



Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé



Health
Workforce
Canada

Effectif
de la santé
Canada

Préparée par Effectif de la santé Canada | Mars 2026

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Sauf indication contraire, ce produit utilise des données fournies par les provinces et les territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu qu'Effectif de la santé Canada soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable d'Effectif de la santé Canada. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de d'Effectif de la santé Canada, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter Effectif de la santé Canada :

Effectif de la santé Canada
350 Albert Street, Suite 1400
Ottawa, Ontario K1R 1A4
Phone: 343-882-5059

© 2026 Effectif de la santé Canada

Comment citer ce document : Effectif de la santé Canada. (2026). *Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé*. Ottawa, ON.

This publication is also available in English under the title: Pan-Canadian Health Workforce Data Strategy.



Reconnaissance des terres et remerciements

Nous reconnaissons que nous vivons et travaillons sur les territoires traditionnels d'une grande diversité de peuples des Premières Nations, Inuit et Métis. Nous exprimons notre reconnaissance envers les personnes qui ont pris soin de cette terre pendant des siècles et envers celles et ceux qui en prennent soin aujourd'hui. Nous reconnaissons et célébrons la force et la résilience des travailleuses et travailleurs de la santé autochtones. Nous sommes heureux de soutenir la promotion de la sécurité culturelle pour toutes les personnes qui fournissent des soins et celles qui les reçoivent.

Message du PDG

Peu importe les circonstances, la main-d'œuvre en santé du Canada fait preuve de savoir-faire, de compassion et de détermination. Afin d'appuyer et de renforcer son travail actuel et futur, le Canada a besoin d'une approche de collecte, de gouvernance, de communication et d'utilisation des données sur la main-d'œuvre en santé coordonnée et tournée vers l'avenir.

Effectif de la santé Canada a le plaisir de présenter la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé. Première en son genre, cette stratégie a été coconçue avec des partenaires de toutes les administrations en vue de renforcer la planification de la main-d'œuvre en santé à court et à long terme.

Elle offre une perspective pancanadienne qui s'appuie sur la richesse des données locales, provinciales, territoriales et des employeurs qui orientent la prestation des services, et enrichit ces données en retour. Des résultats communs et des recommandations détaillées harmonisent, relient et rehaussent ce qui existe déjà. Ils clarifient également les domaines où la coordination nationale apporte une valeur ajoutée, tout en respectant l'intendance et la gouvernance dans tout le système de santé.

La Stratégie privilégie une démarche axée sur les progrès plutôt que sur la perfection : commencer par des étapes concrètes, apprendre rapidement, itérer et renforcer la confiance grâce à des changements graduels. Pour tenir compte de l'évolution future des besoins et des technologies, nous adopterons les principes des systèmes de santé apprenants et une conception adaptable. Ainsi, la stratégie de données pourra être lancée sans attendre des conditions idéales, tout en restant pertinente dans le temps.

L'état futur souhaité est clair : des données complètes, à jour et interopérables permettant des décisions fondées sur des données probantes sur la main-d'œuvre en santé dans tout le Canada, dont la gouvernance est assurée en collaboration avec des partenaires autochtones, et qui sont accessibles aux personnes qui en ont besoin pour améliorer les soins et les résultats pour la population.

Le progrès réel n'est possible que si les personnes productrices, utilisatrices et destinataires des données travaillent ensemble à la conception des solutions. J'aimerais remercier les parties prenantes de l'ensemble de l'écosystème de la main-d'œuvre en santé pour leur leadership, leur franchise et leur engagement. Ensemble, nous bâtissons la base de données que mérite notre effectif en santé et la population au Canada.

Sean Chilton,
président-directeur général, Effectif de la santé Canada



Table des matières

Approche de coconception	1
Résumé	3
Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé	8
Situation souhaitée	12
Principes directeurs	14
Résultats communs et recommandations	17
Suivi des progrès	40
Prochaines étapes	41
Références	42
Annexe A : Résumé des résultats communs et des recommandations pour les données pancanadiennes sur la main-d'œuvre en santé	45
Annexe B : Rôles et responsabilités des partenaires dans le système	48
Annexe C : Infographie sur les données sur la main-d'œuvre en santé au Canada	49

Approche de coconception

La Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé (la stratégie de données) a été coconçue sous la direction d'Effectif de la santé Canada, dans le cadre d'un processus collaboratif impliquant des représentantes et représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux de multiples administrations.

L'approche de coconception a été choisie afin d'établir un partenariat de travail avec un sous-ensemble des personnes qui seront productrices, utilisatrices ou destinataires des données sur la main-d'œuvre en santé. En mobilisant les partenaires tôt dans le processus, nous nous sommes assurés que les recommandations seraient faisables, pertinentes pour toutes les administrations et appuyées par un sentiment de responsabilité partagée.

Le groupe consultatif sur la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé était au cœur de ce processus de coconception. Il comprenait des membres de 24 organismes représentant de multiples administrations, dont des ministères de la Santé, des régions sanitaires, des ordres professionnels, des associations professionnelles, des intendantes et intendants des données et des chercheurs et chercheuses. Le groupe consultatif s'est réuni de février 2025 à février 2026.

Avant de former ce groupe, Effectif de la santé Canada a recueilli des commentaires d'autres groupes consultatifs et consultations afin de chercher à atteindre un consensus sur les lacunes, défis et possibilités dans les données. Tout au long du processus, des spécialistes ont été sollicités pour assurer la pertinence de la stratégie de données dans leur champ d'expertise.

L'approche de coconception a été appliquée de manière à respecter et à défendre les droits autochtones en matière de souveraineté des données et d'autodétermination. Il s'agit notamment de s'aligner sur les priorités et besoins définis par les Premières Nations, Inuit et Métis, en suivant une approche fondée sur les distinctions et l'affirmation des droits qui appuie les principes de la sécurité culturelle et de la confiance.

Afin d'ancrer la stratégie de données dans les données probantes et l'inclusivité, Effectif de la santé Canada a mené des analyses contextuelles des pratiques en matière de données sur la main-d'œuvre en santé, des séances de mobilisation et des consultations de spécialistes. Grâce à ces efforts, la stratégie reflète une diversité de points de vue représentatifs de l'écosystème canadien de la main-d'œuvre en santé, et s'inspire des travaux et enseignements qui l'ont précédée.

La responsabilisation commune est essentielle pour la mise en œuvre, étant donné que les progrès reposent sur la responsabilité collective de l'ensemble des administrations, secteurs et partenaires.

Effectif de la santé Canada

est un organisme indépendant fondé en 2023. Avec le soutien financier de Santé Canada, il rassemble les spécialistes de la main-d'œuvre en santé, les responsables des politiques, les chercheuses et chercheurs, la patientèle et les prestataires de soins pour renforcer les données et la planification de la main-d'œuvre en santé.

C'est ensemble que les travailleuses et travailleurs de la santé pourront fournir les soins dont les gens ont besoin dans un système de santé économique et pérenne.

Membres du groupe consultatif

- Nous remercions chaleureusement le groupe consultatif sur la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé pour ses conseils avisés et son soutien tout au long du processus. Les contributions des membres ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration d'une stratégie complète et collaborative et reflètent l'apport du travail collectif pour bâtir un écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé plus solide et plus uni.

Adrian MacKenzie

Ministère de la Santé
et du Mieux-être de la
Nouvelle-Écosse

Arthur Sweetman

Université McMaster

Bonnie Cooke

Orthophonie et Audiologie
Canada

Chris Simon

Association médicale
canadienne

Christopher Topham

Association canadienne
des technologues en
radiation médicale

Cindy Brassard

Répertoire canadien sur
l'éducation post-M.D.

Cindy Cui

Gouvernement de la
Colombie-Britannique

Dax Bourcier

Université Dalhousie

Deirdre Hennessy

Statistique Canada

Emily Kere

Association médicale
canadienne

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Geoff Barnum

Association des facultés de
médecine du Canada

Jennifer Berry

Ministère de la Santé du
gouvernement du Nunavut

Jessica Pearce Lamothe

Association canadienne
des écoles de sciences
infirmières

Jide Babalola

Soins communs Manitoba

Juan Quinonez

Association chiropratique
canadienne

Julia Marsh

Ministère de la Défense
nationale, Forces armées
canadiennes

Kari Barnes

Santé Î.-P.-É. (Île-du-
Prince-Édouard)

Katie Scrim

Statistique Canada

Kerry-Lynn Weatherhead

Fonction publique de la
Colombie-Britannique

Kimberly Woodland

Ordre des ergothérapeutes
de l'Ontario

Kristi MacKenzie

Association canadienne
des agences provinciales
du cancer

Lisa Carroll

Association canadienne de
physiothérapie

Lisa Little

Ministère de la Santé du
gouvernement du Nunavut

Lisa McKenzie

Collège canadien des
professionnels en gestion
de l'information sur la santé

Mary Anne Smith

Les diététistes du Canada

Michael Campo

Ministère de la Santé de
l'Ontario

Natalie Damiano

Institut canadien
d'information sur la santé

Capitaine de vaisseau Nick Gauthier

Forces armées
canadiennes

Normand Glaude

Réseau des services de
santé en français de l'Est
de l'Ontario

Rick Glazier

Instituts de recherche en
santé du Canada et Institut
de recherche en services
de santé

Sabrina Luke

British Columbia College of
Nurses and Midwives

Shelley MacGregor

College of Licensed
Practical Nurses of Alberta

Steven Carrigan

Santé Nouvelle-Écosse

Susan Weston

Santé Canada

Ted McDonald

DataNB

Tony Bennett

Services de santé Alberta

Résumé

- La Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé contribuera à
- générer des données complètes, actualisées et interopérables qui appuieront la prise
- de décisions fondée sur des données probantes dans toutes les administrations.

La Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé (la stratégie de données) offre une approche commune et coordonnée pour renforcer la façon dont le Canada collecte, gouverne, partage et utilise les données sur la main-d'œuvre en santé.

Élaborée selon un processus de coconception collaboratif et intergouvernemental mené par Effectif de la santé Canada, la stratégie de données répond à des défis clairs et persistants dans l'écosystème fragmenté des données canadiennes sur la main-d'œuvre. Des problèmes comme l'hétérogénéité des normes, le manque d'interopérabilité, l'inactualité des données et les lacunes dans la couverture et la connectivité restreignent la capacité des partenaires du système de santé, y compris les gouvernements autochtones, à planifier efficacement l'évolution des besoins en santé de la population et à y répondre.

En outre, la stratégie clarifie comment des données pancanadiennes peuvent compléter, sans les remplacer, les données locales, des provinces, des territoires et des employeurs qui sont essentielles à la planification de la main-d'œuvre et à la prestation de services.

Cette stratégie de données n'a pas été conçue pour servir de feuille de route détaillée ou de plan de travail pour des organismes particuliers. Il s'agit plutôt d'un guide qui appuie les progrès graduels en suggérant des étapes pratiques aux partenaires, aux organismes et aux administrations pour renforcer collectivement l'écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé au Canada.

La stratégie de données s'articule autour de trois piliers fondamentaux.

Situation souhaitée :

La stratégie de données permettra, à l'avenir, d'avoir accès à des données sur la main-d'œuvre en santé complètes, actualisées et interopérables pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes dans toutes les administrations. Les données seront recueillies de façon uniforme, comparables et accessibles, et leur gouvernance se fera en collaboration avec les partenaires autochtones. La planification appuiera ainsi une main-d'œuvre en santé épanouie et soutenue dans tout le pays.

Principes directeurs :

Tout au long du processus de coconception, plusieurs principes clés se sont dégagés comme des priorités pour créer une vision commune et soutenir les progrès dans l'ensemble du système de santé. Ces principes directeurs constituent les fondements de la stratégie de données, orientent son élaboration et complètent les principes pancanadiens déjà en place en matière de gouvernance, de confidentialité et d'intendance des données sur la santé.

1. **La priorité aux progrès plutôt qu'à la perfection** découle de l'apprentissage collaboratif et continu, de l'itération et de l'établissement progressif de liens de confiance
2. **La souveraineté des données autochtones.** La stratégie reconnaît et respecte le droit à la souveraineté des données et à l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis en ce qui a trait au partage de données, pour favoriser la réciprocité et renforcer les relations.
3. **Les changements graduels** stimulent l'élan, l'assurance et la confiance grâce à des améliorations réalistes et progressives, et jettent les bases d'une transformation réelle.
4. **Le renouvellement perpétuel** favorise l'adaptabilité, la souplesse et la pérennité pour évoluer avec les technologies, l'infrastructure, les besoins et les priorités.
5. **L'anticipation des événements critiques** reconnaît le besoin d'établir une base solide pour des données et une planification de la main-d'œuvre en santé de haute qualité.
6. **La culture du système de santé apprenant** est une culture commune d'apprentissage et d'amélioration continue où les données sont le moteur de la responsabilisation, de l'innovation et de l'adaptation.

Résultats communs et recommandations :

Les résultats communs énoncent des objectifs s'appliquant à tout l'écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé et définissent les critères de succès pour toutes les administrations, alors que les recommandations se concentrent sur les façons d'atteindre ces objectifs.

La stratégie des données propose 5 résultats communs et 40 recommandations qui présentent des mesures pratiques et progressives pour atteindre la situation souhaitée. Ces mesures sont conçues pour respecter les différences entre les administrations, les structures de gouvernance existantes et les capacités de mise en œuvre. Si certaines d'entre elles nécessitent des investissements, beaucoup partent de travaux existants, de cadres nationaux et de normes de données déjà bien établies.

Les recommandations sont organisées selon leur horizon – à court, à moyen et à long terme –, déterminé par leur complexité estimée.

Le tableau suivant résume les cinq résultats communs et les recommandations connexes.



Résultats communs						
1. Données de qualité axées sur l'équité pour la prise de décisions		2. Partenariats avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis		3. Flux de données efficaces et interopérables		
Recommandations						
1.1 ICIS, ordres professionnels – Adopter la norme de données du FMIMS de l'ICIS 1.2 ICIS, CMC, ordres professionnels – Aligner les registres nationaux existants sur la norme de données du FMIMS de l'ICIS 1.3 ICIS, FAC, Anciens Combattants, Services correctionnels, établissements de santé, organismes, employeurs – Former des partenariats avec les organismes fédéraux pour établir une approche pour recenser les professionnelles et professionnels de la santé fournissant des services et produire des rapports à leur sujet 1.4 Établissements de santé, organismes, employeurs, ICIS, P/T – Adopter des normes sur les SIG 1.5 ICIS, P/T – Ouvrir l'accès aux fichiers de microdonnées 1.6 ICIS, P/T – Mettre à jour les données du répertoire des personnes assurées pour y inclure la langue de service		1.7 ESC, StatCan, EDSC – Améliorer le niveau de détail des codes de la classification des professions du secteur de la santé 1.8 Établissements de santé, organismes, employeurs – Mettre en œuvre le Sondage universel de l'Organisation de normes en santé auprès de la main-d'œuvre 1.9 ESC – Revoir les pratiques de suppression des données dans les communautés rurales et éloignées 1.10 ESC, ICIS, StatCan, P/T – Organiser une discussion sur la définition des données actualisées 1.11 ESC, ICIS, StatCan – Étendre la portée du catalogue de données d'Effectif de la santé Canada 1.12 RCPS, StatCan, ICIS – Promouvoir des initiatives de littératie en matière de données sur la main-d'œuvre en santé 1.13 ESC – Créer un cadre de surveillance de la stratégie de données		2.1-2.4 OPS, établissements de santé, organismes, employeurs – Employer une approche fondée sur les distinctions pour les initiatives liées aux données inuites, métisses et des Premières Nations 2.5 OPS, établissements de santé, organismes, employeurs – Tisser des liens avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et apprendre de lui 2.6 OPS, établissements de santé, organismes, employeurs – Mobiliser les associations professionnelles de santé autochtone 2.7 OPS, établissements de santé, organismes, employeurs – Travailler avec des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour recenser et utiliser les cadres et références en matière de souveraineté des données les plus actuels et pertinents afin d'appuyer des activités de collaboration respectueuses	3.1 ICIS, ISC – Bonifier la Feuille de route de l'interopérabilité pancanadienne pour y inclure la gestion des flux de données sur la main-d'œuvre en santé 3.2 ICIS, P/T, ordres professionnels – Encourager l'adoption de la norme de données du FMIMS de l'ICIS et aligner les bases de données sur la main-d'œuvre en santé des ministères sur la norme, le cas échéant 3.3 ICIS, CMC, ordres professionnels – Rendre accessibles les données du Registre national des médecins 3.4 ICIS, P/T – Assurer la circulation en temps réel des données sur les indicateurs de la main-d'œuvre hospitalière 3.5 CFPT-ES – Créer un nouveau sous-comité sur les cadres législatifs et réglementaires	3.6 Établissements de santé, organismes, employeurs – S'aligner sur les lignes directrices et les cadres d'utilisation des données existants et sur les meilleures pratiques en la matière 3.7 ESC – Bonifier les tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada et en étendre la portée 3.8 ESC, HSO – Diffuser le Sondage universel auprès de la main-d'œuvre afin d'améliorer les tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada 3.9 ICIS, fournisseurs de systèmes d'information électronique sur la santé, P/T – Inclure les données sur la prestation des soins et la main-d'œuvre en santé dans le Cadre pancanadien de contenu des données sur la santé et travailler avec les fournisseurs du système de santé pour qu'ils adoptent la norme

Résultats communs	
4. Renforcement de l'offre de la main-d'œuvre formée au Canada au moyen de données sur l'éducation	5. Amélioration des données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger
Recommandations	
4.1 ICIS – Définir un ensemble minimal de données normalisées sur l'éducation de la main-d'œuvre en santé 4.2 ICIS, ISC, détenteurs de données sur l'éducation – Tenir une discussion nationale sur la mise en œuvre d'un identifiant national unique commun à toutes les professions de santé 4.3 ICIS, détenteurs de données sur l'éducation – S'assurer que les établissements d'éducation mettent en œuvre la norme d'éducation nationale, une fois son élaboration terminée 4.4 Associations professionnelles de santé, ordres professionnels et/ou organismes appropriés désignés par les professions – Créer une définition commune pancanadienne des compétences par profession 4.5 ESC – Donner accès à de l'information basée sur les compétences professionnelles dans la plateforme numérique de premier accès 4.6 ESC – Avoir des conversations en continu qui renforcent l'infrastructure et la gouvernance des données sur l'éducation de la main-d'œuvre en santé	5.1 ICIS, ordres professionnels, CMC, RCEP – Assurer la normalisation de la saisie des données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger, dont les diplômées et diplômés internationaux en médecine et les Canadiens et Canadiennes formés à l'étranger – inclure ces informations dans l'EMD sur l'éducation 5.2 Organismes de santé et intendants de données pertinents, P/T, ordres professionnels – Élaborer des processus normalisés de collecte et de communication des données sur le permis d'exercice et l'inscription, par statut d'immigration, pour l'ensemble des provinces, territoires et organismes réglementaires – à lier avec les données nationales administratives et du recensement 5.3 ESC – Bonifier et diversifier les sources de données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger dans le module des tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada qui traitent du sujet 5.4 ESC, RCEP, AFMC – Faire progresser la disponibilité et l'intégration des données sur l'éducation des médecins dans les tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada 5.5 ESC, IRCC – Trouver des occasions additionnelles de collaborer avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada pour améliorer les trajectoires d'intégration des professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger

Le travail sur la stratégie de données se fonde sur des initiatives pancanadiennes antérieures en matière de données sur la santé, qui ont établi des attentes communes concernant la gouvernance, la confidentialité, l'intendance et l'utilisation responsable des données. Plutôt que de reformuler ces fondements généraux, la stratégie est axée sur des priorités propres à la main-d'œuvre en santé qui demandent plus de clarté, d'alignement et de coordination.

La stratégie de données est conçue pour être vivante et évolutive. Elle est appuyée par un cadre de surveillance centré sur l'apprentissage, l'adaptation et le leadership commun. La collaboration avec des partenaires partout au pays lui permettra de répondre aux nouveaux besoins, aux évolutions technologiques et aux occasions de collaboration qui se présentent.

AFMC – Association des facultés de médecine du Canada
CFPT-ES – Comité fédéral-provincial-territorial sur l'effectif en santé
CMC – Conseil médical du Canada
EDSC – Emploi et Développement social Canada
EMD – Ensemble minimal de données
ESC – Effectif de la santé Canada
FAC – Forces armées canadiennes
FMIMS – Fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé
HSO – Organisation de normes en santé
ICIS – Institut canadien d'information sur la santé
IRCC – Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

ISC – Inforoute Santé du Canada
OPS – Organisations pancanadiennes de santé
P/T – Provinces et territoires
RCEP – Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.
RCPS – Réseau canadien des personnels de santé
SIG – Système d'information de gestion
StatCan – Statistique Canada

Vous trouverez de plus amples renseignements sur le sujet, dont une liste d'organismes proposés pour la mise en œuvre, à [l'annexe A : Synthèse des résultats communs et des recommandations de la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé.](#)

Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé

La main-d'œuvre en santé du Canada est la pierre angulaire de notre système de santé, mais l'écosystème de données qui devrait la soutenir est fragmenté et incomplet.

L'hétérogénéité des normes et des définitions des données, la fragmentation des infrastructures et des systèmes, ainsi que l'inactualité ou l'obsolescence des données limitent la capacité à suivre les tendances dans l'offre, la distribution, la mobilité et le bien-être de la main-d'œuvre. Pour ces raisons, il est difficile de répondre aux questions pressantes sur la planification immédiate et future de la main-d'œuvre en santé.

La main-d'œuvre en santé

désigne les professionnelles et professionnels, réglementés ou non, qui fournissent ou appuient des services de santé. La présente stratégie de données est guidée par la définition de la main-d'œuvre en santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « toutes les personnes qui agissent principalement en vue d'améliorer la santé. Cela comprend les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes, les pharmaciennes et pharmaciens, les dentistes, les physiothérapeutes, le personnel de laboratoire et les personnes formées à d'autres professions, mais qui évoluent dans le secteur de la santé, comme les gestionnaires, les économistes, les comptables, les technologues de l'information et autres membres du personnel de soutien administratif (OMS, Région Méditerranée orientale, s. d.). »

La stratégie de données reconnaît également les contributions essentielles des personnes qui assurent des soins, rémunérés ou non, et qui jouent un rôle vital dans la santé et le bien-être des personnes et des communautés.

Une occasion de changement

En mai 2024, Effectif de la santé Canada a entamé de vastes consultations des partenaires de tout l'écosystème de la main-d'œuvre en santé pour aborder ces défis de longue date.

Ces consultations ont fait émerger plusieurs idées soulignant l'urgence d'une approche pancanadienne coordonnée pour améliorer l'actualité, l'exhaustivité et l'interopérabilité des données sur la main-d'œuvre en santé

- Il existe un volume important de données sur la main-d'œuvre en santé à divers endroits au pays.
- La disponibilité et l'accessibilité des données varient toutefois grandement d'une administration à l'autre et entre les professions.
- L'actualité et le traitement quasi instantané des données sont un obstacle important à la génération de constats nécessaires.
- Les lacunes persistantes dans la couverture, l'actualité et la connectivité des données limitent la capacité à planifier efficacement, à modéliser et anticiper.

Ces limites rappellent l'importance de placer la personne au cœur de toutes les initiatives de planification et de prise de décisions en matière de main-d'œuvre en santé. Voir [le cas d'utilisation 1 : L'importance des données sur la main-d'œuvre.](#)

Données actualisées

Il est essentiel de disposer de données actualisées pour comprendre les pressions sur la main-d'œuvre en santé, répondre aux besoins et éclairer les décisions stratégiques. Les délais importants et les mises à jour irrégulières limitent la capacité à suivre l'offre, la répartition, les flux entrants et sortants et le bien-être de la main-d'œuvre en santé, et peuvent restreindre la modélisation et les prévisions. Les avancées en interopérabilité et en intégration des données sont des moteurs pour l'amélioration de la disponibilité de données plus actuelles.

Bien que ce document porte sur l'élaboration d'une stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé, il est également reconnu que des changements durables et efficaces en matière de politiques exigent que les données soient appuyées par une planification stratégique et coordonnée de la main-d'œuvre en santé. Cette stratégie de données devrait donc être considérée comme une première étape pour appuyer la stratégie pancanadienne de planification de la main-d'œuvre en santé à long terme : une infrastructure essentielle qui renforcera cette main-d'œuvre à l'avenir. Ces efforts de planification, qui visent à répondre aux défis et à saisir les occasions partout au Canada, ne dupliqueront pas les travaux de planification déjà menés dans les différentes administrations.

Une approche commune et coordonnée

La Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre a été coconçue sous la direction d'Effectif de la santé Canada dans le cadre d'un processus collaboratif intergouvernemental, avec des représentantes et représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Le groupe consultatif sur la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé était au cœur

de l'approche de coconception. Ses membres provenaient de 24 organismes situés dans différentes administrations (voir [Approche de coconception](#)). En 2025, le groupe a produit son premier document, le [Guide d'introduction à la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé](#), qui décrivait les domaines d'amélioration prioritaires et la nécessité d'adopter une nouvelle approche en matière de données sur la main-d'œuvre en santé. Le groupe a ensuite fourni des conseils et des orientations à Effectif de la santé Canada tout au long de l'élaboration de la stratégie de données.

Le résultat est une approche pancanadienne coordonnée pour la collecte, la gestion et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre en santé. Elle présente la situation souhaitée, les principes directeurs, les résultats communs et les recommandations pour améliorer progressivement l'actualité, l'exhaustivité et la connectivité des données sur la main-d'œuvre en santé.

La stratégie de données met de l'avant des normes et des définitions communes pour renforcer l'utilisabilité dans l'ensemble des administrations. Elle couvre l'ensemble des professions, réglementées ou non, dans des contextes publics, privés, autochtones et communautaires, dans le respect de l'autorité administrative et de la souveraineté des données. En outre, la stratégie précise comment des données pancanadiennes peuvent compléter, sans les remplacer, les données locales, des provinces, des territoires et des employeurs nécessaires à la planification de la main-d'œuvre et à la prestation de services.

La stratégie de données donne avant tout la priorité à des données actualisées quasiment en temps réel ainsi qu'à l'établissement de liens entre l'information

sur la main-d'œuvre en santé et les résultats sur la santé de la population, afin de bâtir une base solide pour une planification et des décisions réactives. Ces considérations permettent de créer des ensembles de données utilisables aux moments critiques afin d'orienter des investissements améliorant la pérennité et l'adaptabilité de la main-d'œuvre en santé.

Utilisation de la stratégie de données

La stratégie de données est conçue pour servir le système de santé et d'autres partenaires qui dépendent des données sur la main-d'œuvre en santé, y contribuent ou en sont affectées. Il peut s'agir de ministères de la Santé fédéral, provinciaux ou territoriaux, d'autorités de santé et d'organismes de prestation de services, d'ordres professionnels, d'associations professionnelles, de gouvernements et d'organismes autochtones, d'employeurs, de syndicats, d'établissements d'enseignement, de chercheuses et de chercheurs et d'usagers et de usagers du système de santé.

Les partenaires du système de santé peuvent utiliser la stratégie de données pour :

- s'informer sur les normes, définitions et initiatives existantes pour améliorer la comparabilité et l'utilisabilité des données;
- favoriser une compréhension commune des lacunes, des améliorations progressives et des points d'alignement les plus pertinents;
- œuvrer à un écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé interconnecté, actualisé et équitable.

Cette stratégie de données n'a pas vocation à servir de feuille de route détaillée, ni de plan de travail pour des organismes particuliers. Il s'agit plutôt d'un guide qui appuie les progrès graduels en suggérant des étapes pratiques aux partenaires, aux organismes et aux administrations pour renforcer collectivement l'écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé au Canada.

Rôle d'Effectif de la santé Canada

Effectif de la santé Canada a pour mission d'assurer une coordination nationale, de fournir des constats communs et d'apporter une perspective pancanadienne fondée sur un engagement de grande portée. Son mandat consiste à agir comme rassembleur et à jouer un rôle d'unification dans l'écosystème de la main-d'œuvre en santé, à réunir les principales parties prenantes et à collaborer avec des partenaires pour déterminer les domaines prioritaires, les lacunes et les solutions potentielles.

Effectif de la santé Canada n'administre pas de financement, n'exerce pas d'autorité réglementaire et ne régit pas directement la mise en œuvre dans les diverses administrations. L'organisme agit plutôt comme rassembleur, collaborateur et partenaire de connaissances pour définir, unifier et porter les priorités communes afin de permettre les progrès collectifs.

En offrant une perspective nationale sur les besoins, les défis et les actions recommandées, Effectif de la santé Canada prône une approche plus cohérente et collaborative dans tout le pays. Cette approche respecte les priorités locales tout en permettant aux administrations et aux partenaires de se reconnaître au sein d'un mouvement commun plus large. La mise en œuvre reste répartie dans l'écosystème, dans le respect des structures d'intendance et de gouvernance en place.

Voir [l'annexe B : Rôles et responsabilités des partenaires dans le système.](#)

Remarque sur le financement

Les recommandations formulées dans la stratégie de données désignent des domaines où un alignement et des mesures collectives peuvent renforcer la base pancanadienne des données sur la main-d'œuvre en santé. Pour être mises en œuvre, certaines mesures demandent la création ou le maintien d'investissements par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, tandis que d'autres reposent sur un financement opérationnel stable. La stratégie de données ne promet ni n'accorde aucun financement. Elle propose plutôt une orientation commune pour guider la planification, la priorisation et la prise de décisions collectives dans tout le Canada. Elle ne vise pas à prescrire des décisions financières ou à se substituer aux processus de planification des administrations, mais à fournir un cadre commun au service des progrès collectifs.

Les données sur la main-d'œuvre en santé

sont les informations quantitatives et qualitatives nécessaires pour comprendre, planifier et appuyer la main-d'œuvre en santé au Canada :

- les données quantitatives normalisées sur l'offre, la répartition, la mobilité, l'éducation et la formation, les tendances d'emploi et les caractéristiques de la main-d'œuvre;
- les renseignements qualitatifs décrivant les expériences, les conditions et les contextes qui déterminent comment le personnel de santé entre et reste dans le système, ou le quitte.

[Voir l'annexe C : Infographie sur les données sur la main-d'œuvre en santé au Canada.](#)

➤ CAS D'UTILISATION 1 :

L'importance des données sur la main-d'œuvre

- Jenna, résidente d'Halifax (Nouvelle-Écosse), est membre du [groupe Voix des patients à l'AMC](#). Pour cette jeune adulte atteinte d'une maladie chronique complexe, les données sur la main-d'œuvre en santé sont un enjeu très personnel. « *C'est la raison pour laquelle certaines personnes reçoivent des soins à temps, tandis que d'autres sont laissées pour compte.* »
- Quand, à 18 ans, Jenna est devenue « trop âgée » pour les soins pédiatriques, il n'y avait pas de données sur les prestataires acceptant de la nouvelle patientèle et connaissant ses problèmes de santé. « *J'ai eu l'impression de tomber dans le vide... parce qu'il n'y avait pas de données.* » Ni les pénuries de personnel ni les longues listes d'attente ne l'ont surprise : « *Les signaux d'alerte étaient là, mais personne n'y faisait attention.* »
- Le témoignage de Jenna montre que les patientes et patients doivent cocréer les solutions de données sur la main-d'œuvre et que des renseignements actuels et transparents sur les prestataires sont essentiels à l'équité de l'accès. Ainsi, « *les données devraient nous aider à planifier, pas nous faire paniquer. Elles devraient nous aider à intervenir au plus tôt et non nous faire réagir à la dernière minute. Elles devraient susciter la confiance, pas la confusion.* »

Trois piliers



État futur souhaité

Description de l'état idéal visé pour les données sur la main-d'œuvre en santé afin de soutenir la planification.



Principes directeurs

Des valeurs fondamentales qui serviront à orienter l'action pour créer une base solide de données sur la main-d'œuvre en santé.



Résultats communs et recommandations

Mesures concrètes, immédiates et à plus long terme, visant à atteindre l'état futur souhaité.

Axées sur des actions réalisables plutôt que sur des aspirations générales.

Situation souhaitée

- Effectif de la santé Canada, en
- collaboration avec les membres du
- groupe consultatif et d'autres spécialistes,
- a rédigé un énoncé sur la situation
- souhaitée concernant les données
- pancanadiennes sur la main-d'œuvre en
- santé. Cet énoncé présente une vision
- claire et motivante de la stratégie de
- données, en décrivant le résultat optimal
- et les objectifs ultimes.

L'état futur souhaité comprend :

Des données complètes, actualisées et fiables qui alimentent une main-d'œuvre en santé prospère et soutenue au Canada:

Un système de données sur la main-d'œuvre en santé agile et interopérable fournissant des données cohérentes, actualisées et de qualité à plusieurs utilisatrices et utilisateurs, dans l'ensemble des administrations, pour permettre une planification et une prise de décisions fondée sur des données probantes. Les données recueillies, réfléchies, actuelles, complètes et accessibles, portent sur les volets public et privé du secteur de la santé. Elles sont gouvernées, protégées et utilisées conformément aux lois sur la confidentialité de chaque administration et dans le respect des droits inhérents des Autochtones en matière de souveraineté des données. Elles sont utilisées conjointement avec d'autres données sur le système de santé et les résultats en santé de la population pour optimiser pleinement la planification. La main-d'œuvre en santé du Canada aura ainsi les moyens de répondre aux besoins de la population dans chaque région, et appuiera les systèmes de santé menés par les Autochtones, de sorte que les réalités et les besoins propres aux Premières Nations, Inuit et Métis seront pris en compte.

Données sur le secteur privé :

Un système de données complet sur la main-d'œuvre en santé doit inclure des données sur les services de santé privés, puisque de nombreuses professions (p. ex., en santé bucco-dentaire, chiropractie, physiothérapie, optométrie et pharmacie) s'exercent surtout en contexte privé. Sans données, des lacunes importantes demeurent dans la compréhension de la capacité globale de la main-d'œuvre et de la disponibilité des services. À ce jour, l'accès aux données du secteur privé est limité, en particulier quand ce sont les assureurs qui détiennent l'information. La stratégie de données est principalement axée sur les données publiques, mais des occasions de mobiliser des sources du secteur privé, comme les dossiers médicaux électroniques (DME) privés et les données des assureurs, seront envisagées à l'avenir.

Des données sur « la source de financement de l'emploi du dispensateur » ont récemment été intégrées au [Dictionnaire de données 2025 du fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé \(IMS\)](#) de l'ICIS. Ces renseignements permettront d'en savoir plus sur les sources de financement publiques et privées de l'emploi des prestataires de soins.

Principes directeurs

- Pour concrétiser cette vision, la stratégie de données est ancrée dans **six principes directeurs**, qui s'ajoutent aux principes pancanadiens de gouvernance, de confidentialité et d'intendance en matière de données sur la santé.
 - Ces principes directeurs sont axés sur les données sur la main-d'œuvre en santé, la nécessité de renforcer les politiques et la planification fondées sur des données probantes, et le soutien à une main-d'œuvre en santé épanouie qui répond aux besoins de la population canadienne.
-
- **1. Priorité aux progrès plutôt qu'à la perfection :**
Les progrès significatifs proviennent de l'apprentissage, de l'itération et de l'établissement progressif de liens de confiance, avec une approche valorisant la collaboration et l'amélioration continue, sans attendre des conditions idéales ou des données complètes pour agir.
 - **2. Souveraineté des données autochtones :**
reconnaître et respecter le droit à la souveraineté des données et à l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de partage de données, afin de favoriser la réciprocité et de renforcer les relations.
 - **3. Changements graduels :**
Susciter un élan et donner confiance grâce à des améliorations réalistes et progressives plutôt que de vastes changements systémiques afin de réduire les risques, d'améliorer l'assurance et de créer une base pour une transformation réelle.
 - **4. Renouvellement perpétuel :**
Dès la conception, viser l'adaptabilité et la souplesse afin que l'écosystème de données évolue avec les technologies, l'infrastructure, les besoins et les priorités. Faire en sorte que les recommandations et les résultats sélectionnés puissent être pérennisés. Il s'agit notamment de se préparer au rôle de plus en plus important de l'IA, qui aura besoin de données de qualité.
 - **5. Anticipation des événements critiques :**
Reconnaître l'importance d'établir une base solide de planification des données sur la main-d'œuvre en santé pour se préparer aux événements critiques ou inédits. Voir [le cas d'utilisation 2 : Planification de l'intensification pour la main-d'œuvre en santé des Forces canadiennes](#)
 - **6. Culture du système de santé apprenant :**
Adopter une culture d'apprentissage et d'amélioration continue, où les données servent non seulement à la responsabilisation, mais aussi au perfectionnement, à l'innovation et à l'adaptation dans tout l'écosystème de la main-d'œuvre en santé.

Travaux antérieurs

La stratégie de données s'inspire d'une série d'initiatives nationales qui ont jeté les bases de l'amélioration des méthodes de collecte, de diffusion et d'utilisation des données sur la santé partout au Canada, et approfondissent ces initiatives.

- L'une des plus fondamentales est la [Charte pancanadienne des données sur la santé](#), qui présente des principes communs pour l'accès équitable, la transparence, la responsabilisation et la fiabilité en matière de données sur la santé (Santé Canada, 2023b). La charte apporte une vision unifiée de la façon dont les données en santé devraient servir le bien public, en permettant aux personnes, aux prestataires et aux responsables des politiques de fonder leurs décisions sur des données sécurisées, comparables et de qualité.
- Une autre initiative majeure est le [Cadre pancanadien de contenu des données sur la santé](#), conçu par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ce cadre établit des éléments et des normes de données homogènes entre les administrations pour réduire la fragmentation dans la saisie et la communication des données et permettre l'interopérabilité et la comparaison dans le temps et d'une région à l'autre (ICIS, 2025c).
- Les [Caractéristiques de l'intendance des données sur la santé](#) de l'ICIS établissent les fondements éthiques et opérationnelles de la gouvernance des données, en mettant l'accent sur l'utilisation responsable, la protection de la confidentialité et la collaboration entre les partenaires (ICIS, s. d.).

Prises ensemble, ces initiatives font avancer l'infrastructure des données de santé du Canada. Elles mettent aussi en évidence le besoin de pallier les lacunes persistantes dans les données sur la main-d'œuvre en santé, dont la fragmentation des systèmes et le peu de visibilité en temps réel sur l'offre, la répartition et la mobilité de la main-d'œuvre, ainsi que d'autres facteurs essentiels pour une planification fondée sur des données probantes.

S'inspirant de ces cadres, la stratégie de données cherche à combler les insuffisances de longue date en matière de données et de coordination qu'ils révèlent, et à tirer des leçons du passé. Les recommandations suivantes montrent en quoi la stratégie préconise un écosystème de données intégré et tourné vers l'avenir permettant de générer des renseignements actualisés, accessibles, systémiques et centrés sur la personne dans tout l'environnement de la main-d'œuvre en santé.

➤ CAS D'UTILISATION 2 : Planification de l'augmentation rapide de la capacité de la main-d'œuvre en santé des Forces canadiennes

- La nécessité d'assurer rapidement et efficacement les soins courants et urgents illustre la valeur essentielle de l'accès à des données de santé exactes et en temps réel pour la planification et la prise de décisions.
- Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes élabore un plan flexible pour permettre à la main-d'œuvre en santé de répondre à n'importe quelle situation, des soins quotidiens aux conflits d'envergure. Ce plan se fonde sur les leçons tirées de missions militaires, de pandémies et d'urgences au Canada.
- Quand la demande augmente, les besoins en personnel, en infrastructures et en coordination se multiplient rapidement. La planification de l'intensification exige une solide collaboration entre les systèmes de santé militaires et civils, avec le soutien d'un leadership coordonné et de directives nationales pour permettre une réponse « Équipe Canada » soudée.
- Récemment, des exercices nationaux ont souligné l'importance de la gestion du flux de patientèle entre les autorités fédérales et provinciales pour assurer la continuité des soins en période de grande affluence.
- Le cadre de planification de l'intensification tire parti des données sur la main-d'œuvre en santé civile pour visualiser les capacités disponibles et les besoins de la patientèle et ainsi faire ressortir clairement et instantanément les pressions systémiques pour les décideurs.
- Ce cas d'utilisation montre que des données actualisées et interconnectées peuvent appuyer la préparation, la résilience et la coordination de la réponse nationale lors des situations normales, d'urgence et de guerre.

Résultats communs et recommandations

- Des données fiables et comparables sur la main-d'œuvre en santé sont essentielles à une planification efficace et à la transformation du système. La Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé combine des résultats communs avec une série de mesures concrètes pour améliorer la façon dont les données sur la main-d'œuvre en santé sont recueillies, gouvernées et utilisées partout au Canada. Ces recommandations se veulent diffusables, pratiques, progressives et ancrées dans les capacités existantes du système.

Les résultats communs et les recommandations qui suivent sont conçus pour créer un guide renouvelable qui appuiera les progrès au sein d'un système de main-d'œuvre en santé complexe en évolution perpétuelle.

Étant donné que la mise en œuvre variera d'une administration et d'un contexte à l'autre, et qu'il est nécessaire de respecter les priorités et les partenariats à l'échelle locale, les recommandations sont progressives et tirent parti des travaux existants. Elles partent du principe que le renforcement de la main-d'œuvre en santé est une responsabilité partagée par les partenaires et les administrations.

Le but est de cerner des points de départ concrets, avec une certaine souplesse, mais sans perdre de vue les principes directeurs. En assignant chaque recommandation à l'un des cinq résultats communs, la stratégie de données crée une structure claire qui favorise des progrès mesurables.

Voici les cinq résultats communs :

- 1. Données de qualité axées sur l'équité pour la prise de décisions :** Les données recueillies favorisent la prise de décisions axées sur l'équité afin de planifier et de gérer une main-d'œuvre en santé épanouie qui répond aux besoins de la population et du système de santé, pour des résultats de qualité.
- 2. Partenariats avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis :** Des partenariats et mécanismes dirigés par des Autochtones et fondés sur les distinctions sont établis avec leurs organismes. Ils visent à gouverner, orienter et superviser la collecte, le partage, la protection et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre en santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'une manière qui répond à leurs besoins prioritaires, appuie la sécurité culturelle et respecte les droits à la souveraineté des données sur les Autochtones.
- 3. Flux de données efficace et interopérable :** Le flux de données sur la main-d'œuvre en santé est optimisé pour gagner en efficacité afin de réduire le fardeau lié à la collecte et à la déclaration des données, de réduire les coûts, d'améliorer l'actualité des données et de tirer parti de leur utilisation secondaire, quand c'est possible.
- 4. Offre renforcée de main-d'œuvre formée au pays grâce à des données sur l'éducation :** Permettre le partage, l'intégration et l'accessibilité fluides de données respectant la confidentialité entre des sources pertinentes pour renforcer le cheminement de la main-d'œuvre en santé, de l'éducation à la prestation de services.
- 5. Données améliorées sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger :** Permettre le partage, l'intégration et l'accessibilité fluides de données entre des sources pertinentes pour renforcer les parcours d'immigration des professionnelles et professionnels de la santé, et leur donner la possibilité de mettre pleinement à profit leurs compétences et leurs qualifications au Canada.

Les résultats communs et les recommandations visent à s'ajouter à ce qui a été établi par la [Stratégie pancanadienne de données sur la santé](#) et les [Caractéristiques de l'intendance des données sur la santé](#) de l'ICIS. Ces recommandations portent sur des concepts comme la confidentialité, la gouvernance et l'interopérabilité, ainsi que la souveraineté des données sur les Autochtones. Certaines recommandations présentées ci-dessous sont toutefois pensées pour être complémentaires à ces bases, en couvrant les besoins propres aux données sur la main-d'œuvre en santé.

Si des organismes et des parties prenantes sont mentionnés ci-après, il importe de noter que cette stratégie de données respecte les cadres d'intendance et de gouvernance qui existent déjà dans l'écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé. Légalement, les organismes de réglementation, les provinces, les employeurs et les organismes autochtones sont les gardiens et les ayants droit en ce qui concerne leurs données. Effectif de la santé Canada, l'ICIS, Statistique Canada et d'autres partenaires de données s'efforcent de connecter des systèmes, d'harmoniser des normes, d'améliorer l'intégration des données et de permettre la collaboration, sans pour autant s'appropriier les données. Voir l'[annexe B : Rôles et responsabilités des partenaires dans le système](#).

Enfin, les recommandations sont classées selon leur horizon (court, moyen et long terme), déterminé par la complexité estimée de la mise en œuvre, pour aider à établir les priorités. Le court terme correspond à environ un an, le moyen terme à 18 mois, et le long terme à deux ans à compter de la publication de la stratégie.

Notons toutefois que les recommandations des résultats communs 4 et 5 représentent des priorités émergentes. En raison des relations complexes entre l'éducation, l'immigration et les données sur la main-d'œuvre en santé, les recommandations actuelles sont conçues pour donner lieu à des occasions de collaboration et d'innovation au fil de la mise en œuvre.

Voir l'[annexe A : Synthèse des résultats communs et des recommandations de la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé](#).

Résultat commun 1

Données de qualité axées sur l'équité pour la prise de décisions

- Les données recueillies favorisent la prise de décisions axées sur l'équité afin de
- planifier et de gérer une main-d'œuvre en santé épanouie qui répond aux besoins
- de la population et du système de santé, pour des résultats de qualité.

Pour que la main-d'œuvre en santé soit épanouie et fournisse les soins dont la population canadienne a besoin, il faut s'assurer que les données qui la concernent sont exhaustives, à jour et accessibles. La prise de décision partagée et la planification durable de la main-d'œuvre dépendent de données de qualité. En renforçant et en mettant à profit les données déjà recueillies par le Canada, nous pouvons favoriser l'efficacité de la planification du système de santé. Les données existantes apportent une base solide pour la planification, mais l'utilisation est sous-optimale en raison de disparités dans les définitions, les formats, les délais et la communication entre les administrations. La mise en œuvre et l'adoption à grande échelle de la norme de données du

[Fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé \(FMIMS\)](#) de l'ICIS représentent un grand pas franchi vers l'amélioration de la comparabilité et de l'interopérabilité des données entre les administrations. En parallèle avec la norme pancanadienne de l'ICIS, des recherches universitaires en cours sur les ensembles minimaux de données sur la main-d'œuvre interprofessionnelle en santé offrent des renseignements précieux qui pourraient orienter des améliorations de la norme de données du FMIMS (Zagrodney et coll., 2026).

Coupler les données sur la main-d'œuvre avec les résultats des services de santé et de la population

Les données sur la main-d'œuvre en santé sont plus puissantes quand on les relie aux méthodes de prestation des soins et aux résultats de la patientèle et des communautés. Les chiffres sur la main-d'œuvre ne suffisent pas à déterminer si les gens reçoivent des soins à temps, ou si les modèles de dotation existants répondent aux besoins locaux. L'association des données sur la main-d'œuvre avec l'utilisation des services de santé et les résultats de santé de la population brosserait un tableau plus complet des pressions existantes et des investissements nécessaires.

Il est essentiel de pouvoir coupler les données, dans des contextes respectant la confidentialité et avec une approche fondée sur les distinctions lorsqu'on travaille avec des partenaires autochtones, pour permettre aux administrations de prendre des décisions fondées sur des données probantes qui renforcent à la fois la main-d'œuvre et le système de santé. La possibilité de lier les sources de données existantes selon le concept de « collecte unique, utilisations multiples » améliorerait l'intégration, réduirait les doublons et nous rapprocherait de la base unifiée nécessaire à la planification de la main-d'œuvre en santé (Agence de la santé publique du Canada, 2022).

Recommandations

1.1

Les ordres réglementant les professions de la santé sont encouragés à adopter la norme de données du Fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé (FMIMS) (ICIS, 2025a) pour générer des données normalisées, comparables et interopérables pour l'ensemble des professions et administrations. La norme de l'ICIS est liée aux critères des HL7 Fast Health Interoperability Resources. La [trousse d'outils pour la mise en œuvre du FMIMS](#) propose des conseils et des outils pour appuyer une mise en œuvre cohérente et évolutive de la norme.

Remarque : La collecte obligatoire d'un ensemble central d'éléments de données est nécessaire pour assurer la stabilité de ces dernières. Les professions non réglementées ou les autres professions liées à la santé, par exemple en santé publique et en santé bucco-dentaire, sont encouragées à utiliser la norme de l'ICIS. Voir [le cas d'utilisation 3 : Mise en œuvre de la norme de données du FMIMS de l'ICIS par une association de paramédics](#).

1.2

Quand il existe des registres nationaux qui collectent des données auprès des ordres professionnels, comme le [Registre national des médecins](#) (Conseil médical du Canada, 2024), il serait utile de les aligner sur la norme de données du FMIMS de l'ICIS. Avec cet alignement, il serait possible de comparer avec fiabilité les données sur les médecins et celles sur d'autres professions de la santé, ce qui est essentiel pour planifier, suivre et évaluer la main-d'œuvre en santé dans son ensemble. L'ICIS devrait collaborer avec le Conseil médical du Canada pour que les ensembles de réponses du FMIMS reflètent la profession médicale, y compris les spécialités.

1.3

Dans le cadre de la norme de données du FMIMS, il serait utile que l'ICIS collabore avec les Forces armées canadiennes et d'autres organismes fédéraux, comme les Anciens Combattants ou les Services correctionnels, pour déterminer comment identifier clairement les professionnelles et professionnels de la santé qui fournissent des services (réguliers et de réserve) dans ces organismes et les inclure dans leurs rapports.

1.4

L'ensemble des établissements, organismes et employeurs en santé devraient envisager l'adoption des [Normes sur les systèmes d'information de gestion](#) de l'ICIS pour permettre une désagrégation supérieure des indicateurs sur les effectifs, comme les congés maladie, les heures supplémentaires et les heures travaillées, par profession de santé et par centre fonctionnel (ICIS, 2025b)¹.

¹ Les normes SIG définissent un centre d'activité comme une « subdivision d'un organisme, en comptabilité sectorielle, où l'on enregistre les dépenses directes prévisionnelles et réelles, les statistiques ou les revenus, s'il y en a, reliés au secteur d'activité dont il s'agit » (ICIS, 2025b).

Longueur de la recommandation : 

Recommandations (suite)

1.5

L'ICIS devrait évaluer la faisabilité de l'ouverture de l'accès aux fichiers de microdonnées pour les données liées à la main-d'œuvre en santé, en plus des tableaux de données structurées. L'évaluation devrait prendre en compte la conformité aux exigences juridiques, de confidentialité, de sécurité et de gouvernance des données sur les Autochtones, y compris le respect des principes de souveraineté de ces données selon les distinctions.

1.6

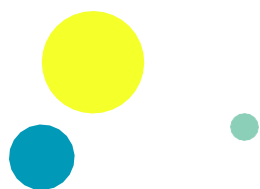
L'ICIS devrait travailler avec les provinces et territoires afin d'explorer la faisabilité de la mise à jour des données du répertoire des personnes assurées afin d'y inclure la langue de service de préférence. L'atteinte de l'objectif – appuyer les besoins de données sur la population pour la modélisation de la main-d'œuvre en santé – repose sur une mise en œuvre homogène dans les administrations et sur un flux de données régulier vers l'ICIS, en supposant que ces éléments soient disponibles dans les systèmes d'origine des données.

1.7

Avec Statistique Canada et Emploi et Développement social Canada (EDSC), Effectif de la santé Canada poursuivra son projet conjoint d'exploration d'approches potentielles pour affiner le niveau de détail sur les professions liées à la santé dans les sources de données existantes. Le projet pourrait comprendre l'examen de méthodes de ventilation de sous-groupes au sein de grandes catégories professionnelles afin de permettre des analyses plus ciblées de la main-d'œuvre en santé, ainsi que l'étude de la faisabilité d'une ventilation, à l'échelle de l'unité, entre les soignantes et soignants professionnels et informels, en collaboration avec Statistique Canada, en vue de déterminer la meilleure approche pour recenser ces derniers et produire des rapports à leur sujet.

1.8

Les établissements et les organismes qui emploient des prestataires de soins de santé devraient explorer la faisabilité, si cela correspond à leur mission et à leur raison d'être, de la mise en œuvre du Sondage universel de l'Organisation de normes en santé (HSO) auprès de la main-d'œuvre (Organisation de normes en santé, 2025).



Longueur de la recommandation :  court terme  moyen terme  long terme

1.9

Effectif de la santé Canada devrait rencontrer des intendantes et intendants et des partenaires pertinents pour étudier la faisabilité de passer en revue les pratiques de suppression des données qui affectent l'accès aux données des communautés rurales et éloignées, et tenir des conversations ciblées sur les obstacles et exigences juridiques et politiques.

1.10

Effectif de la santé Canada et ses groupes consultatifs, avec la participation de l'ICIS et de Statistique Canada, sont encouragés à discuter des caractéristiques de données actualisées et adaptées, y compris les éléments à collecter, à quelle fréquence et pour qui. Il n'est pas nécessaire de rendre toutes les données disponibles en temps réel : les efforts devraient être centrés sur les investissements et les stratégies d'amélioration de l'efficacité des flux de données existants et de l'utilisation efficace des ressources.

Remarque sur les mesures 1.9 et 1.10 :

Tout examen ou toute discussion sur des considérations d'accès aux données doit prendre en compte les obligations de confidentialité légales, les cadres de contrôle de la divulgation et le principe fondamental de protection de la vie privée des répondantes et répondants.

1.11

Effectif de la santé Canada, en partenariat avec l'ICIS et d'autres intendantes et intendants des données, devraient poursuivre l'évolution du [catalogue de données sur la main-d'œuvre en santé](#) pour couvrir plus largement les sources de données existantes. La base de données sera améliorée au fur et à mesure. Conçu en collaboration avec l'ICIS et Statistique Canada, le catalogue de données présente aux internautes les données liées à la main-d'œuvre en santé pertinentes et les moyens d'y accéder.

1.12

Les intendantes et intendants de données, Effectif de la santé Canada, le Réseau canadien des personnels de santé (RCPS) et d'autres doivent poursuivre leurs efforts de promotion de la littératie en matière de données par des communications, des publications, des microcertifications et des activités mobilisatrices, dont des ateliers et des tables rondes sur des sujets précis intégrant des éléments des données.

1.13

Effectif de la santé Canada créera un cadre de surveillance pour suivre et diffuser les progrès de la mise en œuvre de la stratégie de données et son adaptation aux évolutions du système de santé.

Longueur de la recommandation : 

➤ **CAS D'UTILISATION 3 : Mise en œuvre de la norme de données du FMIMS de l'ICIS par une association de paramédics**

- L'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick mène une démarche proactive de modernisation des données sur la main-d'œuvre en santé en explorant la mise en œuvre de la norme de données du FMIMS de l'ICIS, avant même de recevoir la désignation de profession prioritaire ou un financement particulier. Consciente de la valeur de données normalisées, l'Association a souhaité améliorer l'uniformité et l'exhaustivité des renseignements sur les effectifs de paramédics dans toute la province.
- En adoptant la norme de données du FMIMS, elle a cherché à aligner ses méthodes de collecte de données sur les normes nationales. Cette décision découle de la conviction que des données normalisées sur la profession renforceraient la planification locale de la main-d'œuvre, mais permettraient aussi l'intégration future avec de plus grands ensembles de données. Cette intégration permettrait de mieux suivre la mobilité de la main-d'œuvre et les inscriptions étudiantes, et d'éclairer des décisions stratégiques fondées sur des données probantes en matière de politiques.
- Les travaux préliminaires d'adoption de cette norme montrent que les organismes réglementaires peuvent utiliser les normes existantes pour contribuer à bâtir un écosystème de données sur la santé interconnecté, qui appuie une meilleure planification et améliore les soins et les résultats de santé.

Résultat commun 2

Partenariats avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis

- Des partenariats et mécanismes dirigés par des Autochtones et fondés sur les distinctions sont établis avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour gouverner, diriger et superviser la collecte, le partage, la protection et l'utilisation des données sur la main-d'œuvre en santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis d'une manière qui répond à leurs besoins prioritaires, appuie la sécurité culturelle et respecte les droits à la souveraineté des données sur les Autochtones.

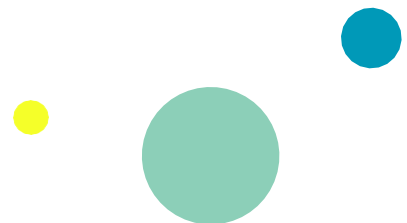
Ce résultat commun se concentre sur les données concernant la main-d'œuvre en santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, reconnaissant les disparités importantes et persistantes dans les résultats de santé entre les peuples autochtones et la population non autochtone, et le rôle crucial des données sur la main-d'œuvre en santé dirigées par des Autochtones et culturellement appropriées dans la lutte contre ces iniquités. Il reconnaît également que les pratiques coloniales de collecte, d'utilisation et de gouvernance des données sur les peuples autochtones ont causé de graves préjudices et profondément miné la confiance (Agence de la santé publique du Canada, s. d.). Dans ce contexte, la souveraineté des données sur les Autochtones – reconnue comme un droit inhérent ancré dans l'autodétermination – ressort non pas comme un principe abstrait, mais comme une condition nécessaire pour restaurer la confiance, assurer la responsabilisation et permettre aux peuples des Premières Nations, Inuit et Métis de gouverner les données de façons qui soutiennent leurs priorités en santé et leur sécurité culturelle.

Karhinéhtha' Cortney Clark, une femme mohawk du territoire mohawk de Wáhta et chercheuse en santé autochtone, a contribué à la section Effectif en santé autochtone de la publication [Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada – Étude sur l'éducation, la formation et la répartition de l'effectif en santé au Canada](#) (Santé Canada, 2025), approuvée par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux (sauf celui du Québec) en janvier 2024. Le rapport recommande de mener des efforts collaboratifs pour concevoir des processus de collecte, prévoir les besoins de main-d'œuvre et créer des programmes et services de santé culturellement adaptés à la main-d'œuvre en santé autochtone. La surveillance régulière du recrutement, du maintien en poste et des résultats scolaires ainsi que la production de rapports sur ces sujets sont essentielles à la responsabilisation (Santé Canada, 2025).

Les recommandations visant à faire progresser les données sur la main-d'œuvre en santé autochtone seront formulées en collaboration avec des organismes et partenaires des Premières Nations, Inuit et Métis, dans le respect et l'application des processus établis de gouvernance des données autochtones lorsqu'ils s'appliquent, dans le cadre du processus de stratégie de données renouvelable.

La stratégie de données tient compte du fait que la création de partenariats peut se faire à différentes étapes du processus et qu'elle prendra différentes formes selon le contexte de gouvernance des données. Effectif de la santé Canada a progressé dans sa démarche d'établissement de relations avec des partenaires des Première Nations et est déterminé à employer une approche fondée sur les distinctions dans toutes ses relations avec des partenaires autochtones. Cette approche garantit que les cadres de souveraineté des données autochtones, comme les principes de PCAP®, les principes PCAI et la Stratégie nationale inuite sur la recherche (SNIR), sont respectés, et que leur application est dirigée par des Autochtones et adaptée au contexte. La première version de la stratégie de données reconnaît que les relations doivent être construites et maintenues au fil du temps.

Les recommandations ci-dessous reflètent ce stade précoce. Il convient également de noter que le deuxième résultat commun de la Stratégie ne pourra être atteint que si les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont dotés des capacités et des soutiens nécessaires pour permettre une mobilisation et des contributions significatives et durables, notamment au moyen de stratégies de gouvernance des données fondées sur les distinctions. À l'heure actuelle, ces capacités sont insuffisantes et, si cette lacune n'est pas comblée, des progrès significatifs vers ce résultat commun seront compromis. Il s'agit d'un enjeu plus vaste et de nature multi juridictionnelle, qui doit être abordé collectivement.



Remarque : Les échéanciers des recommandations seront déterminés en collaboration avec les partenaires des Premières Nations, Inuit et Métis.

Recommandations

2.1

Effectif de la santé Canada et les autres organismes partenaires, dont les principaux intendants et intendantes des données du Canada, sont encouragés à s'assurer, en collaboration avec les organismes représentant les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qu'ils emploient une approche fondée sur les distinctions pour les données sur la main-d'œuvre en santé des Premières Nations, Inuit et Métis (si ce n'est pas déjà fait) et à continuer d'appliquer une telle approche dans les initiatives en cours et nouvelles, lorsque c'est approprié, notamment par la mise en œuvre du plan d'action du Canada relatif à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (ministère de la Justice du Canada, 2025).

2.2

Effectif de la santé Canada et les autres organismes partenaires, dont les principaux intendants et intendantes des données du Canada, sont encouragés à continuer de bâtir des relations avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et d'autres organismes ou groupes de données fondés sur les distinctions.

2.3

Effectif de la santé Canada et les autres organismes partenaires, dont les principaux intendants et intendantes des données du Canada, sont encouragés à collaborer aux stratégies de données dirigées par des Autochtones, à les soutenir et à s'en inspirer – en tant que solutions permettant de combler les lacunes dans l'information ou à surmonter les obstacles qui touchent la planification et les résultats d'une main-d'œuvre en santé des Premières Nations, Inuit et Métis axée sur l'équité – y compris la Stratégie de gouvernance des données des Premières Nations (SDGN), la Stratégie nationale inuite sur la recherche (SNIR) et la stratégie de données inuites nationale à venir, et le Comité organisateur sur les données et les statistiques de la Nation métisse.

2.4

Effectif de la santé Canada et les autres organismes partenaires, dont les principaux intendants et intendantes des données du Canada, sont encouragés à concevoir (si ce n'est pas déjà fait) des plans de participation fondés sur les distinctions pour leurs initiatives respectives de données sur la main-d'œuvre en santé – avant les points de décision importants et en collaboration avec les partenaires des Premières Nations, Inuit et Métis – pour assurer la visibilité et la prévisibilité accrues de la participation et donner assez de temps pour une participation significative et respectueuse.

Recommandations (suite)

2.5

Effectif de la santé Canada et les autres organismes partenaires, dont les principaux intendants et intendantes des données du Canada, sont encouragés à collaborer à la promotion de mécanismes de gouvernance des données fondés sur les distinctions et dirigés par des personnes inuites, métisses et des Premières Nations, établis à l'échelle locale, régionale ou nationale pour garantir le respect des droits à la souveraineté des données sur les Autochtones, à s'inspirer de ces mécanismes et à s'assurer qu'ils peuvent – de manière durable et équitable – contribuer aux grandes initiatives pancanadiennes de modernisation des données de santé publique incluant la main-d'œuvre en santé, et en tirer profit.

2.6

Effectif de la santé Canada et les autres organismes partenaires, dont les principaux intendants et intendantes des données du Canada, sont encouragés à mobiliser des associations de professionnelles et professionnels de la santé autochtones dans le cadre de leurs initiatives de participation.

2.7

Effectif de la santé Canada travaillera avec des partenaires des Premières Nations, Inuit et Métis pour recenser et utiliser les cadres et références les plus actuels et pertinents en matière de souveraineté des données afin d'appuyer des activités de collaboration respectueuses pour faire progresser les objectifs communs établis.

Résultat commun 3

Flux de données efficace et interopérable

- L'efficacité du flux de données sur la main-d'œuvre en santé est maximisée pour
- réduire le fardeau de collecte de données et de production de rapports, diminuer les
- coûts et améliorer la rapidité – en tirant profit de l'utilisation secondaire de données là
- où c'est possible.

Le Canada ne manque pas de données sur la main-d'œuvre en santé. Cependant, celles-ci sont fragmentées entre de nombreuses sources et administrations, et ne sont pas interopérables entre les intendantes et intendants et les utilisatrices et utilisateurs de données.

Les différences entre les politiques et les processus de divers organismes et administrations peuvent nuire au soutien de l'utilisation secondaire de données, notamment pour la planification, l'amélioration de la qualité ou l'élaboration de politiques (OCDE, 2025).

D'autres difficultés sont dues à la variabilité de l'interprétation des cadres législatifs (OCDE, 2025). Il existe des exemples d'interprétations multiples dans une même administration. Un ordre professionnel pourrait ainsi rendre ses données accessibles pour une utilisation secondaire, tandis qu'un autre pourrait avoir l'impression que la loi ou les cadres réglementaires lui interdisent de le faire.

On considère aujourd'hui qu'une bonne architecture de données pour la planification de la main-d'œuvre en santé du Canada met l'accent sur l'utilisation de canaux de données interopérables, qui automatisent la collecte et le traitement des données ainsi que la production de rapports. Ce type d'approche, quoique bien installé dans certaines

régions, demeure cloisonné et n'est pas coordonné à l'échelle nationale. L'adoption de normes communes pour le Canada permettrait d'obtenir des flux de données flexibles et durables favorisant l'analyse en temps réel et la planification adaptée (Bourcier et Simkin, 2024).

Plusieurs initiatives d'interopérabilité sont en cours, dont le travail collaboratif de Soins connectés entre l'ICIS et Inforoute Santé du Canada (Inforoute Santé du Canada, s. d.). En février 2026, le gouvernement du Canada a présenté la [Loi visant un système de soins de santé connecté au Canada \(projet de loi S-5\)](#), qui a pour but de renforcer l'échange sécurisé et interopérable des données médicales dans tous les systèmes de santé. Cette stratégie de données appuie l'avancement continu des initiatives de Soins connectés et reconnaît le rôle que pourrait jouer le projet de loi S-5 dans la mise en place d'un système de données interopérables sur la main-d'œuvre en santé.

Recommandations

3.1

L'ICIS et Inforoute Santé du Canada sont encouragés à améliorer la Feuille de route de l'interopérabilité pancanadienne pour y inclure les flux de données sur la main-d'œuvre en santé afin de soutenir leur utilisation pour la prestation de soins et leur réutilisation pour la planification et la surveillance.

3.2

L'ICIS devrait poursuivre sa collaboration avec les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux et les ordres professionnels pour améliorer le flux des données sur la main-d'œuvre en santé en faisant la promotion de l'adoption de la norme de données du FMIMS de l'ICIS par toutes les administrations. Lorsque les ministères maintiennent des bases de données sur la main-d'œuvre en santé, l'harmonisation avec les normes de l'ICIS peut favoriser le partage de données simplifié avec un faible fardeau.

Remarque : *Un système interopérable tourné vers l'avenir permettrait aux ordres professionnels de transmettre des données normalisées en temps quasi réel à l'ICIS et aux ministères en parallèle, ce qui améliorerait la rapidité et l'uniformité. Au fil du temps, les flux de données devraient être de plus en plus automatisés pour permettre un échange efficace et durable.*

3.3

L'ICIS devrait poursuivre sa collaboration avec le Conseil médical du Canada et les ordres professionnels provinciaux et territoriaux pour permettre l'accès aux données du Registre national des médecins, facilitant la comparaison entre les professions et les administrations. Les efforts devraient se concentrer sur les flux de données rapides par des moyens interopérables et éventuellement automatisés.

3.4

Les administrations et l'ICIS sont encouragés à explorer la faisabilité de permettre des flux de données en temps quasi réel pour les indicateurs sur les effectifs hospitaliers.

3.5

Le Comité sur l'effectif en santé fédéral-provincial-territorial est encouragé à évaluer les occasions pour les provinces et territoires d'échanger et de mieux comprendre les cadres législatifs et réglementaires de chaque administration. Cet apprentissage mutuel aidera les participantes et participants à créer des environnements qui améliorent les flux de données. Voir [le cas d'utilisation 4 : Changer les cadres législatifs](#).

Longueur de la recommandation : 

3.6

Tous les organismes et employeurs qui utilisent ou produisent des données sur la main-d'œuvre en santé devraient s'aligner sur les cadres et lignes directrices existants comme le [Cadre d'intendance des données sur la santé](#) de l'ICIS (ICIS, s. d.) et le cadre de gouvernance des données de l'Institut des normes de gouvernance numérique — [Gouvernance des données : Cadre de renforcement des compétences et de la gouvernance en matière de données et d'information sur la santé](#) (Institut des normes de gouvernance numérique [INGN], 2023), et les appliquer pour guider les rôles d'intendance, assurer une gouvernance transparente et renforcer la responsabilisation afin de maintenir la confiance du public.

3.7

Effectif de la santé Canada continuera de bonifier et d'élargir ses [tableaux de bord de données et de renseignements](#) dans des formats adaptés pour améliorer l'accès à diverses sources de données et soutenir la planification d'un système de santé efficient et efficace.

3.8

L'Organisation de normes en santé est encouragée à continuer de transmettre les résultats de son Sondage universel auprès de la main-d'œuvre à Effectif de la santé Canada pour bonifier le module de [bien-être des prestataires](#) de ses tableaux de bord de données et de renseignements.

3.9

L'ICIS est encouragé à inclure les données sur la prestation de soins et la main-d'œuvre en santé dans le Cadre pancanadien de contenu des données sur la santé (norme de données nationale pour Soins connectés) et à collaborer avec les fournisseurs du système de santé pour adopter et intégrer les données sur la prestation de soins et la main-d'œuvre en santé dans les dossiers médicaux électroniques, les systèmes d'information sur la santé et les autres systèmes du secteur.

Longueur de la recommandation :  court terme moyen terme long terme

➤ CAS D'UTILISATION 4 : Changer les cadres législatifs

- En 2017, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté une loi permettant au gouvernement et aux autorités publiques de transmettre des données à l'échelle des personnes à la plateforme de recherche provinciale, DataNB (anciennement NB-IRDT). Une mise à jour effectuée en 2019 en a élargi la portée pour inclure les données de programmes postsecondaires, de programmes passerelles, d'autorités émettrices de permis et de services de santé. Ensemble, ces changements ont permis des recherches détaillées liant la formation, les permis, l'emploi et la résidence pour les professions réglementées de la santé.
- Cet environnement de données intégré soutient l'analyse de questions cruciales sur la main-d'œuvre concernant les transitions entre la formation et l'emploi, le maintien en poste et la mobilité des professionnelles et professionnels de la santé. Ainsi, DataNB fait le lien entre la diplomation universitaire et collégiale et les données d'assurance-maladie et de rémunération pour étudier les cheminements de carrière des infirmières et infirmiers autorisés ainsi que des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.
- Le travail est en expansion pour inclure l'ensemble du personnel infirmier ainsi que les travailleuses sociales, travailleurs sociaux, paramédicales et paramédicaux. Les recherches futures examineront aussi les résultats de santé et de bien-être à l'aide des données sur les services de santé et la rémunération du personnel, ce qui fournira de l'information précieuse pour la planification de la main-d'œuvre et les décisions stratégiques.

Résultat commun 4

Renforcement de l'offre de la main-d'œuvre formée au Canada au moyen de données sur l'éducation

- Permettre le partage, l'intégration et l'accessibilité fluides de données respectant la confidentialité entre des sources pertinentes pour renforcer le cheminement de la main-d'œuvre en santé formée au pays, de l'éducation à la prestation de services.

Le rapport *Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada* souligne que « la documentation actuelle sur les données sur les effectifs de la santé porte sur les données recueillies au moment de l'enregistrement ou de l'autorisation d'exercer, et moins sur les données sur les effectifs de la santé avant ou pendant leur éducation et leur formation » (Santé Canada, 2025).

Le manque d'uniformité et d'information concernant l'éducation et la formation des prestataires non-médecins pose des défis considérables pour la planification globale de la main-d'œuvre en santé, laquelle vise la conception stratégique d'un bassin de travailleuses et travailleurs de la santé formés au pays, capable de répondre aux besoins actuels et futurs de la population canadienne. Cela comprend la mise en place d'une capacité d'adaptation et de montée en charge dans le cadre de modèles de soins flexibles et adaptables et lors des crises.

Les recommandations du rapport *Les soins offerts aux Canadiens* comprennent ce qui suit :

- Une norme minimale de données sur les étudiants des professions de santé et leurs programmes d'enseignement devrait être créée et exigée pour tous les programmes des professions de santé afin que ces programmes la suivent et produisent des rapports à cet effet.

- Les données relatives aux étudiants des professions de santé et à leurs programmes d'enseignement doivent être mises à la disposition de ceux qui entreprennent la planification de l'effectif en santé.
- Les étudiants des professions de santé devraient disposer d'un identifiant unique qui ne changera pas tout au long de leur carrière professionnelle afin de faciliter le suivi de la localisation et des modes de pratique à des fins de planification de l'effectif en santé.

Il se fait peu d'échanges de données officiels entre les établissements d'enseignement et les équipes de planification de la main-d'œuvre en santé dans le pays. Le partage de données des ministères de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur aux équipes de la planification dans les ministères de la Santé varie entre les administrations et est souvent le résultat de relations fondées sur des personnes.

Le renforcement de ces liens crée une occasion d'intégrer les ensembles de données nationaux existants sur la formation, comme le [Système d'information sur les étudiants postsecondaires](#) (SIEP) de Statistique Canada, qui fournit déjà des données administratives normalisées sur les inscriptions aux études

postsecondaires et la diplomation au Canada (Statistique Canada, 2025b).

L'intégration du SIEP dans les discussions futures aidera à garantir que les données fondamentales sur la formation sont bien utilisées pour répondre aux besoins de données émergents propres aux professions (p. ex., stages cliniques, compétences et transitions vers l'exercice). Il faudra travailler à mieux comprendre les limites du SIEP pour les groupes de prestataires de soins comptant moins de membres, et explorer des sources de données complémentaires, ainsi que leur modalités d'intégration et leur utilisation pour la planification de la main-d'œuvre en santé.

Dans la plupart des professions et toutes les administrations, l'accès à de l'information normalisée sur les compétences qui définissent les habiletés ou capacités nécessaires au travail d'une travailleuse ou d'un travailleur de la santé demeure limité. Il est essentiel de comprendre les compétences et l'évolution des champs de pratique; en effet, de nombreuses professions étendent leur champ de pratique au fil du temps, alors que les systèmes de données continuent de refléter des suppositions désuètes sur leurs rôles, responsabilités et compétences.

Les cadres de compétences nationaux comme [CanMEDS](#) et [CanMEDS FM](#) soulignent des dimensions importantes de la capacité professionnelle. Toutefois, ces cadres ne s'appliquent pas uniformément aux milieux de pratique, notamment en raison des variations géographiques. Il peut être difficile d'appliquer les attentes en matière de compétences en milieu rural, autant pour les médecins de famille que pour les spécialistes, puisque la pratique en milieu rural nécessite souvent des capacités élargies et des modèles de services différents (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2020).

Il est recommandé de bâtir des relations et des liens entre les secteurs de la santé et de l'éducation comme première étape à une gouvernance appropriée. Comme le couplage de données s'étend à plusieurs sources, il sera aussi important de veiller à ce que toutes les nouvelles approches respectent la confidentialité et les cadres législatifs et réglementaires.

Recommandations

4.1

L'ICIS devrait définir ce qui constitue un ensemble minimal de données normalisées pour les éléments de données sur l'éducation de la main-d'œuvre en santé et à intégrer cela dans la norme de données du FMIMS.

4.2

Puisqu'un espace pour un identifiant national unique a été réservé dans la norme de données du FMIMS et qu'il est en train d'établir le *Cadre pancanadien de contenu des données sur la santé* (ICIS, 2025c), l'ICIS est dans une position idéale pour organiser une discussion nationale sur la voie à suivre pour faire avancer la création et la mise en œuvre d'un identifiant national unique commun à toutes les professions de santé. La discussion devrait réunir des partenaires des secteurs de la santé et de l'éducation de toutes les administrations et inclure les organismes qui détiennent des données sur la formation, même ceux qui n'ont pas de rôle officiel de compilation des données sur la formation, mais qui ont un intérêt à soutenir des initiatives futures de collecte. Voir [le cas d'utilisation 5 : Identifiant personnel de formation](#)

4.3

Les organismes qui jouent actuellement un rôle de compilation des données de formation pancanadiennes (p. ex., l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI] et le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. [RCEP]) sont encouragés à explorer les occasions de travailler avec les établissements d'enseignement pour mettre en œuvre la norme d'éducation de l'ICIS lorsqu'elle sera définie, et de transmettre des données normalisées à l'ICIS.

4.4

Les associations professionnelles en santé, les ordres professionnels et les organismes concernés, dont beaucoup définissent activement les compétences propres aux professions et aux spécialités, sont encouragés à travailler collectivement vers une formulation pancanadienne coordonnée des compétences. Les travaux existants et en cours devraient être rendus publics, lorsque cela est approprié, pour favoriser la mesure, la planification et l'évaluation uniformes entre les administrations.

4.5

Effectif de la santé Canada donnera un accès facile à de l'information fondée sur les compétences professionnelles par sa [plateforme numérique de premier accès](#) alimentée par l'IA et continuera d'élargir son bassin de partenaires de ressources au besoin.

4.6

Lorsque ce sera possible, Effectif de la santé Canada appuiera une conversation pancanadienne collaborative et en continue pour définir les prochaines étapes plausibles quant aux occasions de travailler vers une infrastructure et une gouvernance dans cet espace.

court terme moyen terme long terme

Longueur de la recommandation :



➤ CAS D'UTILISATION 5 : Identifiant personnel de formation reliant les cheminements

· L'idée d'un identifiant national unique pour les prestataires de soins est envisagée depuis plus de 20 ans, plusieurs professions ayant aussi créé le leur pour faire le suivi des titres de compétences, des permis et de la participation de la main-d'œuvre. Ces efforts mettent en évidence la valeur de pouvoir suivre le parcours d'une personne au fil du temps, tout en respectant sa vie privée et l'autorité administrative.

· En Colombie-Britannique, un numéro d'éducation personnel provincial a été créé pour suivre les personnes de la formation à l'emploi. Ce numéro est un identifiant unique à neuf chiffres assigné à chaque étudiante ou étudiant à son entrée dans le système d'éducation provincial (maternelle à 12e année); il est utilisé par le Student Transitions Project pour relier les données des étudiantes et étudiants de la maternelle aux études postsecondaires.

· Le projet utilise ces numéros (après chiffrement) comme dispositif de liaison entre les dossiers de la maternelle à la 12e année et les dossiers des établissements postsecondaires, permettant un suivi longitudinal des transitions, de la mobilité et des résultats dans tout le système d'éducation. Les données sont agrégées, et des protocoles stricts de confidentialité garantissent que les étudiantes et étudiants ne peuvent pas être personnellement identifiés et qu'aucune décision n'est prise à leur sujet à partir de ces données.

· Les données servent à comprendre la demande régionale de nouveaux programmes en santé. Si on les reliait aux données sur la main-d'œuvre, elles pourraient offrir un tableau plus complet du parcours d'une personne de la formation à l'emploi, puis à l'avancement de carrière.

· En reliant les données sur la formation et la main-d'œuvre, des outils comme le numéro d'éducation personnel démontrent un potentiel dans l'élaboration de politiques fondées sur des données et la planification stratégique de la main-d'œuvre, pour faire en sorte que le système de santé compte tous les professionnels et professionnelles qualifiés dont il a besoin aujourd'hui et dans l'avenir.

Résultat commun 5

Amélioration des données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger

- Permettre la communication, l'intégration et l'accessibilité fluides de données entre des
- sources pertinentes pour renforcer les parcours migratoires pour les professionnelles et
- professionnels de la santé, et leur donner la possibilité de mettre pleinement à profit leurs
- compétences et leurs diplômes au Canada.

Les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) sont un élément important de la main-d'œuvre en santé du Canada depuis de nombreuses années, occupant beaucoup de postes et représentant une proportion considérable de la main-d'œuvre. Bien que la pandémie de COVID-19 ait mis en lumière leurs contributions et mené des provinces et territoires à compter sur des PSFE nouvellement arrivés et déjà résidents, ces efforts étaient déjà en cours, et ne représentaient pas un changement de politique.

Il existe beaucoup de données sur les PSFE, mais les sources demeurent incomplètes et cloisonnées, compliquant ou empêchant le couplage de données et le suivi de personnes au fil du temps. Par exemple, les [données du Recensement et de l'Enquête sur la population active](#) de Statistique Canada montrent le nombre de PSFE vivant au Canada et employés dans le secteur de la santé, mais ne contiennent pas d'information sur le permis des personnes admissibles. Le suivi des voies d'immigration (p. ex., Entrée express et Programme des candidats des provinces) est souvent inégal, et peu de sources recueillent de l'information sur la reconnaissance des titres de compétences étrangers, malgré un intérêt de longue date.

Les systèmes d'immigration fédéraux

actuels ne sont pas conçus pour faire un suivi fiable du nombre de travailleuses et travailleurs formés à l'étranger qui sont au Canada sans travailler dans le secteur de la santé ni des obstacles qu'ils peuvent rencontrer sur leur parcours. Comme les processus d'immigration évaluent les titres de compétences pour la sélection, plutôt que la préparation à l'exercice, les données en résultant peuvent refléter un portrait incomplet du nombre de PSFE admissibles à travailler dans les professions réglementées à leur arrivée. Ces problèmes de suivi et la granularité limitée des données entre les systèmes compliquent la recherche de réponses aux questions comme celle de savoir si les PSFE peuvent trouver un emploi approprié dans leur domaine d'études, et si non, quels obstacles l'empêchent (Santé Canada, 2023a; Statistique Canada, 2023). Par ailleurs, les changements apportés aux exigences d'obtention de permis et de formation au fil du temps viennent compliquer davantage l'analyse des tendances.

La catégorie plus vaste des PSFE comprend aussi des Canadiennes et Canadiens qui ont fait des études en santé à l'étranger et qui cherchent à venir exercer au Canada. À leur retour, ces Canadiennes et Canadiens rencontrent beaucoup des mêmes obstacles liés aux titres de compétences et ne sont pas toujours bien représentés dans la collecte de données.

Plusieurs études ont utilisé des données existantes pour raconter l'histoire des PSFE, mais l'accès aux données demande du temps, des aptitudes de recherche et l'intégration de multiples sources ([voir le tableau 1](#)). Encore là, il n'existe pas de portrait complet.

Lors des rencontres sur la stratégie de données tenues jusqu'ici, on a souligné que ces défis font l'objet de discussions entre les tables et forums fédéraux et intergouvernementaux. Ces mécanismes permettent aux partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux d'examiner les enjeux à l'échelle du système comme la fragmentation des données, le manque d'harmonisation entre les données fédérales sur l'immigration et les processus réglementaires provinciaux et territoriaux, ainsi que le besoin d'un suivi plus clair du cheminement complet des PSFE, de la sélection à l'évaluation, à l'obtention du permis et à l'emploi.

Tout comme l'interface entre la formation et la santé, la relation entre l'immigration et la santé est complexe et comprend des

défis liés aux voies d'obtention de permis, à l'intégration dans la société canadienne, aux efforts de rétention et aux pratiques de recrutement éthiques.

Les PSFE jouent de nombreux rôles dans le système de santé canadien, des soins cliniques directs à l'administration. Il faut aussi se demander plus globalement qui forme la main-d'œuvre de PSFE, et quels rôles ces personnes jouent dans l'écosystème de la santé. Selon les partenaires universitaires, les étudiantes et étudiants internationaux représentent une proportion considérable des inscriptions dans certains programmes agréés de santé et de services administratifs médicaux au Canada (Statistique Canada, 2025c). Les professionnelles et professionnels de l'information sur la santé issus de ces programmes jouent un rôle crucial en tant que producteurs de données cliniques; sans données explicites de haute qualité sur ces rôles, il peut y avoir des conséquences imprévues sur la politique d'immigration relative à ces professions. Voir [le cas d'utilisation 6 : Professionnelles et professionnels de l'information sur la santé](#).

Tableau 1 :

Études récentes sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger

- Statistique Canada et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada – Infirmières immigrantes au Canada : concordance entre les intentions et les résultats en matière d'emploi (Statistique Canada, 2025a)
- Conference Board of Canada – The Leaky Bucket 2024: A Closer Look at

Immigrant Onward Migration in Canada (Monteiro, Guccini et Hamman, 2024)

- Gouvernement du Canada – Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada (Santé Canada, 2023a; Statistique Canada, 2023)
- World Education Services (WES) – Addressing the Underutilization of Internationally Educated Health Professionals in Canada: What the Data Does and Doesn't Tell Us (WES, 2022).

Recommandations

5.1

L'ICIS devrait travailler avec les ordres professionnels, le Conseil médical du Canada et les organismes pertinents comme le Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D. (RCEP) pour assurer la normalisation de la saisie des données sur les PSFE, y compris les diplômées et diplômés internationaux en médecine et les Canadiennes et Canadiens formés à l'étranger. Cela devrait faire partie de l'ensemble minimal de données augmenté sur l'éducation ([Voir la recommandation 4.1](#)), avec des données recueillies et rendues accessibles conformément à [la recommandation 1.3](#).

5.2

Les organismes de santé et les intendantes et intendants de données concernés sont encouragés à élaborer des processus normalisés de collecte et de communication des données sur le permis d'exercice et l'inscription par statut d'immigration pour l'ensemble des provinces, territoires et organismes réglementaires et à lier les données normalisées avec les données nationales administratives et du recensement hébergées par Statistique Canada.

5.3

Effectif de la santé Canada continuera de consolider les données des sources ci-dessus dans le module sur les [PSFE](#) de ses tableaux de bord de données et de renseignements.

5.4

Effectif de la santé Canada continuera de collaborer avec le RCEP et l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) pour promouvoir la disponibilité et l'intégration des données sur la formation des médecins dans ses tableaux de bord de données et de renseignements. Cela comprend la poursuite de discussions et l'exploration de possibilités visant l'établissement de normes communes, de rapports et de couplages pour favoriser la planification de la main-d'œuvre en santé.

5.5

Effectif de la santé Canada explorera la possibilité de travailler avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) afin de porter cette stratégie de données à l'attention des forums fédéraux et intergouvernementaux pertinents liés aux données d'immigration

Longueur de la recommandation : 

➤ CAS D'UTILISATION 6 : Professionnelles et professionnels de l'information sur la santé – étudiantes et étudiants étrangers et changements au programme de permis de travail postdiplôme

- De récents changements à l'immigration fédérale soulignent l'importance de réfléchir plus globalement à qui forme la main-d'œuvre en santé du Canada, et montrent comment l'absence de cette réflexion pourrait avoir des conséquences imprévues sur le système de santé.
- Depuis le 1^{er} novembre 2024, le permis de travail postdiplôme (PTPD) est réservé aux étudiantes et étudiants de certains codes de la Classification des programmes d'enseignement. La plupart des programmes en information sur la santé, essentiels pour la santé numérique, la qualité des données et l'analyse, se retrouvent dans la sous-série 51.07, désormais exclue. Par conséquent, de nombreux établissements ne peuvent plus accepter les étudiantes et étudiants étrangers dans ces programmes, réduisant les inscriptions et limitant le bassin futur de diplômées et diplômés dans ces domaines.
- L'informatique médicale était considérée un domaine d'études admissible au PTPD jusqu'au moment où on l'a retirée de la liste, en juin 2025; elle a toutefois été remise sur la liste en juillet 2025. Ce changement rapide des politiques montre bien comment des décisions stratégiques hors du secteur de la santé peuvent influencer sur des segments essentiels de la main-d'œuvre en santé. Cette liste d'exclusion sera de nouveau mise à jour au début de 2026.
- Les diplômées et diplômés canadiens ne suffisent pas à la demande actuelle en professionnelles et professionnels de l'information sur la santé, et les besoins augmenteront à mesure que les systèmes de santé étendront leurs plateformes numériques, leur structure de gouvernance des données, leur surveillance de l'IA et leur capacité analytique. Les pénuries dans ces rôles nuisent aux soins virtuels, à la qualité de la consignation, aux rapports sur le rendement du système et à la planification en santé de la population.
- Ce cas d'utilisation démontre le besoin de données sur la main-d'œuvre interprofessionnelles et à l'échelle du système pour orienter les décisions stratégiques. Sans information connectée et en temps opportun sur le marché du travail, les changements de politiques hors du secteur de la santé peuvent accidentellement restreindre les capacités du système de santé. Les partenaires de la santé continuent de rencontrer des collègues du fédéral, des provinces et territoires, afin de militer pour une harmonisation des politiques qui soutient une main-d'œuvre en santé durable et bien formée.

Suivi des progrès

- Effectif de la santé Canada continuera de travailler avec des partenaires de l'ensemble du système de santé pour diriger et coordonner les efforts afin de veiller à ce que la stratégie de données demeure pertinente, continue d'évoluer et s'adapte aux besoins émergents.
- L'apprentissage continu et la rétroaction seront importants pour ce processus. Les partenaires, y compris les administrations, les organismes et les organismes des Premières Nations, Inuit et Métis, auront des occasions de présenter leurs connaissances, leurs défis et leurs priorités émergentes par des canaux simplifiés. Ces conversations aideront à déterminer où il faut du soutien, de nouvelles approches ou des mesures supplémentaires, pour garantir que la stratégie de données demeure inclusive et efficace.
- Dans l'ensemble, cette approche fera de la stratégie de données une ressource évolutive qui s'adapte à l'évolution des besoins du système de santé, aux avancées technologiques comme l'IA et aux pratiques et principes associés à la souveraineté des données autochtones.

Cadre de suivi

Pour favoriser le renforcement de la base de données sur la main-d'œuvre en santé du Canada, Effectif de la santé Canada élaborera en 2026 un cadre de suivi qui aidera les partenaires à apprendre ensemble comment fonctionne la stratégie de données en pratique et où des ajustements pourraient être utiles.

Plutôt que de servir d'outil de supervision ou de conformité, le cadre mettra la priorité sur l'apprentissage commun, la réflexion et l'adaptation. Il aidera les partenaires à suivre le déroulement de la mise en œuvre des recommandations de la stratégie de données, à mettre au jour les obstacles et les leviers, et à orienter l'évolution des priorités au fil du temps.

Le suivi se concentrera sur deux domaines :

- Les progrès vers les résultats communs de la stratégie de données à mesure que les administrations et les organismes appliquent les recommandations à court, moyen et long terme.
- Les aspects contextuels comme la gouvernance des données, la capacité, la collaboration et la participation qui façonnent la capacité des organismes et les administrations à poursuivre le travail.

Cette approche axée sur l'apprentissage fournit un cadre de suivi pratique et adaptable qui soutient le leadership partagé, met en lumière les ajustements nécessaires et aide à harmoniser les décisions de planification à court et à long terme. Elle garantit aussi que la stratégie de données demeure adaptable à l'évolution des circonstances et à l'émergence de nouvelles possibilités.

Prochaines étapes

Effectif de la santé Canada reconnaît que la mise en œuvre de certaines recommandations dans toutes les administrations dépend des ressources et des priorités organisationnelles des partenaires. Les ententes de financement de certains organismes pancanadiens ne comprennent pas actuellement ces recommandations, ce qui signifie qu'il faudra possiblement de nouveaux engagements pour atteindre les résultats communs et appliquer les recommandations. Ainsi, cette stratégie de données vise, dans la mesure du possible, à fournir des résultats communs et des recommandations qui s'appuient sur les travaux et projets en cours et en tirent profit.

Comme le mandat du groupe consultatif de la Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé est limité dans le temps, le rôle d'Effectif de la santé Canada en tant qu'organisateur et transmetteur de connaissances sera crucial pour la pérennisation des progrès. En cultivant la collaboration, en soutenant des champions du changement et en créant des espaces d'apprentissage mutuel, Effectif de la santé Canada peut aider à assurer la poursuite du travail.

➤ Éléments à considérer pour les futures versions

Bien que la stratégie de données établisse un point de départ pour améliorer la base de données sur la main-d'œuvre en santé, les versions ultérieures devront être adaptées aux nouvelles priorités. L'IA et l'analytique avancée ne sont que deux exemples de domaines émergents à explorer davantage en lien avec l'utilisation de données sur la main-d'œuvre en santé pour la planification. Il est important de noter qu'avant d'envisager l'intégration de l'apprentissage machine ou de l'apprentissage profond dans le traitement des données sur la main-d'œuvre en santé, les organismes devraient d'abord créer ou adopter des politiques sur la confidentialité des données et l'utilisation éthique de l'IA (Organisation mondiale de la Santé, 2024).

Les futures versions de cette stratégie de données devront aussi explorer l'élaboration d'« objectifs intermédiaires » à intégrer dans chacun des cinq résultats communs et dans les recommandations correspondantes. Ces améliorations aideront à établir un cadre de suivi plus ciblé et utilisable au fil du temps.

➤ Perspectives d'avenir

La Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé se veut plus qu'un ensemble de recommandations. C'est une responsabilité et un engagement communs à bâtir un écosystème de données sur la main-d'œuvre en santé plus solide et plus connecté.

En harmonisant leurs efforts et en collaborant, les administrations et les partenaires peuvent poser les fondements de l'amélioration de la planification, de la prise de décision éclairée et de la résilience dans le contexte des futures difficultés et crises. Ce travail est essentiel pour que la main-d'œuvre en santé du Canada soit bien équipée pour répondre aux besoins aujourd'hui et demain.

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Rapport 3 du Comité consultatif d'experts : vers un système de données sur la santé de calibre mondial*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system/rapport-03-comite-consultatif-experts-vers-systeme-donnees-sante-calibre-mondial.pdf>.

Agence de la santé publique du Canada. (s. d.). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>

Bourcier, D., S. Simkin et I. L. Bourgeault. (2024). *Une architecture de données moderne pour la planification des personnels de santé*. Article présenté à la Conférence annuelle 2024 de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé, du 13 au 16 mai; Ottawa (Ontario). <https://www.hhr-rhs.ca/fr/activites/themes-de-planification/planification-des-personnels-de-sante/une-architecture-de-donnees-moderne-pour-la-planification-des-personnels-de-sante.html>

Conseil médical du Canada. (avril 2024). *Registre national des médecins*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://mcc.ca/fr/titres-de-competences-et-services/registre-national-des-medecins/>.

Inforoute Santé du Canada. (s. d.). *Soins connectés*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/soins-connectes>.

Institut canadien d'information sur la santé. (2025a). *Fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé : dictionnaire de données 2025*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/health-workforce-information-minimum-data-set-data-dictionary-fr.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé. (2025b). *Normes sur les systèmes d'information de gestion*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.cihi.ca/fr/normes-sur-les-systemes-dinformation-de-gestion>.

Institut canadien d'information sur la santé. (2025c). *Cadre pancanadien de contenu des données sur la santé : norme de contenu des données*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pan-canadian-health-data-content-framework-data-content-standard-fr.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé. (s. d.). *Cadre d'intendance des données sur la santé*. <https://www.cihi.ca/fr/a-propos-de-licis/strategies-de-licis/intendance-des-donnees-sur-la-sante/cadre-dintendance-des-donnees-sur-la-sante>.

Références (suite)

Institut canadien d'information sur la santé. (s. d.). *Caractéristiques de l'intendance des données sur la santé*. Consulté le 22 décembre 2025. <https://www.cihi.ca/fr/a-propos-de-licis/strategies-de-licis/intendance-des-donnees-sur-la-sante/caracteristiques-de-lintendance-des-donnees-sur-la-sante>.

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020). *Les compétences liées à la sécurité des patients : l'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé* (2^e édition). Excellence en santé Canada. https://www.healthcareexcellence.ca/media/3oydkq2w/cpsi-safetycompetencies_fr_digital-final-ua.pdf

Institut des normes de gouvernance numérique. (2023). *CAN/DGSI 100-5:2023 : Gouvernance des données – Partie 5 : Cadre de renforcement des compétences en matière de données et d'information sur la santé* (première édition). Conseil canadien des normes.

Ministère de la Justice du Canada. (2025). *Stratégie en matière de justice autochtone : approche fondée sur les distinctions*. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/dja-ijr/sja-ijs/ljsa-tijs/p3.html>.

Monteiro, S., F. Guccini et L. Hamman. (2024). *The Leaky Bucket 2024: A Closer Look at Immigrant Onward Migration in Canada*. Conference Board du Canada. <https://www.conferenceboard.ca/product/the-leaky-bucket-2024/>.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2025). *Facilitating the secondary use of health data for public interest purposes across borders*. OECD Digital Economy Papers, n° 376. <https://doi.org/10.1787/d7b90d15-en>.

Organisation de normes en santé. (2025, juin). *Global workforce survey launch*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://survey.healthstandards.org/en-ca/launch/1c23f397-654a-4359-8a65-678442dd8e59>.

Organisation mondiale de la Santé, Région Méditerranée orientale. (s. d.). *About health workforce*. Consulté le 4 décembre 2025. <https://www.emro.who.int/health-workforce/about/about-health-workforce.html>.

Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>.

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Health and care workforce planning tools: A rapid review*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106277>.

Santé Canada. (2023a). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>.

Références (suite)

Santé Canada. (2023b). *Charte pancanadienne des données sur la santé*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble/charte-pancanadienne-donnees.html>.

Santé Canada. (2025). *Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada – Étude sur l'éducation, la formation et la répartition de l'effectif en santé au Canada*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/etude-education-formation-repartition-effectif.html>.

Statistique Canada. (2025a). *Infirmières immigrantes au Canada : concordance entre les intentions et les résultats en matière d'emploi*. Consulté le 30 octobre 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2025009/article/00003-fra.htm>.

Statistique Canada. (2025b). *Système d'information sur les étudiants postsecondaires (SIEP)*. Consulté le 14 janvier 2025. <https://www.statcan.gc.ca/fr/enquete/entreprise/5017>.

Statistique Canada. (2025c). *Tableau 37-10-0163-04, Distribution d'effectifs d'étudiants internationaux, selon le niveau d'enseignement tertiaire*. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3710016304&request_locale=fr.

Zagrodney, K., D. Bourcier, N. Gupta, S. Simkin, R. Ashcroft, B. Bath, H. E. Ben-Ahmed, N. Crown, B. Gamble, K. Leslie, A. Mashford-Pringle, S. Myles, D. Rice, A. Sweetman et I. L. Bourgeault. (2026). Co-developing an inclusive interprofessional health workforce minimum data standard for enhanced planning and decision-making: A Canadian case with international relevance. *Health policy (Amsterdam, Pays-Bas)*, vol. 163, article 105485. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105485>.

Annexe A

Résumé des résultats communs et des recommandations pour les données pancanadiennes sur la main-d'œuvre en santé

Résultat commun 1

Données de qualité axées sur l'équité pour la prise de décisions

Recommandations et organisations proposées pour agir

- 1.1 *ICIS, ordres professionnels* – Adopter la norme de données du FMIMS de l'ICIS
- 1.2 *ICIS, CMC, ordres professionnels* – Aligner les registres nationaux existants sur la norme de données du FMIMS de l'ICIS
- 1.3 *ICIS, FAC, Anciens Combattants, Services correctionnels, établissements de santé, organismes, employeurs* – Former des partenariats avec les organismes fédéraux pour établir une approche pour recenser les professionnelles et professionnels de la santé fournissant des services et produire des rapports à leur sujet
- 1.4 *Établissements de santé, organismes, employeurs, ICIS, P/T* – Adopter des normes sur les SIG
- 1.5 *ICIS, P/T* – Ouvrir l'accès aux fichiers de microdonnées
- 1.6 *ICIS, P/T* – Mettre à jour les données du répertoire des personnes assurées pour y inclure la langue de service
- 1.7 *ESC, StatCan, EDSC* – Améliorer le niveau de détail des codes de la classification des professions du secteur de la santé
- 1.8 *Établissements de santé, organismes, employeurs* – Mettre en œuvre le Sondage universel de l'Organisation de normes en santé auprès de la main-d'œuvre
- 1.9 *ESC* – Revoir les pratiques de suppression des données dans les communautés rurales et éloignées
- 1.10 *ESC, ICIS, StatCan, P/T* – Organiser une discussion sur la définition des données actualisées
- 1.11 *ESC, ICIS, StatCan* – Étendre la portée du catalogue de données d'Effectif de la santé Canada
- 1.12 *RCPS, StatCan, ICIS* – Promouvoir des initiatives de littératie en matière de données sur la main-d'œuvre en santé
- 1.13 *ESC* – Créer un cadre de surveillance de la stratégie de données

Résultat commun 2

Partenariats avec des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Recommandations et organisations proposées pour agir

- 2.1-2.4 *OPS, établissements de santé, organismes, employeurs* – Employer une approche fondée sur les distinctions pour les initiatives liées aux données inuites, métisses et des Premières Nations
- 2.5 *OPS, établissements de santé, organismes, employeurs* – Tisser des liens avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et apprendre de lui
- 2.6 *OPS, établissements de santé, organismes, employeurs* – Mobiliser les associations professionnelles de santé autochtone
- 2.7 *OPS, établissements de santé, organismes, employeurs* – Travailler avec des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour recenser et utiliser les cadres et références en matière de souveraineté des données les plus actuels et pertinents afin d'appuyer des activités de collaboration respectueuses

Résultat commun 3

Flux de données efficace et interopérable

Recommandations et organisations proposées pour agir

- 3.1 ICIS, ISC** – Bonifier la Feuille de route de l'interopérabilité pancanadienne pour y inclure la gestion des flux de données sur la main-d'œuvre en santé
- 3.2 ICIS, P/T, ordres professionnels** – Encourager l'adoption de la norme de données du FMIMS de l'ICIS et aligner les bases de données sur la main-d'œuvre en santé des ministères sur la norme, le cas échéant
- 3.3 ICIS, CMC, ordres professionnels** – Rendre accessibles les données du Registre national des médecins
- 3.4 ICIS, P/T** – Assurer la circulation en temps réel des données sur les indicateurs de la main-d'œuvre hospitalière
- 3.5 CFPT-ES** – Créer un nouveau sous-comité sur les cadres législatifs et réglementaires
- 3.6 Établissements de santé, organismes, employeurs** – S'aligner sur les lignes directrices et les cadres d'utilisation des données existants et sur les meilleures pratiques en la matière
- 3.7 ESC** – Bonifier les tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada et en étendre la portée
- 3.8 ESC, HSO** – Diffuser le Sondage universel auprès de la main-d'œuvre afin d'améliorer les tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada
- 3.9 ICIS**, fournisseurs de systèmes d'information électronique sur la santé, P/T – Inclure les données sur la prestation des soins et la main-d'œuvre en santé dans le Cadre pancanadien de contenu des données sur la santé et travailler avec les fournisseurs du système de santé pour qu'ils adoptent la norme

Résultat commun 4

Renforcement de l'offre de la main-d'œuvre formée au Canada au moyen de données sur l'éducation

Recommandations et organisations proposées pour agir

- 4.1 ICIS** – Définir un ensemble minimal de données normalisées sur l'éducation de la main-d'œuvre en santé
- 4.2 ICIS, ISC**, détenteurs de données sur l'éducation – Tenir une discussion nationale sur la mise en œuvre d'un identifiant national unique commun à toutes les professions de santé
- 4.3 ICIS**, détenteurs de données sur l'éducation – S'assurer que les établissements d'éducation mettent en œuvre la norme d'éducation nationale, une fois son élaboration terminée
- 4.4 Associations professionnelles de santé, ordres professionnels et/ou organismes appropriés désignés par les professions** – Créer une définition commune pancanadienne des compétences par profession
- 4.5 ESC** – Donner accès à de l'information basée sur les compétences professionnelles dans la plateforme numérique de premier accès
- 4.6 ESC** – Avoir des conversations en continu qui renforcent l'infrastructure et la gouvernance des données sur l'éducation de la main-d'œuvre en santé

Résultat commun 5

Amélioration des données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger

Recommandations et organisations proposées pour agir

5.1 ICIS, ordres professionnels, CMC, RCEP – Assurer la normalisation de la saisie des données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger, dont les diplômés et diplômées internationaux en médecine et les Canadiens et Canadiennes formés à l'étranger – inclure ces informations dans l'EMD sur l'éducation

5.2 Organismes de santé et intendants de données pertinents, P/T, ordres professionnels – Élaborer des processus normalisés de collecte et de communication des données sur le permis d'exercice et l'inscription, par statut d'immigration, pour l'ensemble des provinces, territoires et organismes réglementaires – à lier avec les données nationales administratives et du recensement

5.3 ESC – Bonifier et diversifier les sources de données sur les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger dans le module des tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada qui traitent du sujet

5.4 ESC, RCEP, AFMC – Faire progresser la disponibilité et l'intégration des données sur l'éducation des médecins dans les tableaux de bord de données et de renseignements d'Effectif de la santé Canada

5.5 ESC, IRCC – Trouver des occasions additionnelles de collaborer avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada pour améliorer les trajectoires d'intégration des professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger

AFMC – Association des facultés de médecine du Canada

CFPT-ES – Comité fédéral-provincial-territorial sur l'effectif en santé

CMC – Conseil médical du Canada

EDSC – Emploi et Développement social Canada

EMD – Ensemble minimal de données

ESC – Effectif de la santé Canada

FAC – Forces armées canadiennes

FMIMS – Fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé

HSO – Organisation de normes en santé

ICIS – Institut canadien d'information sur la santé

IRCC – Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

ISC – Inforoute Santé du Canada

OPS – Organisations pancanadiennes de santé

P/T – Provinces et territoires

RCEP – Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.

RCPS – Réseau canadien des personnels de santé

SIG – Système d'information de gestion

StatCan – Statistique Canada

Annexe B

Rôles et responsabilités des partenaires dans le système

Organisateurs et coordonnateurs (p. ex., Effectif de la santé Canada)

- Agir comme pierre angulaire unificatrice pour l'écosystème de la main-d'œuvre en santé
- Intégrer les sources; harmoniser les normes et les partenaires
- Animer des groupes consultatifs et tables de travail

Partenaires autochtones (détenteurs de droits et autorités en matière de gouvernance)

- Garantir la souveraineté des données sur les Autochtones et l'application d'une approche fondée sur les distinctions (p. ex., principes de PCAP®, principes PCAI et de la Stratégie nationale inuite sur la recherche [SNIR])
- Définir des protocoles dirigés par des Autochtones pour l'accès aux données et la collecte, le partage et l'utilisation des données
- Co-concevoir avec les partenaires du système les parcours de gouvernance et d'accès

Entités intendantes des données (p. ex., ICIS, Statistique Canada)

- Gérer les normes pancanadiennes
- (p. ex., norme de données du FMIMS)
- Exploiter des canaux de données sécurisés, agréger les données et publier
- Permettre la comparabilité et l'interopérabilité

Utilisateurs de données et planificateurs (p. ex., ministères, régions, employeurs, modélisateurs, analystes, décideurs, bailleurs de fonds, chercheurs)

- Utiliser des données pour la planification opérationnelle et stratégique
- Mettre à profit l'analytique avancée afin d'évaluer les tendances
- Utiliser les tendances de la main-d'œuvre pour concevoir et évaluer les politiques, les programmes et les investissements

Gardiens des données (p. ex., organismes de réglementation et provinces et territoires)

- Obtenir et maintenir les données sur les permis, les ressources humaines et l'exercice en vertu de la loi
- Veiller à la conformité, à la confidentialité et à la production de rapports
- Transmettre aux intendants des données (p. ex., selon des ententes)

Annexe C

Infographie sur les données sur la main-d'œuvre en santé au Canada



Renforcer les données sur la main-d'œuvre en santé améliore la planification et contribue à soutenir une prise de décisions éclairées, adaptées à l'évolution constante des systèmes de santé et des besoins de la population.

