début de 2005 ont cerné certains facteurs à l'origine de ce problème et proposé des sujets clés de recherche future. Le secteur pourrait envisager notamment une forme de collaboration avec les autorités fédérales, provinciales et territoriales, étant donné la priorité que celles-ci accordent à la planification des ressources humaines en santé. Des synergies, sinon des partenariats, pourraient aussi être forgés avec des organismes de recherche sur la santé, vu l'urgence de la production de données crédibles. La sensibilisation aux défis de la recherche et les défis que posent les lacunes en matière d'information donnent aussi l'occasion de mettre au point le cadre d'une étude nationale sur les ressources humaines, qui pourrait s'inspirer des résultats et des leçons tirées d'autres études sur le sujet et éviter ainsi les dédoublements. Une étude sectorielle nationale donnerait la possibilité de trouver quelques réponses à bien des questions.

## 6.0 Références

Classification nationale des professions. <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/2001/e/generic/welcome.shtml>.

Collège canadien des directeurs de services de santé, en partenariat avec l'Academy of Canadian Executive Nurses, la Société canadienne des médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des compétences Canada. *Rapport récapitulatif de l'atelier national des intervenants : Besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*, mars 2005.

Curry, L., *Recherche sur la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada : Résultats finals de l'exercice de modélisation analytique des décisions et Recommandations*, décembre 2005.

Newland, J., *Rapport du Groupe de travail sur le leadership*. Projet conjoint du Collège canadien des directeurs de services de santé, de l'Academy of Canadian Executive Nurses, de la Société canadienne des médecins gestionnaires et de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, juin 2005.

Romilly, L., *Analyse situationnelle des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Rapport établi pour le Collège canadien des directeurs de services de santé en partenariat avec l'Academy of Canadian Executive Nurses, la Société canadienne des médecins gestionnaires et Ressources humaines et Développement des compétences Canada, mars 2005.

Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers (diffuseur). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport de synthèse de la recherche*, mai 2005.

## APPENDIX A

### Roles Not Included in the Definition of a Health Care Leader/Manager

The following roles will not be included in the definition of a health care leader/manager for the purposes of a human resource study:

- provides direct care;
- provides services, resources, products, devices relied upon by those providing direct care (i.e., information technology, human resources, cleaning);
- works for companies providing health related services, products and devices at the interface with direct health care providers;
- works for companies providing health related services, products and devices at the interface with managers of direct health care providers;
- works for companies providing health related services, products and devices at the interface with senior leadership in health care institutions;
- works at senior management levels for companies providing health related services, products and devices;
- has any role in health product and supply organizations;
- conducts basic research in any aspect of science relevant to health;
- writes or presents critical appraisals of any aspect of science relevant to health;
- works for organizations that fund research on any aspect of science relevant to health;
- conducts research on any aspect of the health care system;
- writes or presents critical appraisals of any aspect of the health care system;
- works for organizations that fund research on any aspect of the health care system;
- works for any level of government with responsibility for any aspect of health care;
- are board or task force members for any agency or organization charged with studying or supporting any aspect of the health care system;
- are part of the ownership structure in a privately owned not-for-profit health care institution and,
- are part of the ownership structure in a privately owned for-profit health care institution or organization.

The definition of health care leaders/managers for the purposes of a human resource study will not include individuals who:

- possess an academic degree in health management (i.e., masters in health science administration (mhsa));
- possess an academic degree in management (i.e., masters in business administration (mba));
- are certified members of any health care profession providing publicly insured services (i.e., medicine, nursing);
- are certified health professionals directly providing health related services, products and devices (i.e., pharmacists);
- are certified members of any health care profession providing services not publicly insured (i.e., dentistry, physiotherapy, counseling); and,
- are certified managers in some other area (ie., Professional Engineers).

## APPENDIX B

### List of NOC Definitions Relevant to Health Care Leaders/Managers

#### **0014 Senior managers – health, education, social and community services and membership organizations.**

“Senior managers in this unit group plan, organize, direct, control and evaluate, through middle managers, membership and other organizations or institutions that deliver health, education, social or community services. They formulate policies which establish the direction to be taken by these organizations, either alone or in conjunction with a board of directors. “

There are 84 titles in this category of which 43 appear to relate to health care organizations. Included in this grouping are CEOs, president, hospital administrators, vice presidents, CFOs, executive directors, assistant executive directors, general managers, association executive directors; however, it also includes titles such as president music guild, president labour association, business school general manager.

#### **0411 Government Managers – Health and Social Policy Development and Program Administration**

”Government managers in this unit group plan, organize, direct, control and evaluate the development and administration of health care policies, social policies and related programs designed to protect and promote the health and social welfare of individuals and communities. These managers are employed by government departments and agencies.”

There are 174 titles in this classification of which 48 appear to be related to health care. Included in this grouping are titles such as director, health information and promotion – government services, director health services – government services, director homemaker services – government services; however, the group can also include titles such as immigrant settlement director – government, social services director - government, administrative tribunal judge – government.

### **0311 Managers in Health Care**

“This unit group includes managers who plan, organize, direct, control and evaluate the delivery of health care services, such as diagnosis and treatment, nursing and therapy, within institutions that provide health care services. They are employed in hospitals, medical clinics, nursing homes and other health care establishments.”

All of the 135 categories relate to health care but it is impossible for the list to be inclusive as titles constantly change in health care, for example this NOC doesn't include professional practice leaders, program managers, quality improvement managers, and other more recent titles. It includes titles such as chief of medical staff, mental health residential care program manager, and admissions director – health care, assistant director nursing services.

### **3151 Head Nurses and Supervisors**

“Head nurses and supervisors supervise and co-ordinate the activities of registered nurses, licensed practical nurses and other nursing personnel in the provision of patient care. They are employed in health care institutions such as hospitals, clinics and nursing homes and in nursing agencies.”

There are 34 of these titles which include for example: coordinator of nursing services, assistant head nurse, nursing supervisor, operating room head nurse

### **4165 Health Policy Researchers, Consultants and Program Officers**

“Health policy researchers, consultants and program officers conduct research, produce reports and administer health care policies and programs. They are employed by government departments and agencies, consulting establishments, universities, research institutes, hospitals, community agencies, educational institutions, professional associations, non-governmental organizations and international organizations.”

There are 57 titles in this category of which 45 might be considered as health managers, depending on our definition. They include titles such as consultant health care planning, health care planner, health promotion program officer, officer health policy development but also include titles such as drug and alcohol abuse consultant, dental health consultant which are not always considered management positions.