



Répartition et migration interne des ergothérapeutes au Canada

R e s s o u r c e s h u m a i n e s d e l a s a n t é



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Répartition et migration interne des ergothérapeutes au Canada

**Préparé par :
J. Roger Pitblado, Ph.D.
Université Laurentienne, Sudbury (Ontario)**

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris les photocopies et les enregistrements, ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca

ISBN 978-1-55465-082-8 (PDF)

© 2007 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé, *Répartition et migration interne des ergothérapeutes au Canada*, Ottawa, ICIS, 2007.

This publication is also available in English under the title *Distribution and Internal Migration of Canada's Occupational Therapist Workforce*.

ISBN 978-1-55465-081-1 (PDF)

Répartition et migration interne des ergothérapeutes au Canada

Table des matières

Remerciements.....	vii
Série de rapports <i>Répartition et migration interne</i>	viii
Sommaire	ix
Introduction	ix
Points saillants	ix
Introduction	1
Contexte	2
Structure du rapport.....	6
La répartition et la migration interne des ergothérapeutes au Canada.....	8
Caractéristiques démographiques.....	8
Répartition géographique	14
Migration.....	19
En résumé	32
Annexe A – Notes méthodologiques	33
Annexe B – Aperçu de la migration interne au Canada.....	43
Annexe C – Ergothérapeutes – Tableaux supplémentaires.....	57
Annexe D – Définitions de la Classification nationale des professions (CNP)	65
Références	79

Liste des tableaux

Tableau 1.	Main-d'œuvre des ergothérapeutes, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	9
Tableau 2.	Migration des ergothérapeutes entre les régions urbaines et les régions rurales du Canada, de 1991 à 2001	30
Tableau B1.	Nombre total de migrants au sein de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	44
Tableau B2.	Mouvements migratoires interprovinciaux ou interterritoriaux de la main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux ou interterritoriaux sur cinq ans, selon la province ou le territoire de résidence, 1991, 1996 et 2001	50
Tableau B3.	Main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001	51
Tableau B4.	Main-d'œuvre canadienne : migration entre les régions urbaines et les régions rurales	52
Tableau B5.	Main-d'œuvre canadienne : sommaire des mouvements de migration urbaine et rurale, en pourcentage, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001	55
Tableau C1.	Proportion d'ergothérapeutes de sexe féminin, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	57
Tableau C2.	Âge moyen estimé des ergothérapeutes, en années, et différence par rapport à la main-d'œuvre canadienne en général, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	58
Tableau C3.	Répartition selon l'âge des ergothérapeutes, en pourcentage, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991	58
Tableau C4.	Répartition selon l'âge des ergothérapeutes, en pourcentage, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996	59
Tableau C5.	Répartition selon l'âge des ergothérapeutes, en pourcentage, selon la province ou le territoire et au Canada, 2001	59
Tableau C6.	Nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	60
Tableau C7.	Ergothérapeutes : nombre de migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991	60
Tableau C8.	Ergothérapeutes : nombre de migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1991 à 1996	61
Tableau C9.	Ergothérapeutes : nombre de migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001	61

Tableau C10. Ergothérapeutes : nombres de migrants de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001	62
Tableau C11. Ergothérapeutes : migration entre les régions urbaines et les régions rurales du Canada, selon le sexe, 1991, 1996 et 2001	62
Tableau C12. Ergothérapeutes : résumé des mouvements de migration urbaine et rurale et intraprovinciale et interprovinciale, en pourcentage, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001	63

Liste des figures

Figure 1.	Proportion de femmes en ergothérapie et dans la main-d'œuvre canadienne, Canada, 1991, 1996 et 2001	10
Figure 2.	Répartition selon l'âge des ergothérapeutes par rapport à celle de la main-d'œuvre canadienne, Canada, 1991	12
Figure 3.	Répartition selon l'âge des ergothérapeutes par rapport à celle de la main-d'œuvre canadienne, Canada, 1996	13
Figure 4.	Répartition selon l'âge des ergothérapeutes par rapport à celle de la main-d'œuvre canadienne, Canada, 2001	14
Figure 5.	Nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001	15
Figure 6.	Nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, selon la division de recensement, Canada, 2001	17
Figure 7.	Répartition en pourcentage des ergothérapeutes et de la population générale, régions urbaines et rurales, Canada, 1991, 1996 et 2001	18
Figure 8.	Composition en pourcentage de la migration des ergothérapeutes (selon le lieu de résidence cinq ans auparavant), selon la province ou le territoire et au Canada, 1991	20
Figure 9.	Composition en pourcentage de la migration des ergothérapeutes (selon le lieu de résidence cinq ans auparavant), selon la province ou le territoire et au Canada, 1996	21
Figure 10.	Composition en pourcentage de la migration des ergothérapeutes (selon le lieu de résidence cinq ans auparavant), selon la province ou le territoire et au Canada, 2001	22
Figure 11.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des ergothérapeutes ayant migré dans une autre province du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991	24
Figure 12.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991	25
Figure 13.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des ergothérapeutes ayant migré dans une autre province du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001	26
Figure 14.	Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001	27
Figure 15.	Taux de migration interprovinciale nette des ergothérapeutes, selon la province ou le territoire, 1991 et 2001	29
Figure 16.	Migration nette des ergothérapeutes dans les régions rurales ou les petites villes, selon le groupe d'âge, Canada, 1991, 1996 et 2001	31

Figure B1.	Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991	45
Figure B2.	Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996	46
Figure B3.	Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 2001	47
Figure B4.	Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 1991.....	48
Figure B5.	Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 2001.....	49
Figure B6.	Main-d'œuvre canadienne : migration nette des régions rurales et des petites villes, selon le groupe d'âge, Canada, 1991, 1996 et 2001	53

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire remercier l'auteur du présent rapport, le D^r J. Roger Pitblado. Le D^r Pitblado est professeur émérite de géographie et chercheur principal associé du Centre for Rural and Northern Health Research, à l'Université Laurentienne de Sudbury, en Ontario.

L'ICIS souhaite également remercier Statistique Canada pour les données agrégées tirées de la base de données du Recensement et pour son orientation précieuse quant à l'utilisation des données du Recensement.

L'ICIS remercie également les personnes suivantes pour leur contribution au rapport *Répartition et migration interne des ergothérapeutes au Canada* :

- Brent Barber, chef d'équipe, ICIS
- Jean-Marie Berthelot, vice-président, ICIS
- Robin Carrière, chef d'équipe, ICIS
- Deborah Cohen, gestionnaire, ICIS
- Barbara Loh, assistante à l'assurance de la qualité, ICIS
- Anne-Marie Robert, analyste principale, ICIS
- Francine Anne Roy, directrice, ICIS
- Jill Strachan, gestionnaire, Relations avec les clients, ICIS
- Josée Vallerand, analyste principale, ICIS
- Chrissy Willemse, analyste principale, ICIS

La recherche et l'analyse s'appuient sur des données provenant de Statistique Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de Statistique Canada.

Les analyses de la répartition géographique et de la migration interne des médecins sont basées sur les données de la Base de données médicales Scott's.

Série de rapports *Répartition et migration interne*

Le présent document fait partie d'une série de rapports étudiant la répartition géographique et la migration interne de différents corps professionnels de la santé au Canada.

Les rapports de la série portent sur les professions suivantes :

- Assistants dentaires
- Audiologistes et orthophonistes
- Dentistes
- Ergothérapeutes
- Hygiénistes et thérapeutes dentaires
- Infirmières autorisées (incluant les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières en chef et les superviseuses)
- Infirmières auxiliaires autorisées
- Inhalothérapeutes, perfusionnistes cliniques et technologues cardio-pulmonaires.
- Médecins (médecins spécialistes et omnipraticiens/médecins en médecine familiale)
- Pharmaciens
- Physiothérapeutes
- Techniciens de laboratoire médical
- Technologues médicaux et assistants en anatomopathologie
- Technologues en échographie
- Technologues en radiation médicale

Sommaire

Introduction

Notre système de soins de santé est complexe; il dépend largement des compétences et des efforts de nombreux intervenants. Malgré un nombre relativement important de professionnels de la santé au Canada, la répartition géographique de cette main-d'œuvre ne suit pas la répartition de la population générale. Les migrations internes, à savoir le déplacement des travailleurs du secteur de la santé dans une même province ou un même territoire, ou d'une province ou d'un territoire à l'autre, modifient constamment la répartition des dispensateurs de soins.

On compte très peu d'études sur la répartition géographique et la mobilité des différents dispensateurs de soins au Canada, en raison principalement des sources de données limitées sur lesquelles s'appuient ces analyses. Toutefois, le Recensement du Canada, malgré ses limites, offre une partie des renseignements nécessaires.

Le présent rapport s'appuie principalement sur les données du Recensement; il amorce l'étude de la répartition géographique et des caractéristiques de la migration interne de plus de 20 groupes de dispensateurs de soins au Canada. Chacune des analyses des professions est présentée sous forme de rapport ou de série de figures et de tableaux (accessibles sur le site Web de l'ICIS, au www.icis.ca). Pour chacune des professions, les rapports comprennent :

- une analyse empirique préliminaire du nombre de membres de la profession et de certaines caractéristiques démographiques;
- un examen de la répartition géographique provinciale, territoriale et infraprovinciale;
- une analyse initiale des caractéristiques de la migration interne (interprovinciale et intraprovinciale)ⁱ;
- des comparaisons chronologiques à l'aide des données de 1991, 1996 et 2001, pour chacune des catégories descriptives énumérées ci-dessus.

Points saillants

Le présent rapport étudie l'importance de la main-d'œuvre en ergothérapie au Canada et certaines de ses caractéristiques démographiques. Il porte également sur sa répartition géographique et les caractéristiques de leur migration interne.

i. Les migrants interprovinciaux incluent les personnes qui vivaient dans une province différente ou un territoire différent cinq ans auparavant. Les migrants intraprovinciaux incluent les personnes qui vivaient dans une collectivité différente au sein de la même province ou du même territoire cinq ans auparavant.

Importance de la main-d'œuvre

- Selon le Recensement de 2001, on comptait 10 040 ergothérapeutes au Canada. Il s'agit d'une hausse de 68 % comparativement à 1991.
- Une forte hausse a caractérisé le nombre de travailleurs de ce groupe de professionnels dans la plupart des provinces et territoires. Les provinces dont le pourcentage n'a pas connu une hausse significative sont l'Île-du-Prince-Édouard (0 %) et la Saskatchewan (4 %).

Tendances démographiques

- En 2001, 90 % des ergothérapeutes au Canada étaient des femmes. Depuis 1991, cette réalité n'a pratiquement pas changé.
- Comme pour de nombreux autres corps professionnels au Canada, la main-d'œuvre en ergothérapie est vieillissante : l'âge moyen en 2001 se chiffrait à 36 ans, comparativement à 34 ans en 1991.
- L'âge moyen des ergothérapeutes est inférieur à celui de la main-d'œuvre canadienne. En moyenne, la main-d'œuvre en ergothérapie était plus jeune (de 5 ans) que celle de la population générale (l'ensemble des personnes de 20 ans et plus occupant un emploi non lié à la santé) en 1991, 1996 et 2001.

Répartition géographique

- Le nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants a augmenté de 52 %, passant de 22 en 1991 à 34 en 2001.
- Entre 1991 et 2001, l'Île-du-Prince-Édouard était l'unique province à voir sa proportion d'ergothérapeutes chuter.
- Au cours de la même période (de 1991 à 2001), la proportion d'ergothérapeutes dans les régions rurales canadiennes a augmenté de 1 %, tandis que le nombre d'habitants dans les régions rurales et les petites villes du Canada a diminué de 2 %. Néanmoins, un écart important persiste entre les données, car on ne comptait que 9 % de l'effectif en ergothérapie dans les régions rurales du pays pour une proportion de 21 % de la population générale.

Caractéristiques de la migration interne

- En 1991, 42 % des ergothérapeutes pouvaient être considérés comme migrants (au niveau international, interprovincial ou intraprovincial); cette proportion avait toutefois diminué jusqu'à 35 % en 2001.
- En ce qui concerne la migration interprovinciale des ergothérapeutes, la Colombie-Britannique affichait la migration nette positive la plus élevée en 1991. En 2001, elle a toutefois perdu son titre de principale destination au profit de la Saskatchewan.
- Les régions rurales du pays ont connu quelques gains quant au nombre d'ergothérapeutes en 1996, comparativement aux pertes globales qui ont caractérisé les années 1991 et 2001. Cette tendance correspond à la migration nette observée dans la population générale.

Introduction

Notre système de soins de santé est complexe; il dépend largement des compétences et des efforts de nombreux intervenants. Au Canada, la santé et les services sociaux emploient plus d'un million de personnes, soit près d'un travailleur canadien sur dix^{1, 2}. Il est entendu que « les défis pressants auxquels fait face le système de santé du Canada ne peuvent être relevés sans tenir compte des gens qui veillent à son bon fonctionnement³ ». [Traduction] Bien que cette main-d'œuvre soit relativement importante, elle n'est cependant pas répartie de façon uniforme sur le plan géographique, par rapport à la répartition de la population générale^{4, 5}. De plus, la répartition géographique des travailleurs de la santé du pays fluctue constamment en raison des migrations internes et du mouvement des travailleurs au sein des provinces ou territoires, ou d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Par exemple, le professeur John Helliwell, économiste à l'Université de la Colombie-Britannique, précisait — comme en fait foi un bref commentaire de Charlotte Gray paru en 1999 dans le *Canadian Medical Association Journal*⁶ — que la migration interprovinciale des médecins est de loin plus importante que la migration vers les États-Unis. Selon lui, le problème de la répartition est au moins aussi épineux que celui de la migration vers les États-Unis.

La question de la migration interne des professionnels de la santé au Canada a fait l'objet de discussions ces dernières années. Voici des exemples de déclarations publiques tirées des médias qui montrent l'intérêt du public pour la question.

- « Au cœur de l'un des pires conflits de travail dans le secteur de la santé qu'ait connu la Nouvelle-Écosse, les technologues de laboratoire, mécontents, se sont précipités hier dans les bras accueillants d'un recruteur de l'Alberta. » [Traduction] (article de la Presse canadienne paru en 2001 dans le *Globe and Mail*)
- « Au Canada, on ne fait pas grand cas de la migration interprovinciale; par contre, on se préoccupe beaucoup de l'équilibre entre les régions urbaines et rurales⁷. » D'un autre côté, on a constaté qu'« une majorité d'infirmières autorisées, dont la migration s'explique par la fréquentation d'un établissement d'enseignement après la formation initiale en soins infirmiers, ne retournent pas dans les régions où elles ont reçu leur accréditation⁸ ». [Traduction]
- « Toutes les provinces ont une stratégie de recrutement et de maintien en fonction, car elles sont toutes aux prises avec un manque chronique de médecins (omnipraticiens et spécialistes), d'infirmières et de technologues en radiation médicale et d'autres professionnels de la santé. Les ministres de la Santé provinciaux se plaignent ouvertement de guerres d'enchères entre les provinces pour accaparer un bassin réduit de ressources; chacun tente de surenchérir avec des primes à la signature du contrat et d'autres avantages contractuels⁹. » [Traduction]

Les citations ci-dessus reflètent des points de vue personnels qui reposent sur très peu de preuves. En fait, nous disposons de très peu de renseignements sur les caractéristiques de la répartition et de la migration de la plupart des professionnels de la santé du Canada. Peu d'études canadiennes se sont penchées sur les caractéristiques de répartition géographique ou de migration interne des professionnels de la santé du pays, sauf en ce qui touche les médecins et les infirmières. Le présent document fait partie d'une série de rapports qui étudient ces questions essentielles pour les ressources humaines de la santé au Canada.

Les rapports de la série comprennent :

- une analyse empirique préliminaire du nombre de membres de la profession et de certaines caractéristiques démographiques;
- un examen de la répartition géographique provinciale, territoriale et infraprovinciale de chacune des professions;
- une description des caractéristiques de la mobilité interne (intraprovinciale et interprovinciale) de 15 groupes professionnels de la santé.

Vous trouverez la liste des professions de la santé que vise l'étude dans les notes méthodologiques (annexe A).

Le présent rapport se penche sur la main-d'œuvre en ergothérapie, l'un des groupes de dispensateurs de soins à l'étude. L'élaboration de stratégies à long terme sur les ressources humaines en est au stade embryonnaire pour ce qui est de cette profession. Les bases de données actuelles qui visaient à appuyer ces stratégies ont été qualifiées de « diffuses et incohérentes¹⁰ ». Bien que la Base de données sur les ergothérapeutes soit en cours d'élaboration¹¹, aucun ouvrage détaillé n'a encore été réalisé sur la répartition géographique ou la mobilité de ces professionnels au Canada.

Contexte

Lors de la Journée mondiale de la santé, en avril 2006, l'Organisation mondiale de la santé a lancé son rapport annuel, dans lequel elle déclarait qu'« œuvrant au cœur du système, le personnel est l'élément moteur de tout progrès en matière de santé¹² ». Au Canada, la nécessité de porter une attention particulière aux questions touchant les ressources humaines de la santé a déjà été reconnue par nombre de commissions et de groupes de travail sur les soins de santé, comme la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (qui a produit le rapport Romanow¹³) et le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie (qui a produit le rapport Kirby¹⁴). De plus, on a créé le Conseil canadien de la santé afin de surveiller la mise en œuvre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, et d'en faire état. L'Accord reconnaît qu'« une bonne planification et une bonne gestion des ressources humaines sont essentielles pour que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux fournisseurs de soins de santé dont ils ont ou auront besoin¹⁵ ».

En d'autres mots, la planification des ressources humaines a pour but de mettre en place le personnel approprié qui doit posséder les compétences nécessaires et se trouver au bon endroit, au bon moment, afin d'offrir les services appropriés aux personnes concernées¹⁶.

Malheureusement, aucune base de données au Canada ne réunit les données nécessaires à l'étude de toutes ces questions. On peut toutefois se servir du Recensement du Canada pour évaluer certains des éléments de la planification des ressources humaines de la santéⁱⁱ. Dans la présente série de rapports, le Recensement a servi à étudier la répartition géographique et les caractéristiques de la migration interne des dispensateurs de soins par rapport à la population canadienne en générale.

Nombre de professionnels et renseignements démographiques de base

Pour bon nombre des professions de la santé à l'étude, il existe très peu de renseignements concernant le nombre de professionnels et les données démographiques de base sur l'âge et le sexe. Or, la planification des ressources humaines de la santé et la gestion du système de santé ne sauraient se passer de renseignements fondés sur les effectifs. Nous avons intégré ces renseignements à nos rapports afin d'offrir un point de départ pour l'ensemble des professions de la santé à l'étude.

Répartition géographique

En ce qui concerne la planification des ressources humaines de la santé, le principal intérêt de la répartition géographique réside dans la répartition spatiale des dispensateurs de soins par rapport à la répartition de la population canadienne en générale. C'est le décalage entre la répartition spatiale de la population générale et celle du personnel de la santé qui retient l'attention du public, des médias, des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs des soins de santé et des chercheurs¹⁷. C'est ce décalage qui a entraîné la production d'une abondante littérature sur les pénuries^{18, 19, 20, 21, 22} et le déséquilibre^{23, 24} dans les ressources humaines de la santé.

Toutefois, la répartition géographique des ressources humaines de la santé au Canada n'est que passablement comprise. Dans *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1995 à 2004*²⁵, l'ICIS décrit les différentes phases de l'évolution de ses systèmes de données sur les ressources humaines de la santé. On trouve d'abord les « systèmes de données matures fondés sur le nombre », dont la Base de données nationale sur les médecins, la Base de données médicales Scott's (auparavant Base de données médicales Southam) et la Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA). Reposant sur ces sources, les séries de rapports *Nombre et répartition* et *Tendances de la main-d'œuvre* de l'ICIS renseignent de façon détaillée sur la répartition provinciale et territoriale des médecins et des infirmières autorisées. Un niveau de détail similaire se profile avec la Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (BDIIAA) et la Base de données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (BDIIPA). À l'heure actuelle, d'autres bases de données de l'ICIS sur les ressources humaines de la santé entrent dans la catégorie des « systèmes de données immatures fondés sur le nombre ». Nous ne savons que très peu de choses sur la répartition géographique des autres corps professionnels de la santé de la série et sur celle des dispensateurs de soins qui n'en font pas partie.

ii. Vous trouverez la description des caractéristiques du Recensement de la population sur le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca).

En général, les rapports qui s'appuient sur les bases de données de l'ICIS et d'autres bases de données administratives ou d'autres enquêtes comme le Recensement ont omis d'étudier la répartition infraprovinciale des ressources humaines de la santé, à l'exception toutefois du rapport *Répartition géographique des médecins au Canada*¹⁷ et de sa mise à jour, *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*⁴, ainsi que du rapport *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales et petites villes du Canada, 2000*⁵. À l'exception de ces études sur les médecins et les infirmières, aucune étude géographique nationale comportant des analyses infraprovinciales ne semble avoir été réalisée sur les dispensateurs de soins du Canada. La présente série de rapports vise à remédier à ces omissions, dans les limites des données employées.

Migration

Un guide d'évaluation des ressources humaines de la santé récemment publié par l'Organisation mondiale de la Santé posait la question suivante : Dans quelle mesure la migration interne du personnel crée-t-elle des déséquilibres sur le plan de la répartition des ressources humaines de la santé²⁶? Une analyse des dispensateurs de soins au Canada posait une question similaire : « Combien de dispensateurs de soins de santé réglementés et non réglementés déménagent chaque année, et quelles sont les répercussions de leur migration sur les services de santé²⁷? »

La migration peut être considérée comme l'élément dynamique de la répartition géographique, étant donné que les gens quittent une région pour s'établir dans une autre. Elle suggère également un problème important dans la planification des ressources humaines de la santé, à savoir le recrutement et le maintien en poste, le recrutement suggérant une hausse de la mobilité, et le maintien en poste, une diminution de la mobilité. La migration interne et externe peut influencer sur les régions d'origine et de destination de diverses façons. Par exemple, dans les collectivités rurales éloignées du Royaume-Uni, on a fait valoir que les professionnels de la santé qui travaillent dans la localité qu'ils habitent apportent une contribution appréciable à la structure sociale des collectivités éloignées, en plus d'une contribution sur le plan des soins de santé, des services sociaux et de l'économie²⁸. Des observations similaires ont été formulées par rapport à la migration des infirmières en régions rurales au Canada⁸.

Bon nombre d'articles et de rapports traitent de l'importance de l'analyse de la migration interprovinciale et, à un degré moindre, intraprovinciale de la population canadienne en générale. Ces travaux portent par exemple sur l'examen d'ensembles de données spécialisées tirées des fichiers d'impôt²⁹ et des données de recensement^{30, 31, 32, 33, 34}. Vous trouverez à l'annexe B un résumé concernant la migration interne de la main-d'œuvre canadienne, à l'exclusion des dispensateurs de soins. Il comprend une brève analyse documentaire, de même que les calculs d'origine effectués à l'aide de certaines des données et méthodes sur lesquelles repose la présente série de rapports.

Les analyses sur les caractéristiques de la migration des ressources humaines de la santé du Canada sont absentes de la liste des publications dont il est question ci-dessus et même des bibliographies de leurs auteurs. La recherche de références sur la migration des ressources humaines de la santé, tant dans la littérature professionnelle que populaire, génère de nombreuses sources. Dans ces résultats toutefois, « migration » fait le plus souvent référence à l'immigration ou à l'émigration (c'est-à-dire la migration internationale) et « ressources humaines de la santé », aux médecins ou aux infirmières et rarement aux dentistes, aux pharmaciens, aux technologues de laboratoire médical ou aux physiothérapeutes, par exemple.

Dans de nombreuses sources d'information canadiennes, on associe généralement la migration des ressources humaines de la santé à l'exode des cerveaux vers les États-Unis. Bien que le volume des migrants internationaux ne soit pas sans conséquence, celui des migrants internes faisant partie des ressources humaines de la santé est de loin plus élevé, en particulier dans certaines provinces, certains territoires et certaines régions du pays. Les caractéristiques de la migration interne sont toutefois noyées dans les études portant sur la migration de la population canadienne en générale. Cela ne signifie pourtant pas qu'il n'existe aucune étude sur la migration des ressources humaines de la santé au Canada. Des articles portant sur les médecins^{35, 36, 37, 38} et les infirmières^{iii, 39} ont paru à ce sujet des publications professionnelles et des rapports. Toutefois, en ce qui concerne les autres corps professionnels de la santé, la migration interne (et même la migration internationale), jugée importante, n'a jamais véritablement fait l'objet d'analyses approfondies^{40, 41, 42}.

Essentiellement, presque toutes les études sur la migration interne des ressources humaines de la santé au Canada portent sur la migration interprovinciale. Aucune d'entre elles ne donne de détails sur les caractéristiques de la migration intraprovinciale ou ne traite de sujets comme la migration du personnel de la santé entre les milieux urbains et ruraux.

Sur le plan des changements démographiques, la migration est peut-être l'élément le plus souvent difficile à modéliser et à prévoir⁴³. Toutefois, à l'heure actuelle, il est rare qu'on puisse modéliser et prévoir avec exactitude la migration des ressources humaines de la santé au Canada, car peu de travaux ont été réalisés jusqu'à maintenant à cet égard, en raison notamment du manque de précision des données. Plusieurs modèles de ressources humaines de la santé au Canada comprennent la migration, mais les détails sur la mobilité sont rarement rendus publics^{44, 45}. Dans l'ensemble, la modélisation des ressources humaines de la santé semble connaître quelques difficultés au Canada. Un récent examen global de la capacité de modélisation du pays a permis de conclure, étant donnée l'ampleur des recherches sur les ressources humaines de la santé dans les universités, les instituts de recherche, les associations professionnelles et d'autres organismes du Canada, et du fait que la planification des ressources humaines de la santé soit en tête des priorités des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux du Canada, on peut qualifier de faible le nombre de modèles solides en matière de ressources humaines de la santé recensés et étudiés dans le rapport⁴⁶.

iii. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés au Canada et Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada*, Ottawa, ICIS, 2005.

Pour améliorer notre compréhension des caractéristiques et de l'importance de la migration des ressources humaines de la santé, nous devons exploiter pleinement les bases de données qui sont déjà à notre disposition et inclure dans nos analyses tous les corps professionnels de la santé, sans nous limiter aux médecins et aux infirmières. Le projet est conçu de façon à enrichir notre compréhension au moyen des données du Recensement du Canada.

Structure du rapport

La présente étude vise à fournir une analyse empirique de la répartition et de la migration interne de certains dispensateurs de soins au Canada. L'introduction, l'annexe A (Notes méthodologiques), l'annexe B (Résumé sur la migration interne au Canada) et l'annexe D (Définitions tirées de la Classification nationale des professions) font partie de tous les rapports de la présente série. La section principale du présent rapport porte sur la répartition géographique et les caractéristiques de la migration interne de la profession de la santé à l'étude. Les caractéristiques propres à cette profession sont comparées aux caractéristiques spatiales et chronologiques de l'ensemble des professions non liées à la santé ou de la population générale. Comme il est indiqué à l'annexe A, les professions et les caractéristiques de migration établies grâce au Recensement ne touchent que les personnes âgées de 15 ans et plus. Toutefois, la présente série de publications traite principalement des dispensateurs de soins âgés de 20 ans et plus.

Caractéristiques démographiques

Nombre de professions de la santé traditionnellement dominées par un sexe en particulier connaissent actuellement des changements à cet égard. Par exemple, le nombre de médecins de sexe féminin et d'infirmiers ne cesse d'augmenter. Sur le plan de la répartition, le vieillissement est également un sujet d'intérêt pour les planificateurs des ressources humaines de la santé, qu'il s'agisse du vieillissement de la population générale ou de l'ensemble des travailleurs ou des ressources humaines de la santé en particulier. Cette forme de répartition est abordée dans le présent rapport à l'aide de grandes catégories d'âge, dont la liste figure à l'annexe A. Les analyses du rapport comprennent également un élément temporel, caractérisé par l'étude des données d'au moins deux des trois recensements (1991, 1996 et 2001) qui constituent le point central des rapports.

Répartition géographique

La géographie d'une profession de la santé s'étudie d'après les nombres et les ratios de la population générale. Ceux-ci sont exprimés en nombres et en ratios provinciaux et territoriaux, et divisés en catégories urbaines et rurales. Cette démarche vise à déterminer si la répartition des membres d'une profession de la santé donnée reflète la répartition géographique de la population générale. Les caractéristiques spatiales de chacune des professions selon le sexe et l'âge sont également indiquées.

Migration interne

L'ensemble des statistiques disponibles pour la présente étude permet d'aborder de façon générale la composition de la migration et les mouvements migratoires. Les statistiques sur les caractéristiques de migration s'échelonnent sur cinq ans et sont ponctuées en trois points établis dans le temps : 1991, 1996 et 2001.

Pour le Canada et chaque province et territoire, la **composition de la migration** détermine les éléments constitutifs des unités géographiques sélectionnées, sur le plan du nombre et de la proportion des personnes s'inscrivant dans les catégories et sous catégories suivantes :

Personne n'ayant pas déménagé :

a) Vivait à la **même adresse** cinq ans auparavant.

Personne ayant déménagé :

a) Non migrant : vivait à une **adresse différente** dans la **même collectivité** cinq ans auparavant;

b) Migrant interne intraprovincial : vivait dans une **collectivité différente** au sein de la **même province** ou du **même territoire** cinq ans auparavant;

c) Migrant interne interprovincial : vivait dans une **province** ou un **territoire différent** cinq ans auparavant;

d) Migrant international : vivait à **l'extérieur du Canada** cinq ans auparavant.

Pour chacune des unités géographiques étudiées, les sections du rapport ayant trait à la composition de la migration indiquent la proportion de l'ensemble des personnes ayant déménagé et des personnes n'ayant pas déménagé au cours des cinq dernières années. Les ensembles de données employés pour les besoins de l'étude n'indiquent pas le pays d'origine des migrants internationaux. Comme dans le cas des analyses sur la répartition géographique, l'examen de la composition de la migration comprend des analyses temporelles et spatiales.

Les **mouvements migratoires** indiquent les régions d'origine et de destination des migrants. Dans le présent rapport, les mouvements sont ramenés au niveau des mouvements interprovinciaux et des mouvements urbains et ruraux, ce qui comprend les chiffres et les taux relatifs à la mobilité interprovinciale et intraprovinciale. En tant qu'éléments de cette partie de l'analyse, les taux de migration d'entrée, de sortie et nette sont calculés pour l'ensemble des secteurs urbains et ruraux du Canada.

La répartition et la migration interne des ergothérapeutes au Canada

Dans la Classification type des professions (CTP) de 1991 et la Classification nationale des professions pour statistiques de 2001, les ergothérapeutes sont identifiés par le code D043. Vous trouverez à l'annexe D un résumé de la définition de ce corps professionnel.

Caractéristiques démographiques

Importance de la main-d'œuvre

En 2001, le Recensement évaluait à 10 040 le nombre d'ergothérapeutes au Canada (tableau 1). Au cours de la période de dix ans s'échelonnant de 1991 à 2001, le nombre total d'ergothérapeutes au Canada a augmenté considérablement, à savoir de 68 %.

Les provinces et territoires ont été caractérisés par de fortes hausses du nombre d'ergothérapeutes. Le Québec et l'Ontario sont les provinces où le nombre brut d'ergothérapeutes est le plus élevé. Au cours de la période de dix ans à l'étude, ces deux provinces ont connu une hausse de 70 % et de 43 %, respectivement. La Colombie-Britannique et l'Alberta ont également été caractérisées par une hausse importante du nombre et de la proportion d'ergothérapeutes sur leur territoire.

Même les provinces dont le nombre total d'ergothérapeutes est comparativement moindre ont enregistré une hausse appréciable du nombre de travailleurs pour ce groupe de professionnels. Ces augmentations allaient de 77 % en Alberta à 200 % au Nouveau-Brunswick. Les provinces qui n'ont pas connu de hausses importantes en pourcentage sont l'Île-du-Prince-Édouard (0 %) et la Saskatchewan (4 %).

La plupart des provinces ont également connu une hausse constante du nombre d'ergothérapeutes d'une année de recensement à l'autre. De 1991 à 1996, le nombre total d'ergothérapeutes a subi une chute à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan et en Alberta. Toutefois, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, le nombre d'ergothérapeutes de ces provinces en 2001 surpassait celui de 1991.

Tableau 1. Main-d'œuvre des ergothérapeutes, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001

	1991	1996	2001	Variation en pourcentage 1991 à 2001
T.-N.-L.	55	75	135	(+ 146)
Î.-P.-É.	35	15	35	(+ 0)
N.-É.	135	130	290	(+ 115)
N.-B.	85	160	255	(+ 200)
Qc	1 590	1 795	2 695	(+ 70)
Ont.	2 330	2 525	3 320	(+ 43)
Man.	240	315	470	(+ 96)
Sask.	225	150	235	(+ 4)
Alb.	670	635	1 185	(+ 77)
C.-B.	700	985	1 450	(+ 107)
Yn	10	0	35	(+ 250)
T.N.-O.	10	10	0	(-100)
Canada	5 995	6 735	10 040	(+ 68)

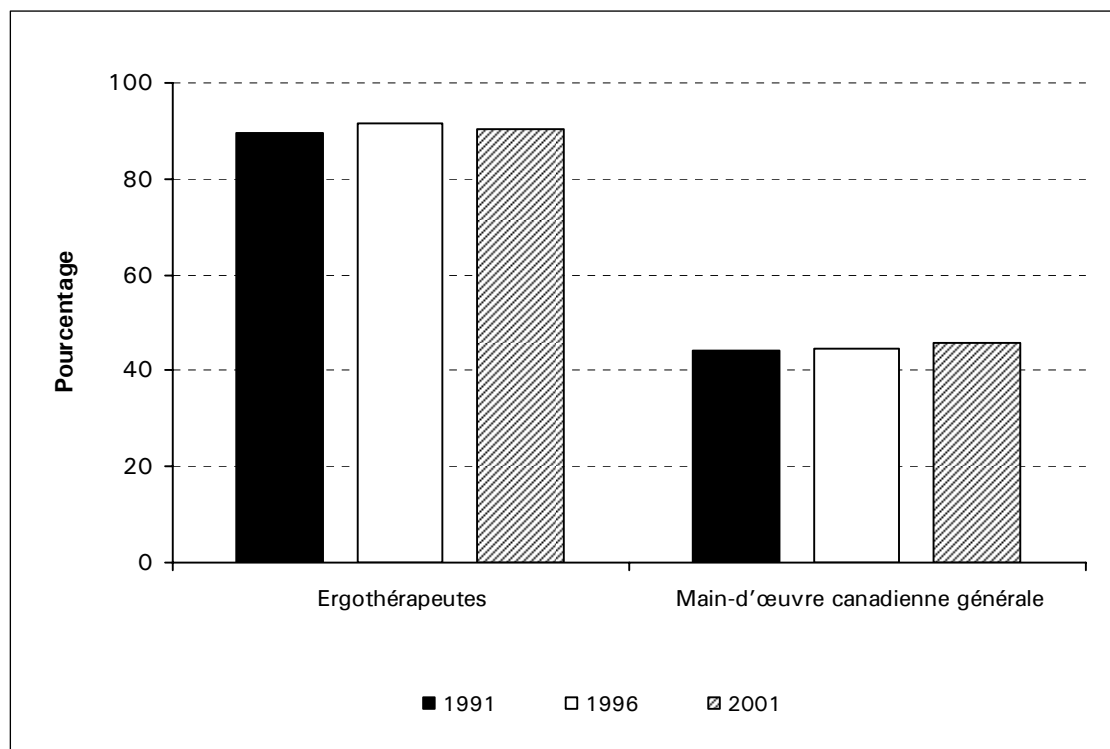
Remarque : Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Répartition selon le sexe

Bien que les ergothérapeutes soient majoritairement de sexe féminin, la main-d'œuvre canadienne (qui n'occupe pas une profession liée à la santé) est majoritairement masculine. En 2001, 90 % des ergothérapeutes du Canada étaient des femmes (figure 1), comparativement à 46 % pour la main-d'œuvre canadienne. Toutefois, au cours de la période de dix ans à l'étude, de 1991 à 2001, le pourcentage d'ergothérapeutes de sexe féminin a augmenté de moins de 1 %. La tendance à la hausse de la proportion de femmes, si infime soit-elle, est parallèle à celle qui prévaut dans la main-d'œuvre canadienne où, au cours de la même période, elle a augmenté de 2 %.

Figure 1. Proportion de femmes en ergothérapie et dans la main-d'œuvre canadienne, Canada, 1991, 1996 et 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Ce ne sont pas toutes les provinces au Canada qui ont connu des tendances à la hausse. Au cours de la période de dix ans, la proportion d'ergothérapeutes de sexe féminin a subi une baisse à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique (annexe C, tableau C1). La chute la plus importante dans la proportion de femmes en ergothérapie s'est produite à l'Île-du-Prince-Édouard (10 %). Puisque le nombre total d'ergothérapeutes à l'Île-du-Prince-Édouard est petit, les données doivent être interprétées avec prudence. La Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ont subi des chutes de 7 % et de 2 %, respectivement.

De 1991 à 2001, les hausses les plus importantes dans la proportion de femmes en ergothérapie appartenaient à Terre-Neuve-et-Labrador (25 %) et au Nouveau-Brunswick (16 %).

Répartition selon l'âge

Globalement, selon les données de recensement, on constate que la main-d'œuvre en ergothérapie du Canada rajeunit (annexe C, tableau C2). En 2001, l'âge moyen des ergothérapeutes au Canada était de 36 ans, comparativement à 34 ans en 1991. Par rapport à l'âge moyen de la main-d'œuvre canadienne en général, les ergothérapeutes sont plus jeunes. En moyenne, la main-d'œuvre en ergothérapie était plus jeune (de 5 ans) que celle de la population générale (l'ensemble des personnes de 20 ans et plus occupant un emploi non lié à la santé) en 1991, 1996 et 2001.

À l'échelle nationale, le profil du vieillissement des ergothérapeutes ressemble à celui observé à l'échelle de nombreuses provinces. En 2001, en moyenne, les plus jeunes ergothérapeutes se trouvaient à Terre-Neuve-et-Labrador (31 ans), au Québec (34 ans) et en Saskatchewan (35 ans), tandis que les plus âgés vivaient à l'Île-du-Prince-Édouard (44 ans) et en Colombie-Britannique (39 ans). Malgré l'écart de 5 ans entre la moyenne d'âge de l'Île-du-Prince-Édouard et celle de la Colombie-Britannique, l'écart entre l'âge moyen des ergothérapeutes et celui des membres de la main-d'œuvre canadienne de leurs provinces respectives était le même (2 ans).

Les figures 2 à 4 font état du vieillissement des ergothérapeutes du Canada. Elles montrent leur répartition selon l'âge par rapport à la main-d'œuvre canadienne en général, chez les personnes de 20 ans et plus, pour les années 1991, 1996 et 2001.

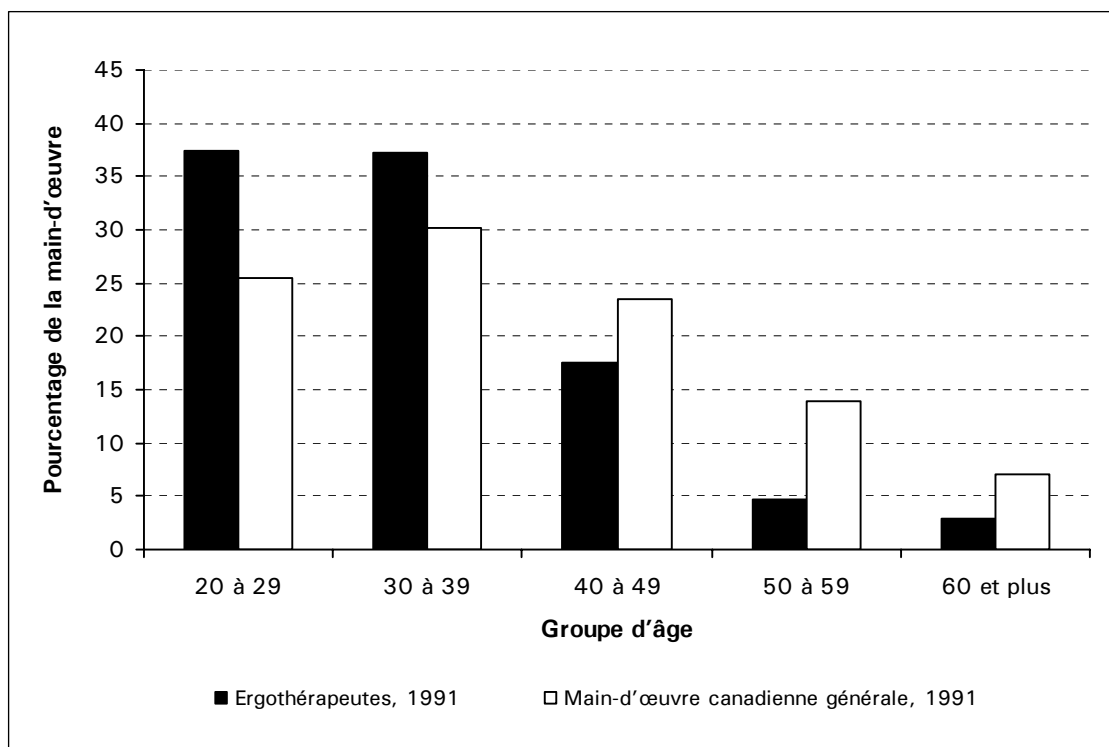
En 1991, 38 % des ergothérapeutes se trouvaient dans le groupe d'âge le plus jeune (de 20 à 29 ans), tandis que seulement 26 % de la main-d'œuvre canadienne appartenait à ce groupe d'âge. En 2001, la proportion de personnes faisant partie de ce groupe d'âge avait diminué de 8 % pour les ergothérapeutes et de 3 % pour la main-d'œuvre canadienne.

Par ailleurs, au cours de la période de dix ans à l'étude, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus était plus élevée dans la main-d'œuvre canadienne en général que chez les ergothérapeutes. En 2001 par exemple, 7 % de la main-d'œuvre canadienne en général était âgée de 60 ans et plus, comparativement à 2 % pour les ergothérapeutes. Fait intéressant, même si la main-d'œuvre canadienne vieillit, la proportion d'ergothérapeutes âgés de 60 ans et plus est passée de 3 % en 1991 à 1 % en 1996 et à 2 % en 2001 respectivement.

Le vieillissement progressif des ergothérapeutes se fait plus évident lorsqu'on compare les données des graphiques des trois groupes d'âge moyen. De 1991 à 1996, la proportion d'ergothérapeutes dans le groupe d'âge de 30 à 39 ans a connu une hausse, elle est passée de 37 % à 42 %. Puis, en 2001, la proportion de ce groupe d'âge a chuté. Parallèlement à ces chutes, la proportion d'ergothérapeutes des groupes d'âge de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans a connu une hausse. Pour le groupe des 50 à 59 ans par exemple, la proportion d'ergothérapeutes a doublé en passant de 5 % en 1991 à 10 % en 2001.

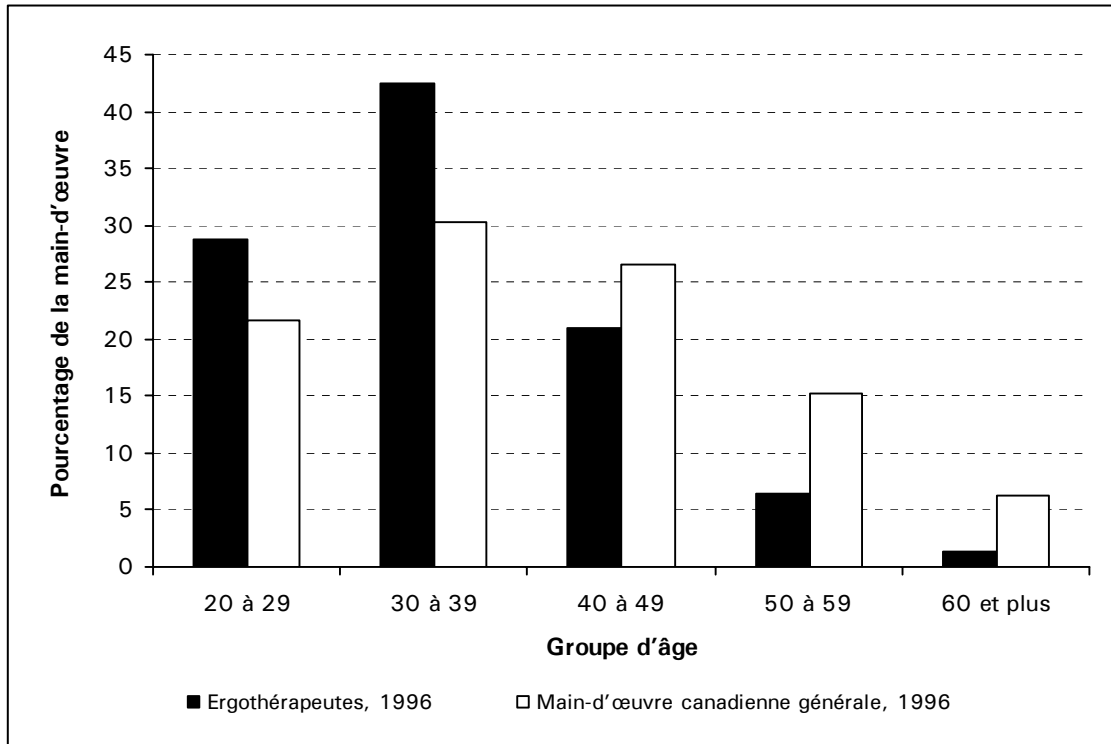
Vous trouverez d'autres profils de répartition selon l'âge par province et territoire et au Canada à l'annexe C, aux tableaux C3 (1991), C4 (1996) et C5 (2001).

Figure 2. Répartition selon l'âge des ergothérapeutes par rapport à celle de la main-d'œuvre canadienne, Canada, 1991



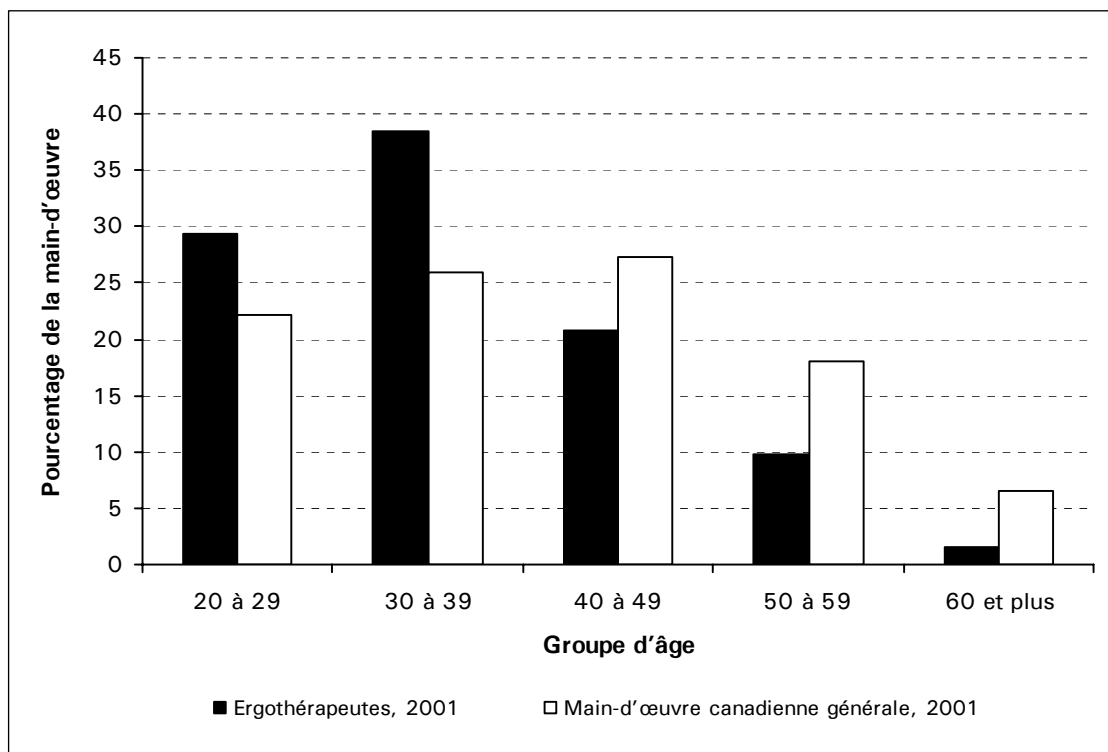
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure 3. Répartition selon l'âge des ergothérapeutes par rapport à celle de la main-d'œuvre canadienne, Canada, 1996



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure 4. Répartition selon l'âge des ergothérapeutes par rapport à celle de la main-d'œuvre canadienne, Canada, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Répartition géographique

Les variations provinciales et territoriales du nombre d'ergothérapeutes ont déjà été illustrées dans le tableau 1. La présente section du rapport traite des liens entre le nombre d'ergothérapeutes et le nombre de personnes dans la population générale, selon divers secteurs géographiques. La question de la répartition géographique est abordée plus loin sous l'angle de la répartition des ergothérapeutes selon la région urbaine et rurale par rapport la répartition de la population générale.

Ratios de la population

D'après les données de recensement, il est possible d'étudier le lien entre le nombre d'ergothérapeutes et la population générale en examinant les ratios du nombre de professionnels par habitant^{iv}.

En 2001 an Canada, on comptait 34 ergothérapeutes par 100 000 habitants. De 1991 à 2001, le nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants a augmenté de 52 %. Le ratio pour ce corps professionnel est passé de 22 ergothérapeutes par 100 000 habitants en 1991 à 23 en 1996 et 34 en 2001.

iv. Dans le présent rapport, le terme « ratio » sert à désigner les ratios du nombre de professionnels par habitant (comme le nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants).

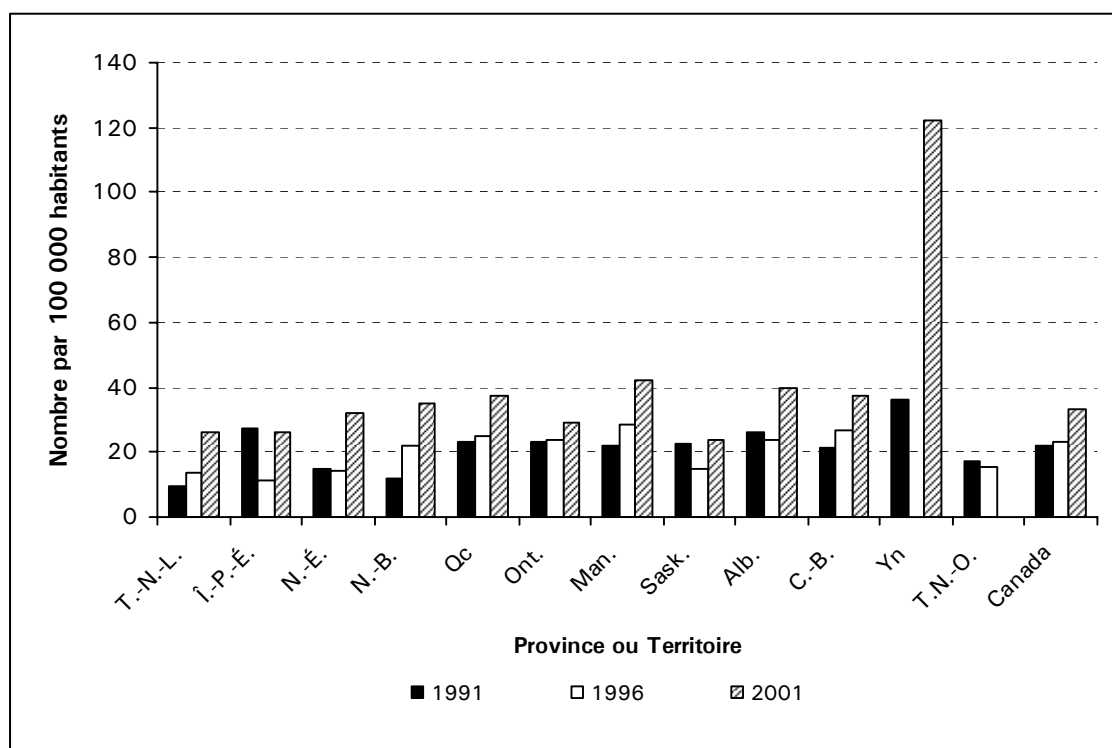
La figure 5 et le tableau C6, à l'annexe C, montrent que les tendances provinciales et territoriales relativement aux ratios de population, en ce qui concerne les ergothérapeutes, suivaient généralement les hausses observées dans l'ensemble du Canada. Ces ratios croissants cadrent également avec la hausse globale du nombre total d'ergothérapeutes décrite précédemment au tableau 1.

En 2001, c'est le Manitoba qui a enregistré la proportion la plus élevée d'ergothérapeutes par rapport au nombre d'habitants (42), suivi de près par l'Alberta avec 40 ergothérapeutes par 100 000 habitants. La Saskatchewan (24) a quant à elle enregistré le ratio le plus faible en 2001.

L'Île-du-Prince-Édouard est l'unique province dont la proportion d'ergothérapeutes a subi une chute entre 1991 et 2001. Au cours de cette période de 10 ans, le nombre d'ergothérapeutes a diminué de 4 %. Fait intéressant, entre 1991 et 1996, la proportion d'ergothérapeutes de l'Île-du-Prince-Édouard et de trois autres provinces a subi une baisse. En 2001, la proportion de ces provinces, à l'exception de celle de l'Île-du-Prince-Édouard, avait rejoint ou dépassé les ratios de 1991.

Il convient d'interpréter avec réserve les ratios des territoires de la figure 5 et du tableau C6. Ces chiffres sont basés sur de très petits nombres d'ergothérapeutes.

Figure 5. Nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001



Remarque : Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

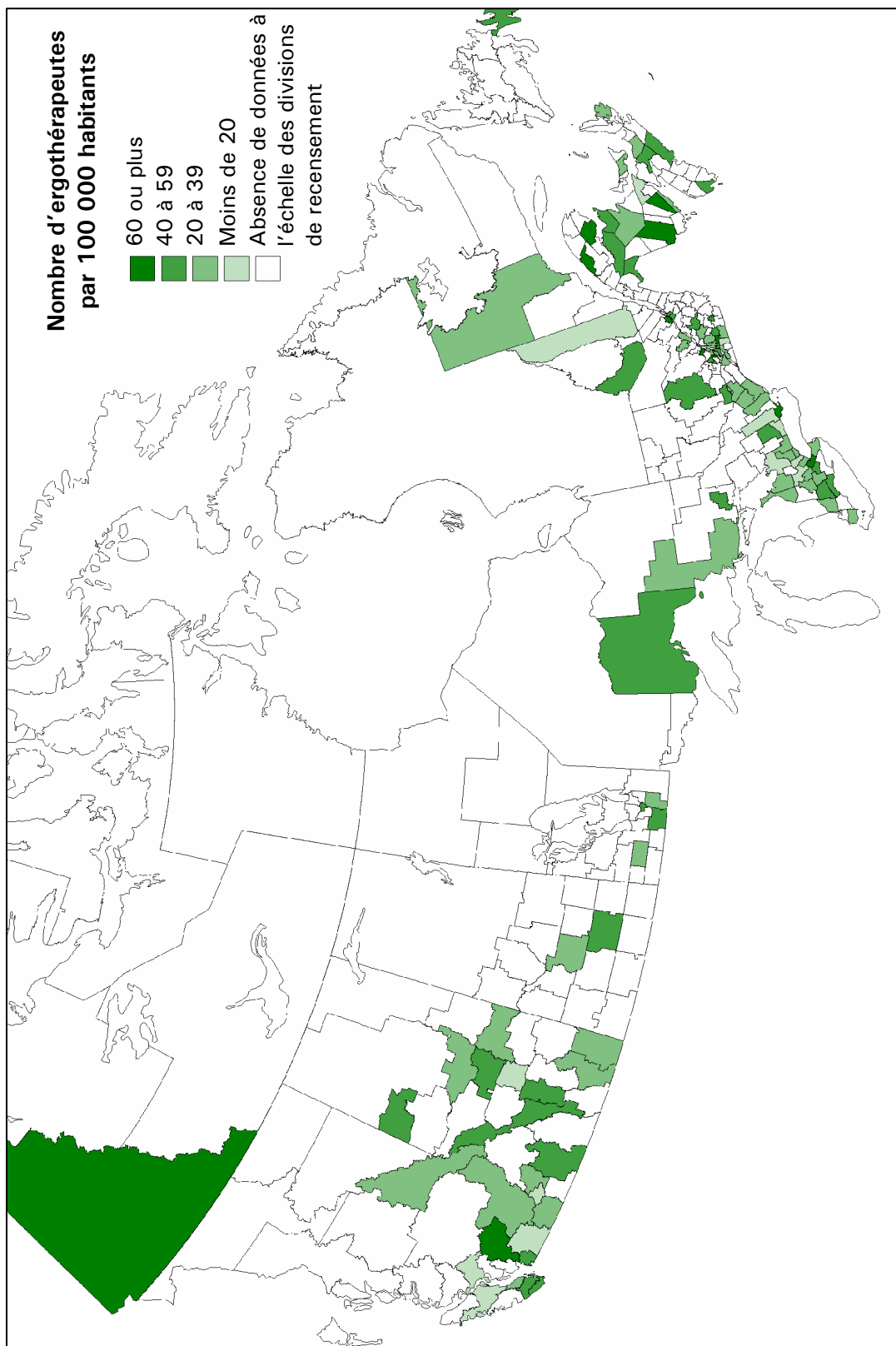
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Malgré leur utilité, les ratios provinciaux et territoriaux masquent considérablement les variations à l'échelle locale pouvant être illustrées au moyen du mappage des ratios par division de recensement (figure 6). Les ratios d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, aux fins du mappage, ont été regroupés par division de recensement selon les catégories suivantes : 60 ou plus, 40 à 59, 20 à 39 et moins de 20 (mais plus grand que 0). La catégorie de mappage faisant référence à l'absence de données à l'échelle des divisions de recensement désigne les divisions de recensement ne comptant aucun ergothérapeute, ou dont le nombre d'ergothérapeutes, faible, a été supprimé au moyen des procédures d'arrondissement aléatoire ou de suppression des données sur des régions aux fins de la diffusion des données de Statistique Canada.

Voici quelques-unes des caractéristiques du mappage en question :

- Les ergothérapeutes ne sont pas répartis à la grandeur du Canada, car ces professionnels se trouvent dans seulement 109 (38 %) des 288 divisions de recensement du Canada en 2001.
- Près de la moitié des divisions de recensement (45 %) comptaient entre 20 et 39 ergothérapeutes par 100 000 habitants. À l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador, les ergothérapeutes sont largement répartis dans toutes les provinces.
- Les centres urbains du pays possèdent une forte concentration d'ergothérapeutes (figure 5). Plus de 5 millions (18 %) des Canadiens habitent dans des régions où peu ou pas d'ergothérapeutes pratiquent.
- La plus forte concentration d'ergothérapeutes (avec des ratios de 60 ou plus) se trouve principalement au Québec. On retrouve toutefois des ratios similaires d'ergothérapeutes par 100 000 habitants au Nouveau-Brunswick, en Ontario et en Colombie-Britannique.

Figure 6. Nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, selon la division de recensement, Canada, 2001



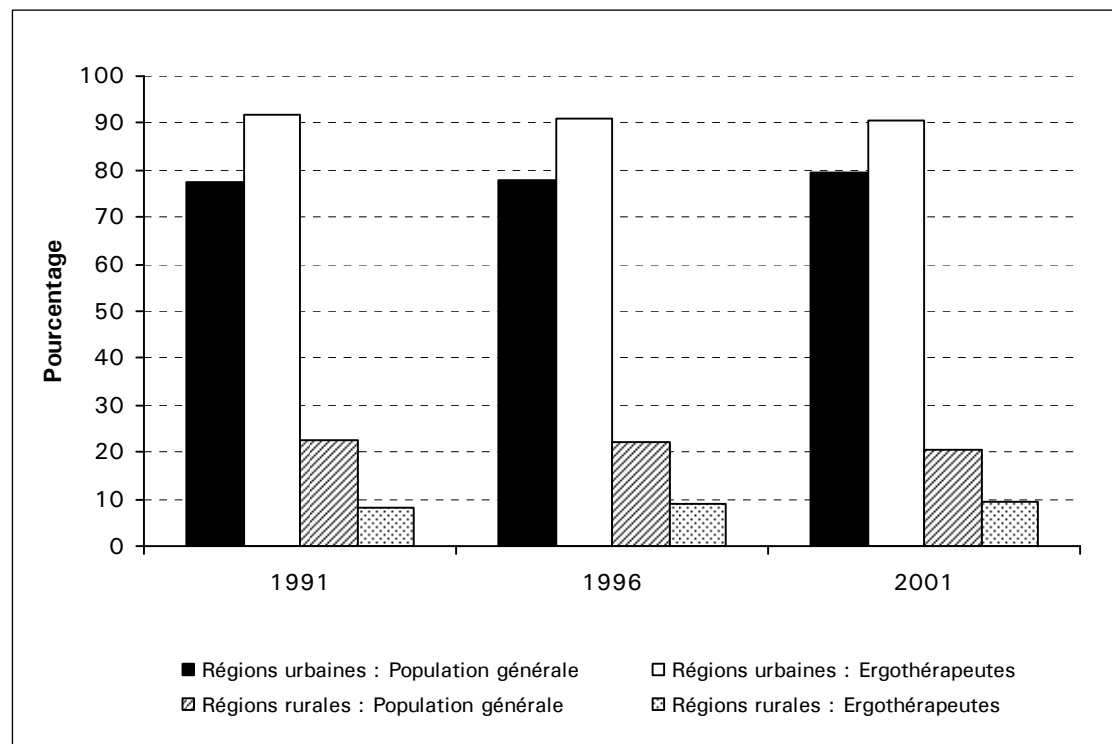
Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2001.

Répartition selon les régions urbaines et rurales

La figure 7 montre les variations dans la répartition des ergothérapeutes dans les régions urbaines et rurales au cours des trois années de recensement à l'étude. La figure permet également de comparer le nombre d'ergothérapeutes en régions urbaines et rurales par rapport à la population générale.

Pour chacune des années 1991, 1996 et 2001, la proportion d'ergothérapeutes dans les régions urbaines du pays était supérieure à celle de la population en général. Toutefois, la répartition des ergothérapeutes et de la population générale selon les régions urbaines et rurales tend à se ressembler au fil du temps. De 1991 à 2001, la proportion d'ergothérapeutes vivant dans les régions rurales du pays a augmenté de 1 %, une tendance tout à fait contraire à celle qui prévaut dans le groupe de référence, où la proportion de la population générale vivant en région rurale a diminué de 2 %.

Figure 7. Répartition en pourcentage des ergothérapeutes et de la population générale, régions urbaines et rurales, Canada, 1991, 1996 et 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration

Composition de la migration

La composition de la migration indique, pour n'importe quel point dans le temps, le nombre ou la proportion de personnes d'une région pouvant être classées en tant que :

- Personne n'ayant pas déménagé : vivait à la même adresse cinq ans auparavant;
- Migrant intraprovincial : vivait dans la même province ou dans le même territoire, mais dans une collectivité différente cinq ans auparavant;
- Migrant interprovincial : vivait dans une province ou un territoire différent cinq ans auparavant;
- Migrant international^v : vivait dans un autre pays cinq ans auparavant.

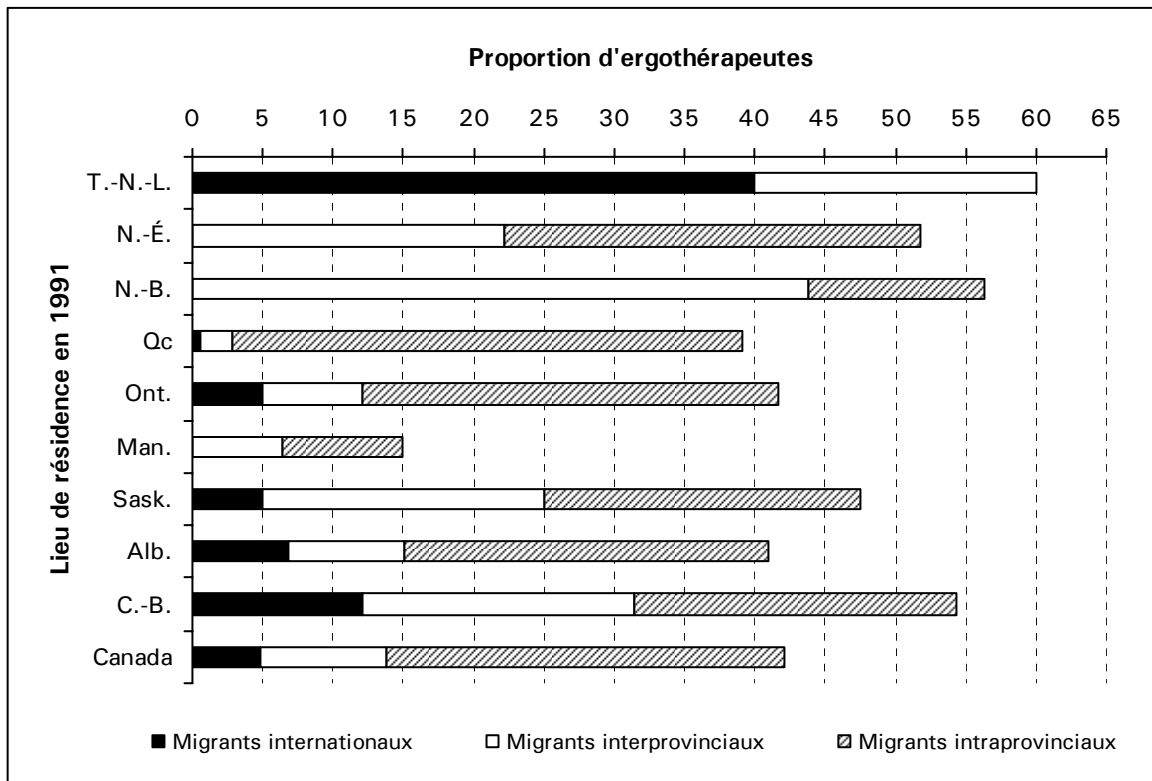
Les figures 8, 9 et 10 montrent la composition de la migration des ergothérapeutes dans les provinces et territoire au Canada pour les années 1991, 1996 et 2001, respectivement. Ces figures montrent uniquement les proportions d'ergothérapeutes *migrants*, et plus particulièrement ceux qui viennent de l'extérieur du pays (international), d'une autre province ou d'un autre territoire (interprovincial), ou d'un autre lieu au sein de la même province ou du même territoire (intraprovincial). Le nombre total d'ergothérapeutes dans chaque province ou territoire a servi de dénominateur lors du calcul des pourcentages. Afin de faciliter la comparaison, les axes de valeur (pourcentage de la main-d'œuvre) des trois diagrammes ont été ramenés à une valeur commune.

Voici quelques-unes des principales observations, liées aux ergothérapeutes au Canada, tirées des diagrammes en question :

- Les ergothérapeutes sont mobiles. Dans l'ensemble au Canada, la proportion globale d'ergothérapeutes classés en tant que migrants a diminué, passant de 42 % en 1991 à 35 % en 2001.
- En 1996, le nombre d'ergothérapeutes migrants a diminué, passant de 2 525 en 1991 à 2 210 en 1996. En 2001, leur nombre a atteint 3 500. Proportionnellement, la tendance globale demeure cependant à la baisse depuis 1991 (voir les pourcentages ci-dessus).
- La composition de la migration de Terre-Neuve-et-Labrador contenait la proportion la plus élevée de migrants en 1991 et en 2001. Cette province a enregistré les proportions les plus élevées de migrations internationales. En 1996, c'est le Nouveau-Brunswick qui a enregistré la proportion la plus élevée de migrants.
- En général, la plupart des ergothérapeutes migrants sont des migrants intraprovinciaux. En 2001, la proportion de migrants intraprovinciaux variait de 7 % en Nouvelle-Écosse à 35 % au Québec.
- Le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan ont enregistré les proportions les plus élevées d'ergothérapeutes classés en tant que migrants interprovinciaux en 1991 et en 2001, respectivement.

v. L'équivalent de « migrant externe » à Statistique Canada.

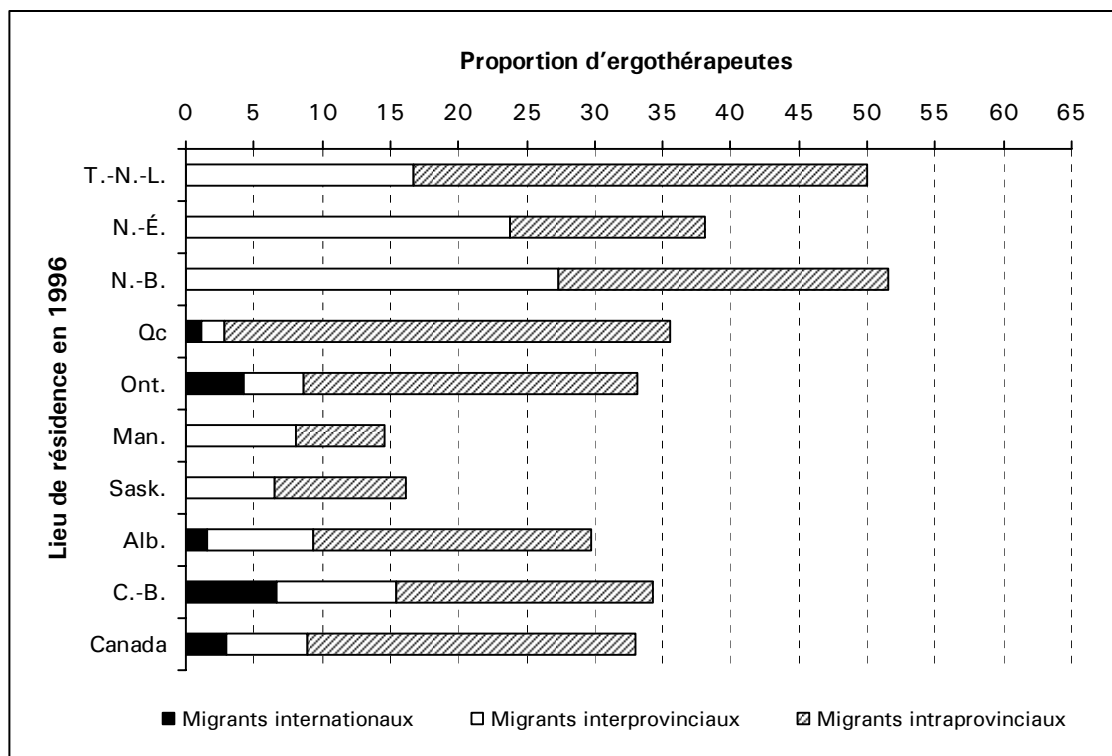
Figure 8. Composition en pourcentage de la migration des ergothérapeutes (selon le lieu de résidence cinq ans auparavant), selon la province ou le territoire et au Canada, 1991



Remarque : Les données de l'Île-du-Prince-Édouard et des territoires ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

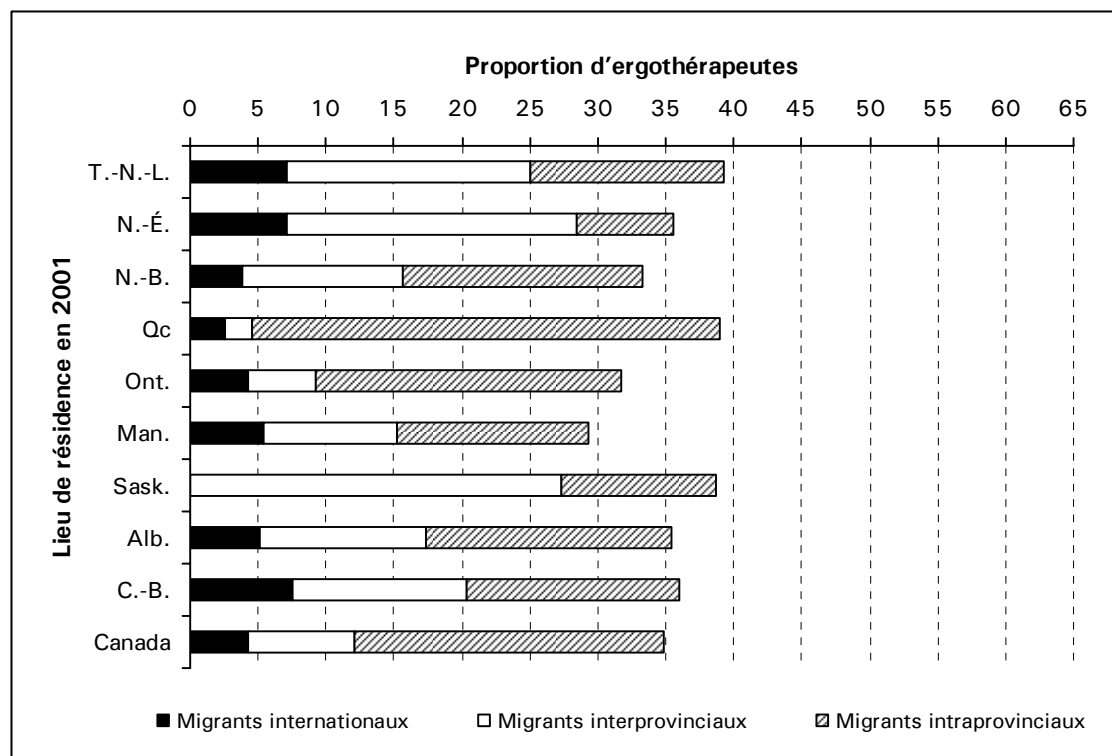
Figure 9. Composition en pourcentage de la migration des ergothérapeutes (selon le lieu de résidence cinq ans auparavant), selon la province ou le territoire et au Canada, 1996



Remarque : Les données de l'Île-du-Prince-Édouard et des territoires ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure 10. Composition en pourcentage de la migration des ergothérapeutes (selon le lieu de résidence cinq ans auparavant), selon la province ou le territoire et au Canada, 2001



Remarque : Les données de l'Île-du-Prince-Édouard et des territoires ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration interprovinciale

La section sur la composition de la migration qui précède ne contient pas de renseignements précis sur l'origine et la destination des ergothérapeutes ayant effectué une migration interne. Les deux prochaines sections du rapport étudient certains détails de ces mouvements, tant sur le plan interprovincial qu'intraprovincial, ce dernier portant plus précisément sur les caractéristiques globales de la migration urbaine et rurale.

Sur le plan de la migration interprovinciale, les chiffres détaillés sur l'origine et la destination de la main-d'œuvre des ergothérapeutes sont disponibles pour 1991 (annexe C, tableau C7), 1996 (annexe C, tableau C8) et 2001 (annexe C, tableau C9). Ici, les figures montrent les principales destinations pour 1991 et 2001. Afin de donner des points de référence sur les caractéristiques de la migration interprovinciale des ergothérapeutes, on a comparé ces données aux principales destinations de migration interprovinciale de la population générale, pour les deux années de recensement.

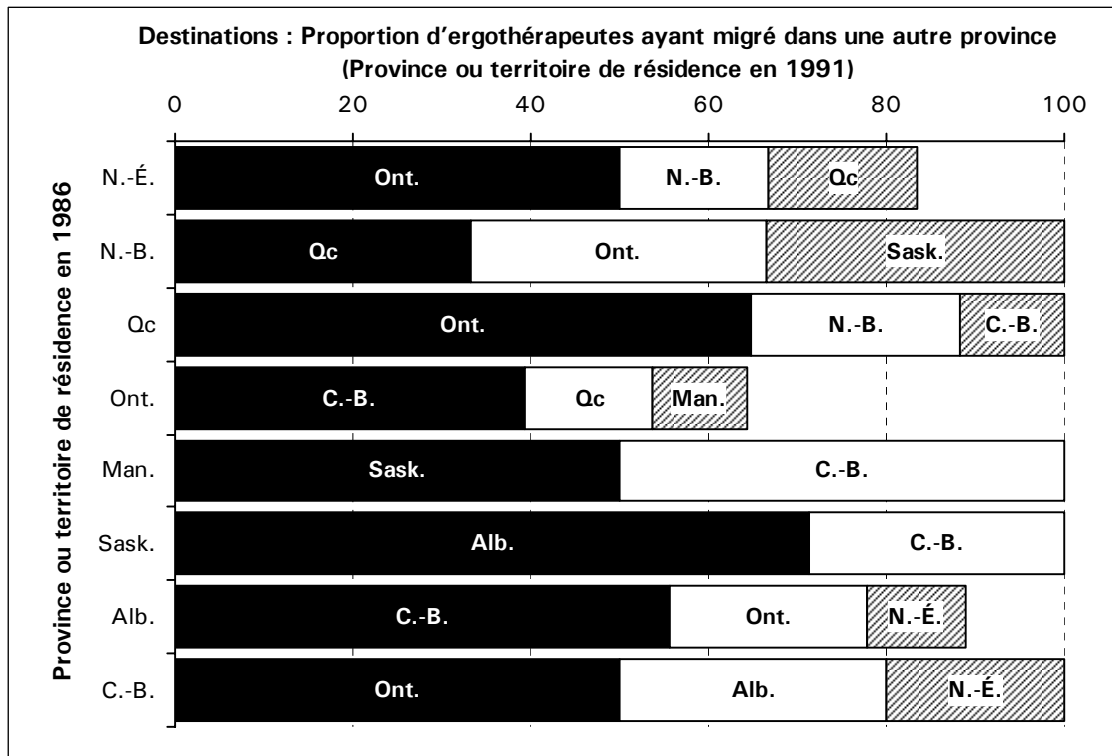
En 1991, l'Ontario et les provinces avoisinantes étaient les principales destinations des ergothérapeutes des provinces de l'Est (figure 11). À titre d'exemple, 50 % des ergothérapeutes qui habitaient en Nouvelle-Écosse et qui ont effectué une migration provinciale entre 1986 et 1991 ont migré vers l'Ontario; un autre 17 %, au Nouveau-Brunswick, puis une proportion similaire, au Québec.

Les ergothérapeutes qui ont migré du Québec de 1986 à 1991 ont eux aussi déménagé principalement dans des provinces limitrophes (Nouveau-Brunswick et Ontario), mais beaucoup ont également choisi la Colombie-Britannique. Par opposition, bien que 25 % des migrants de l'Ontario aient déménagé dans les provinces avoisinantes, 39 % ont choisi de s'établir en Colombie-Britannique.

Dans l'Ouest canadien entre 1986 et 1991, les ergothérapeutes qui se sont classés parmi les migrants interprovinciaux ne se sont pas trop éloignés. Leurs principales destinations étaient les provinces limitrophes. La Nouvelle-Écosse était l'autre principale destination des migrants de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

En général, les membres de la population générale qui habitaient dans les provinces de l'Est en 1986 ont choisi, pour la plupart, de s'établir en Ontario (figure 12). Les provinces avoisinantes se classent habituellement au deuxième rang des destinations en importance. De l'Ontario vers l'Ouest, la Colombie-Britannique et l'Alberta venaient en tête des destinations, en particulier la Colombie-Britannique. L'Ontario était l'autre principale destination des personnes qui déménageaient des provinces de l'Ouest.

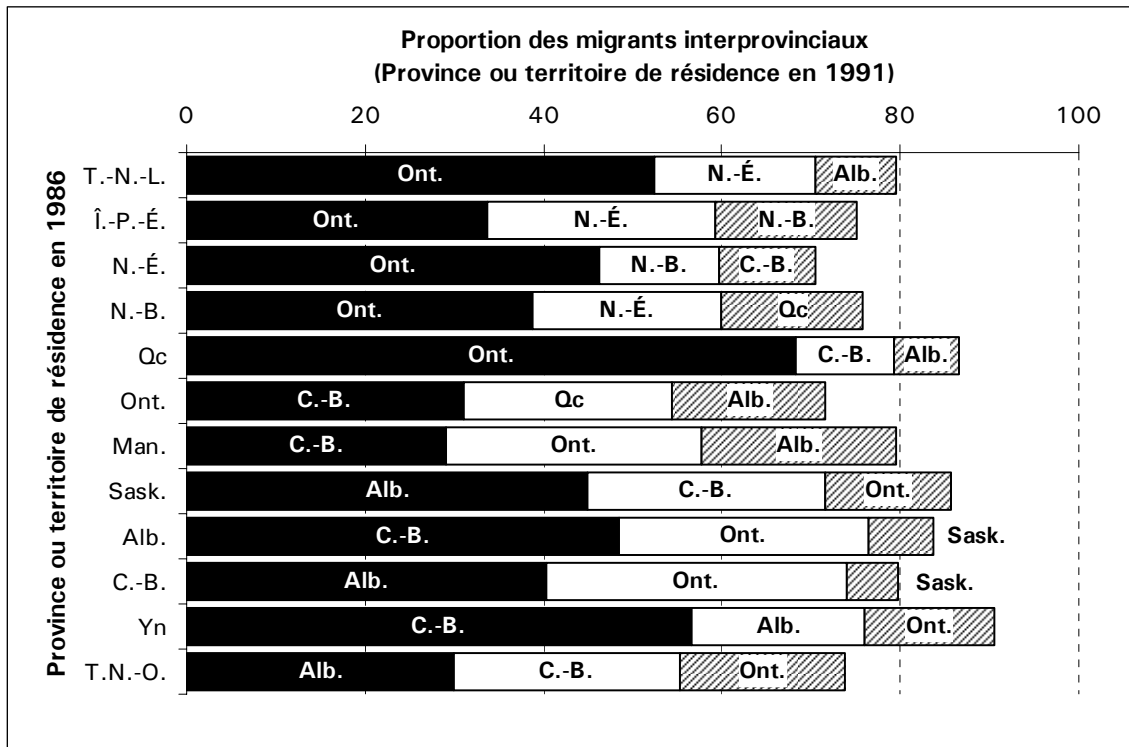
Figure 11. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des ergothérapeutes ayant migré dans une autre province du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991



Remarque : Certaines données provinciales et territoriales ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

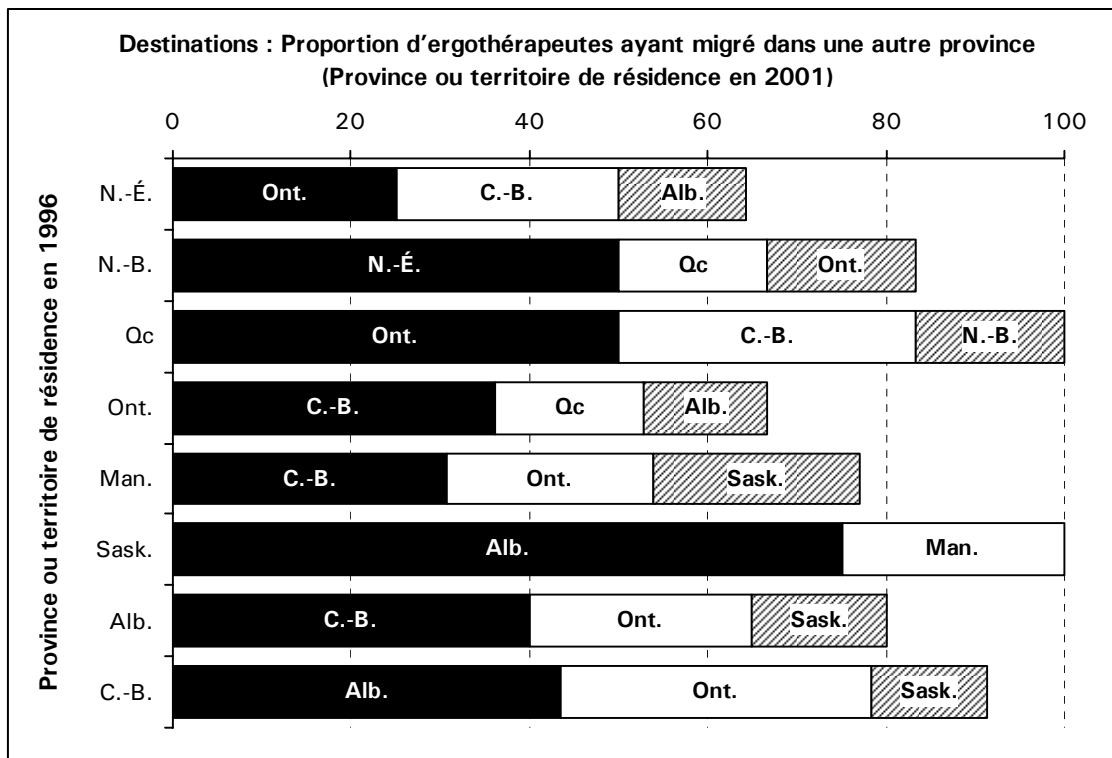
Figure 12. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

La figure 13 (ergothérapeutes) et la figure 14 (population générale) montrent les principales destinations des migrants interprovinciaux pour l'année 2001. En comparant les deux figures, on constate que les destinations principales sont sensiblement les mêmes, avec toutefois une préférence, chez les ergothérapeutes, pour les provinces de plus grande importance (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique). Les ergothérapeutes de l'Ouest canadien ont préféré également le Manitoba et la Saskatchewan.

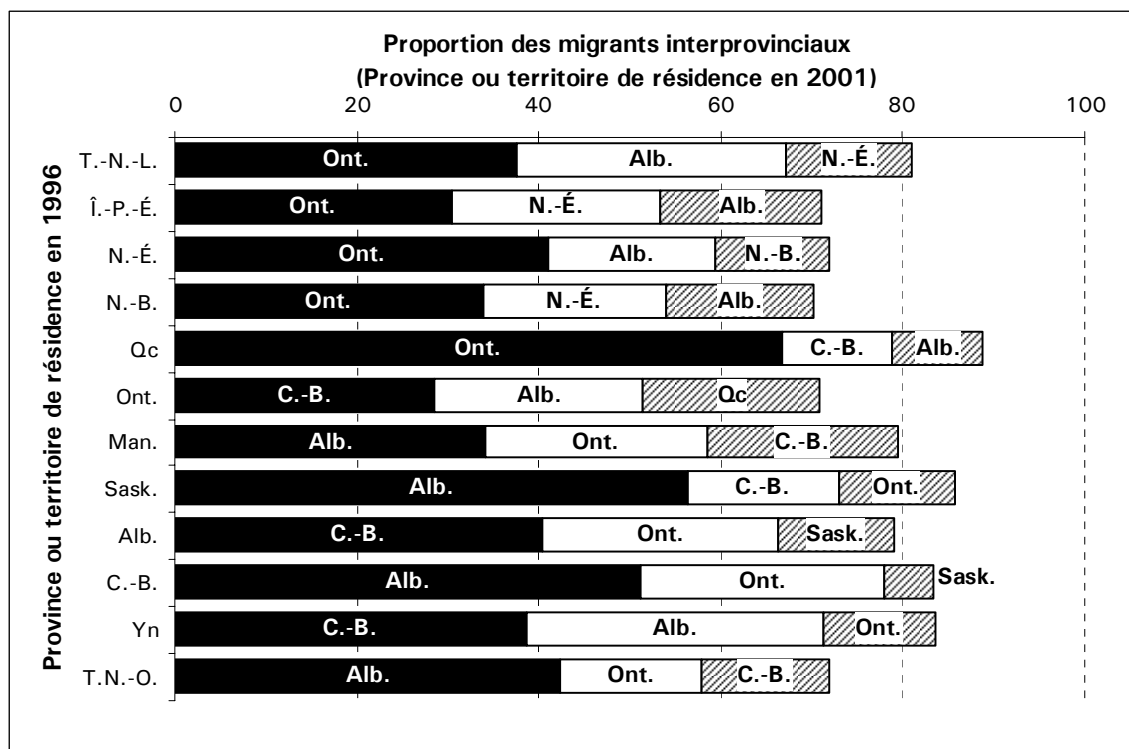
Figure 13. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des ergothérapeutes ayant migré dans une autre province du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001



Remarque : Certaines données provinciales et territoriales ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure 14. Principales destinations de migration, en pourcentage, de l'ensemble des migrants interprovinciaux du Canada, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Voici quelques-unes des principales caractéristiques de l'origine et de la destination des ergothérapeutes ayant migré dans une autre province :

- La majorité des ergothérapeutes ayant migré d'une province à une autre ont surtout été attirés par l'une des provinces dites « attirantes » (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique).
- De ces provinces attirantes, en 1991, la Colombie-Britannique était la plus prisée.
- En 2001, l'Alberta est devenue une destination presque aussi importante que la Colombie-Britannique.
- Pour la plupart des provinces et des territoires, si l'une de ces provinces attirantes ne se classait pas au deuxième rang des destinations de choix, ce rang revenait habituellement à une province avoisinante.

Généralement, les caractéristiques de la migration interprovinciale des ergothérapeutes étaient semblables à celles de la population générale. Pour les deux groupes, si une province « attirante » n'était pas au deuxième rang des principales destinations, c'est habituellement une province limitrophe qui occupait cette place. Les deux groupes diffèrent parfois sur le plan du choix de la province limitrophe ou de l'ordre de préférence des principales destinations.

Migration interprovinciale nette

Globalement, de nombreuses provinces ont enregistré une migration nette négative d'ergothérapeutes, pour chacune des années à l'étude. Même les provinces considérées comme étant des destinations principales ont souvent enregistré des pertes nettes. Cette tendance se remarque par le nombre de migrations d'entrée, de sortie et nettes^{vi} selon la province ou le territoire (annexe C, tableau C10). La figure 15 résume les taux de migration nette pour 1991 et 2001.

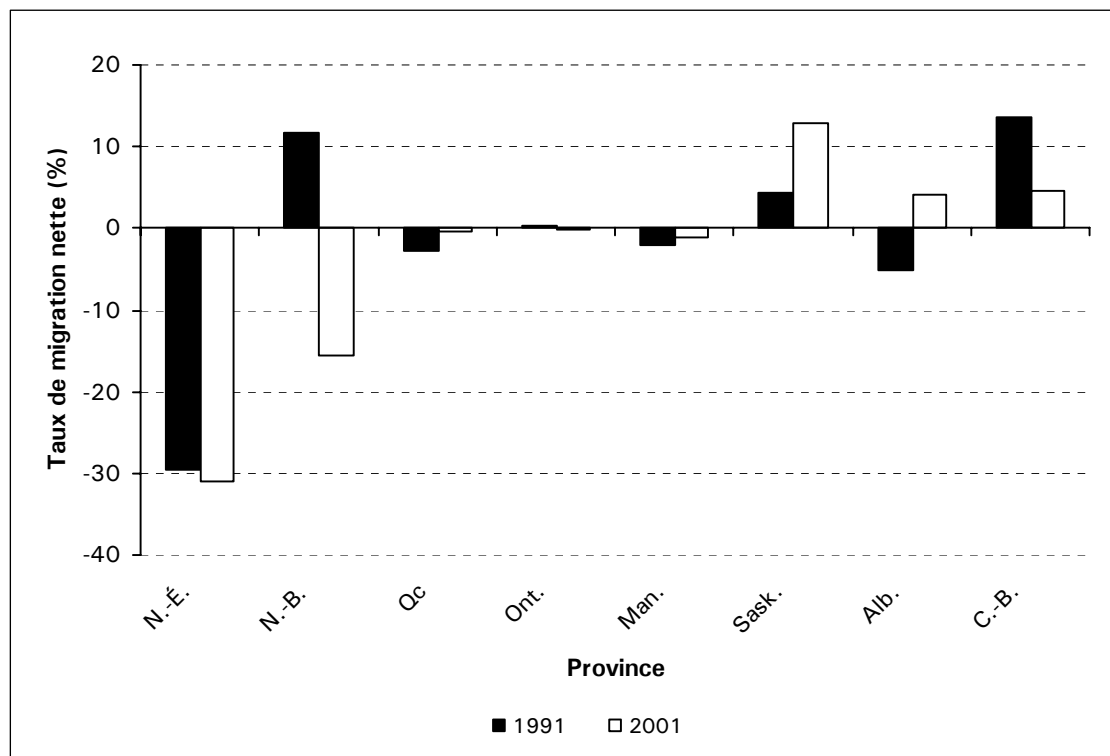
Les pertes globales (migration nette négative) en 1991 et en 2001 sont indiquées pour la Nouvelle-Écosse, le Québec et le Manitoba. En comparant les taux de 1991 à 2001, on remarque que les pertes relatives d'ergothérapeutes de ces deux provinces ont diminué, tandis qu'elles ont augmenté en Nouvelle-Écosse.

Seules la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont enregistré des gains globaux (migration nette positive) pour 1991 et 2001. Au cours de cette même période, la Saskatchewan a vu son taux de migration nette s'élever, tandis que la Colombie-Britannique a vu le sien chuter. Cette diminution est vraisemblablement liée à la hausse de l'Alberta en tant que destination principale pour les ergothérapeutes. Il importe de noter toutefois qu'en 2001, la Colombie-Britannique affichait encore une migration nette d'ergothérapeutes aussi élevée que celle de l'Alberta.

Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario affichaient des caractéristiques similaires de migration nette en 1991 et 2001. Les deux provinces ont enregistré une hausse nette du nombre d'ergothérapeutes en 1991, puis des pertes en 2001. Comme le montre la figure 15, l'écart entre les taux de migration nette de ces provinces variait considérablement, subissant l'influence du petit nombre d'ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick comparativement à celui de l'Ontario.

vi. Vous trouverez dans l'annexe A la signification des termes « migration d'entrée », « migration de sortie » et « migration nette ».

Figure 15. Taux de migration interprovinciale nette des ergothérapeutes, selon la province ou le territoire, 1991 et 2001



Remarque : Certaines données provinciales et territoriales ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration urbaine et rurale^{vii}

Le tableau 2 présente les mouvements de migration sur cinq ans des ergothérapeutes, entre les grands centres urbains et les régions rurales et petites villes du Canada, pour les trois périodes de migration visées par la présente étude. Les mouvements en question englobent l'ensemble des ergothérapeutes. Vous trouverez à l'annexe C (tableau C11) la description des similitudes et des différences des caractéristiques de la migration urbaine et rurale chez les hommes et les femmes. Également à l'annexe C (tableau C12), vous trouverez les proportions urbaines-rurales et interprovinciales-intraprovinciales combinées de l'ensemble des ergothérapeutes ayant migré.

La figure 7 fait état d'un modeste accroissement de la proportion d'ergothérapeutes dans les régions rurales du Canada, de 1991 à 2001. Cette hausse s'explique en partie par la migration depuis les régions urbaines vers les régions rurales. Toutefois, ce mouvement de migration ne s'est produit qu'au milieu des années 1990. Au Canada, en 1991, la proportion d'ergothérapeutes partis s'établir dans les régions rurales et petites villes du pays (19 %) était moindre que celle des ergothérapeutes (32 %) ayant quitté les régions rurales (tableau 2), ce

vii. Dans cette section du rapport, les expressions « régions rurales » et « régions rurales et petites villes » ainsi que « régions urbaines » et « grands centres urbains » sont utilisées de manière interchangeable.

qui a résulté en un taux de migration nette vers les régions rurales négatif de 13 %. La situation s'est néanmoins inversée en 1996; cette année-là, les régions rurales du pays ont connu une migration nette positive de 8 %. Cette situation ne s'est pas maintenue au cours la période de cinq ans qui a suivi. Cette période a connu un taux de migration nette négatif vers les régions rurales de 2 % en 2001.

Naturellement, en ce qui concerne les taux de migration nette vers les régions urbaines du pays, la situation est inversée. Étant donné le nombre total global d'ergothérapeutes déjà présents dans les régions urbaines du pays, les taux de migration vers les grands centres urbains sont moins élevés que les taux de migration vers les régions rurales et les petites villes.

Le tableau 2 montre également une légère diminution globale de la migration des ergothérapeutes depuis les régions rurales vers les régions urbaines du pays, de 1991 à 1996. Le taux de mobilité brut a par la suite augmenté en 2001. Cette augmentation du nombre global de migrants se reflète également dans les taux de migration d'entrée, de sortie et nette des ergothérapeutes ayant migré vers une autre province ou un autre territoire (annexe C, tableau C10).

Tableau 2. Migration des ergothérapeutes entre les régions urbaines et les régions rurales du Canada, de 1991 à 2001

	1986 à 1991	1991 à 1996	1996 à 2001
Nombre de personnes n'ayant pas déménagé et de migrants internes			
Personnes n'ayant pas déménagé			
Régions rurales	475	665	1 055
Régions urbaines	5 505	6 055	8 965
Migrants internes			
Régions rurales vers régions urbaines	220	135	260
Régions urbaines vers régions rurales	130	200	230
Total de la migration nette vers les régions rurales	-90	65	-30
Taux de migration interne (%)			
Régions rurales			
Taux de migration d'entrée	19	25	18
Taux de migration de sortie	32	17	20
Taux de migration nette	-13	8	-2
Régions urbaines			
Taux de migration d'entrée	4	2	3
Taux de migration de sortie	2	3	3
Taux de migration nette	2	-1	0

Remarques :

Taux de migration d'entrée dans les régions rurales = (Régions urbaines vers régions rurales) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions rurales) + (Régions rurales vers régions urbaines) * 100

Taux de migration de sortie dans les régions rurales = (Régions rurales vers régions urbaines) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions rurales) + (Régions rurales vers régions urbaines) * 100

Taux de migration d'entrée dans les régions urbaines = (Régions rurales vers régions urbaines) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions urbaines) + (Régions urbaines vers régions rurales) * 100

Taux de migration de sortie dans les régions urbaines = (Régions urbaines vers régions rurales) / (Personnes n'ayant pas déménagé des régions urbaines) + (Régions urbaines vers régions rurales) * 100

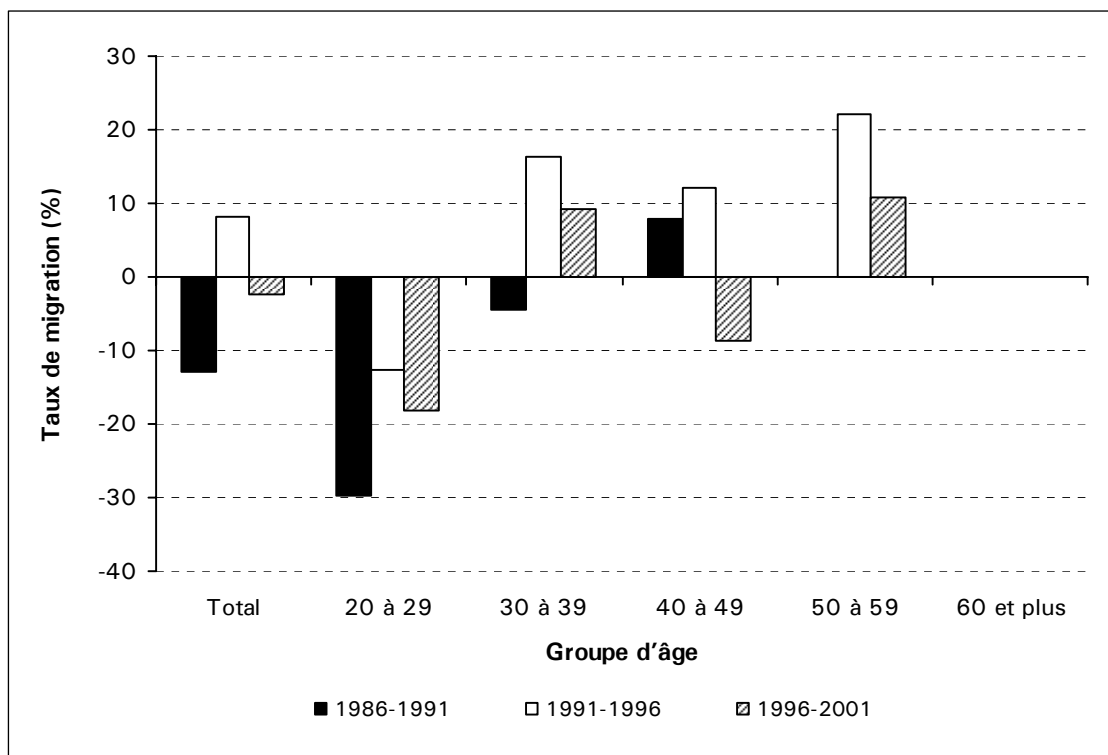
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

La figure 16^{viii} montre le lien entre les groupes d'âge et la migration nette rurale chez les ergothérapeutes.

Au cours de la décennie à l'étude, une proportion relativement importante d'ergothérapeutes de 20 à 29 ans ont quitté les régions rurales pour s'établir dans les régions urbaines, particulièrement en 1991. Toutefois, la migration de sortie des régions rurales des jeunes ergothérapeutes s'est poursuivie en 1996 et en 2001. Cette tendance est plus ou moins similaire à celle de la migration de sortie des régions rurales des jeunes de la main-d'œuvre canadienne en général (voir annexe B).

En ce qui concerne la main-d'œuvre générale, le taux de migration nette rurale était positif dans tous les autres groupes d'âge. En général, cette tendance s'applique également aux ergothérapeutes, avec pour seule différence apparente une perte nette dans les régions rurales d'ergothérapeutes de 30 à 39 ans en 1991 et de 40 à 49 ans en 2001.

Figure 16. Migration nette des ergothérapeutes dans les régions rurales ou les petites villes, selon le groupe d'âge, Canada, 1991, 1996 et 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

viii. Un graphique similaire de la migration nette urbaine chez les personnes des mêmes groupes d'âge et au cours des mêmes années apparaîtrait comme un miroir des caractéristiques de la migration nette rurale illustrées à la figure 16, avec pour seule différence la magnitude des taux de migration nette urbaine qui tendent à être plus faibles en raison de l'effet modérateur du nombre plus élevé de personnes, dans les régions urbaines, ayant déménagé et n'ayant pas déménagé.

En résumé

- Au Canada, le nombre d'ergothérapeutes s'est accru de 68 % de 1991 à 2001.
- La proportion d'ergothérapeutes de sexe féminin est restée stable de 1991 à 2001.
- L'âge moyen des ergothérapeutes a augmenté de 1991 à 2001, passant de 34 ans à 36 ans.
- En moyenne, l'âge des ergothérapeutes était inférieur (de 5 ans) à celui de la main-d'œuvre canadienne en général (l'ensemble des personnes de 20 ans et plus occupant un emploi non lié à la santé) en 1991, 1996 et 2001.
- La proportion d'ergothérapeutes dans les régions rurales du pays a augmenté, passant de 8 % en 1991 à 9 % en 2001.
- Le nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants a augmenté, passant de 22 en 1991 à 34 en 2001.
- De 1991 à 2001, le ratio entre les ergothérapeutes et la population générale a augmenté dans toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Le nombre de migrants chez les ergothérapeutes a augmenté de 1991 à 2001, passant de 2 525 à 3 500. Toutefois, la proportion globale d'ergothérapeutes qui avaient migré cinq ans auparavant a diminué, passant de 42 % à 35 %.
- La proportion de l'ensemble de la main-d'œuvre en ergothérapie ayant migré d'une province ou d'un territoire à l'autre est passée de 9 % en 1991 à 8 % en 2001.
- De plus, la proportion d'ergothérapeutes ayant déménagé ailleurs dans la même province ou territoire (migrants intraprovinciaux) a diminué, passant de 28 % en 1991 à 23 % en 2001.
- Les provinces « attirantes » de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sont les principales destinations des ergothérapeutes s'étant établis dans une autre province.
- En ce qui concerne la migration interprovinciale des ergothérapeutes, la Colombie-Britannique affichait la migration nette positive la plus élevée en 1991 et en 2001. L'Alberta affichait une perte nette d'ergothérapeutes en 1991. Toutefois, en 2001, elle possédait un taux de migration nette positive qui avoisinait celui de la Colombie-Britannique à titre de destination de choix.
- L'Ontario a enregistré des gains nets d'ergothérapeutes en 1991 et en 1996, mais une perte nette en 2001.
- Le Québec affichait les pertes nettes les plus élevées d'ergothérapeutes migrants interprovinciaux en 1991 et en 1996, mais la Nouvelle-Écosse a encaissé la perte la plus importante de toutes en 2001.
- Les régions rurales du pays ont connu quelques gains quant au nombre d'ergothérapeutes en 1996, mais ont enregistré des taux de migration nette négatifs en 1991 et 2001.
- À quelques exceptions près, les caractéristiques de la migration d'entrée et de sortie des ergothérapeutes dans les régions rurales ou les petites villes canadiennes étaient semblables à celles de la population générale, sans égard au groupe d'âge.

Annexe A – Notes méthodologiques

Tous les ensembles de données utilisés aux fins du présent rapport ont été conçus d'après les données du Recensement de la population. Les totalisations spéciales ont été préparées par Statistique Canada avec les données de recensement de 1991, 1996 et 2001. Les chiffres agrégés ont été fournis pour certaines régions géographiques (voir ci-dessous) et visent la population active et certaines professions de la santé. Les variables des ensembles de données sont décrites ci-après.

Professions de la santé

Dans chacun des questionnaires complets (remplis par un ménage sur cinq) des recensements utilisés pour la présente étude, certaines questions visaient à établir l'occupation des répondants âgés de 15 ans et plus dans chacun des ménages. À titre d'exemple, voici les questions du recensement de 2001 à cet égard :

<p>42 Quel était le travail ou l'occupation de cette personne?</p> <p>Veuillez être précis. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>secrétaire juridique</i> • <i>plombier</i> • <i>guide d'expéditions de pêche</i> • <i>assembleur de meubles en bois</i> • <i>gérant de restaurant</i> • <i>enseignant au secondaire</i> <p>(Si elle était dans les Forces armées, indiquez son grade.)</p>	<p>Occupation</p> <p>05 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p>Occupation</p> <p>05 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>43 Dans ce travail, quelles étaient les activités principales de cette personne?</p> <p>Veuillez être précis. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>préparer des documents juridiques</i> • <i>installer de la plomberie dans les résidences privées</i> • <i>guider des expéditions de pêche</i> • <i>fabriquer des meubles en bois</i> • <i>gérer un restaurant</i> • <i>enseigner les mathématiques</i> 	<p>Activités principales</p> <p>06 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>07 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p>Activités principales</p> <p>06 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>07 <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>

D'après les réponses données pour ces deux questions, les codeurs du recensement ont inscrit chaque répondant dans l'une des catégories de la *Classification nationale des professions pour statistiques de 2001*^{47, 48}. Les questions des recensements de 1991 et de 1996 étaient similaires, mais les répondants de ces années ont été groupés selon la *Classification type des professions de 1991*. Pour la présente série de rapports, les professions de la santé visées ont été classées au moyen des codes et des définitions de code^{ix} identiques aux systèmes de classification de 1991 et de 2001⁴⁷.

ix. Voir la page c131 du document *Classification nationale des professions pour statistiques* de Statistique Canada (Ottawa, Industrie Canada, 2001), numéro 12-583-XPF au catalogue, pour faire la comparaison entre la *Classification nationale des professions pour statistiques de 2001* et la *Classification type des professions (CTP) de 1991*.

La population ciblée aux fins de l'étude a été sélectionnée à partir de la grande catégorie professionnelle des « professions de la santé ». La présente analyse exclut les professions de cette catégorie générale, définie par Statistique Canada, qui ne sont définies que vaguement (par exemple, « autre personnel des services... ») et les professions concernant les animaux (par exemple, les vétérinaires). Le tableau ci-dessous donne la liste des professions de la santé étudiées dans la série de rapports. Les professions sont groupées selon l'ordre dans lequel elles ont été étudiées. Le tableau comprend également les codes d'identification à quatre chiffres de chacune des professions, tel qu'on les trouve dans la *Classification nationale des professions pour statistiques de 2001* et la *Classification type des professions de 1991*. Un « X » dans la colonne de gauche indique les professions de la santé étudiées dans la série de rapports *Répartition et migration*. Pour obtenir les tableaux et les graphiques visant les autres professions, consultez le site Web de l'ICIS, au www.icis.ca.

	Code	Profession
Infirmiers/infirmières et services de soins infirmiers		
X	D111	Infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses*
X	D112	Infirmiers autorisés/infirmières autorisées*
X	D233	Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires
	D312	Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires
Groupe technique		
X	D211	Technologistes médicaux/technologistes médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
X	D212	Techniciens/techniciennes de laboratoire médical
X	D214	Inhalothérapeutes, perfusionnistes cliniques et technologues cardio-pulmonaires
X	D215	Technologues en radiation médicale
X	D216	Technologues en échographie
	D217	Technologues en cardiologie
	D218	Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic
Professions en réadaptation		
X	D041	Audiologistes et orthophonistes
X	D042	Physiothérapeutes
X	D043	Ergothérapeutes
Groupe en soins dentaires		
X	D013	Dentistes
	D221	Denturologistes
X	D222	Hygiénistes et thérapeutes dentaires
	D223	Technologues dentaires, techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires à l'établissement dans les laboratoires dentaires
X	D311	Assistants/assistantes dentaires
Autres professions		
X	D031	Pharmaciens/pharmaciennes
	D021	Optométristes
	D231	Opticiens/opticiennes d'ordonnances
	D022	Chiropraticiens/chiropraticiennes
	D032	Diététistes et nutritionnistes
	D234	Ambulanciers/ambulancières et autre personnel paramédical

	Code	Profession
Médecins		
X	D011	Médecins spécialistes [†]
X	D012	Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale [†]

* Pour les besoins de l'étude, les chiffres pour ces deux professions infirmières (infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses ainsi qu'infirmiers autorisés/infirmières autorisées) ont été combinés et étudiés sous le groupement « Infirmiers autorisé/infirmières autorisées ». Ce groupe inclus les infirmières psychiatriques autorisées.

† Aux fins de l'étude, les deux groupes de médecins (celui des médecins spécialistes et celui des omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale) ont été étudiés séparément ainsi que de façon combinée, afin qu'il soit possible d'examiner la répartition et la migration interne de l'ensemble des médecins.

La répartition géographique de chacune de ces professions de la santé est illustrée au moyen des chiffres et des ratios visant les provinces et territoires ainsi que les catégories urbaines et rurales indiquées ci-dessous. Les ratios du nombre de dispensateurs de soins par habitant sont calculés et présentés comme le nombre de dispensateurs de soins par 10 000 ou 100 000 habitants. On se sert du taux par 10 000 habitants pour les professions de la santé dont les totaux sont relativement faibles. Les comparaisons chronologiques des chiffres et des ratios sont étudiées à l'aide des trois années de recensement (1991, 1996 et 2001).

Voici un résumé des ensembles de données employés pour cette partie de l'étude (terminologie de Statistique Canada) :

- Population de 15 ans et plus, sexe (3), groupe d'âge (7) et secteur de la santé (30) pour le Canada, les provinces, les territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 1991.
- Population de 15 ans et plus, sexe (3), groupe d'âge (7) et secteur de la santé (30) pour le Canada, les provinces, les territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 1996.
- Population de 15 ans et plus, sexe (3), groupe d'âge (7) et secteur de la santé (30) pour le Canada, les provinces, les territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 2001.

Les chiffres indiqués entre parenthèses dans les ensembles de données ci-dessus correspondent au nombre de catégories qui ont été incluses dans les données fournies. Ces catégories sont décrites plus loin dans la présente annexe.

Mobilité

Lors des années de recensement sur lesquelles repose la présente étude, les questionnaires complets de recensement comprenaient une question sur le lieu de résidence, cinq ans auparavant, de toutes les personnes d'un ménage âgées de 15 ans et plus (voir ci-dessous).

<p>25 Où cette personne habitait-elle il y a 5 ans, c'est-à-dire le 15 mai 1996?</p> <p>Cochez «(X)» un seul cercle.</p> <p>Nota :</p> <p>Pour ceux qui cochent le cercle 11 : Veuillez donner le nom de la ville plutôt que celui de la région métropolitaine à laquelle elle appartient.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saanich plutôt que Victoria (région métropolitaine); • St. Albert plutôt qu'Edmonton (région métropolitaine); • Laval plutôt que Montréal (région métropolitaine). 	<p>09 <input type="radio"/> Habitant à l'adresse actuelle</p> <p>10 <input type="radio"/> Habitant à une autre adresse dans le ou la même ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>11 <input type="radio"/> Habitant un ou une autre ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne du Canada Précisez le nom de : Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>12 → <input type="text"/> Province/territoire</p> <p>13 → <input type="text"/></p> <p>14 <input type="radio"/> Habitant en dehors du Canada Précisez le nom du pays</p> <p>15 → <input type="text"/></p>	<p>09 <input type="radio"/> Habitant à l'adresse actuelle</p> <p>10 <input type="radio"/> Habitant à une autre adresse dans le ou la même ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>11 <input type="radio"/> Habitant un ou une autre ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne du Canada Précisez le nom de : Ville, village, canton, municipalité ou réserve indienne</p> <p>12 → <input type="text"/> Province/territoire</p> <p>13 → <input type="text"/></p> <p>14 <input type="radio"/> Habitant en dehors du Canada Précisez le nom du pays</p> <p>15 → <input type="text"/></p>
--	--	--

D'après les résultats de la question, on peut décrire le statut de mobilité sur cinq ans des Canadiens comme suit :

Personne n'ayant pas déménagé :

a) Vivait à la **même adresse** cinq ans auparavant.

Personne ayant déménagé :

a) Non migrant : vivait à une **adresse différente** dans la **même collectivité** cinq ans auparavant;

b) Migrant interne intraprovincial : vivait dans une **collectivité différente** au sein de la **même province** ou du **même territoire** cinq ans auparavant;

c) Migrant interne interprovincial : vivait dans une **province ou un territoire différent** cinq ans auparavant;

d) Migrant international : vivait à **l'extérieur du Canada** cinq ans auparavant.

Remarque : À Statistique Canada, la catégorie « migrant international » est appelée « migrant externe ». Celle-ci se compose principalement de personnes qui sont nées et ont grandi dans un autre pays avant de déménager au Canada. Toutefois, elle comprend également les Canadiens qui ont vécu à l'extérieur du pays pendant un certain temps et qui y sont revenus par la suite.

Les chiffres concernant les différentes catégories de statut de mobilité ont été fournis par Statistique Canada, pour chacune des unités géographiques dont il est question ci-après ainsi que chacune des professions de la santé. De plus, les chiffres agrégés ont été fournis pour le total de l'ensemble des autres professions, ici appelées « professions non liées à la santé » ou « main-d'œuvre canadienne ». Aux fins de l'étude, ces chiffres ont servi à définir la composition de la **migration** de chaque province et territoire, de chaque division de recensement et de l'ensemble du Canada. Pour chacune de ces unités géographiques, les migrants correspondent à une proportion de la population totale du corps professionnel visé. Ensuite, on calcule les pourcentages de migrants intraprovinciaux, interprovinciaux et externes, à la fois comme proportion de l'ensemble des migrants et comme proportion de la population totale visée.

Voici un résumé des ensembles de données employés pour cette partie de l'étude (terminologie de Statistique Canada) :

- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âge (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence cinq ans auparavant (10) pour le Canada, les provinces, les territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 1991.
- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âge (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence cinq ans auparavant (10) pour le Canada, les provinces, les territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 1996.
- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âge (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence cinq ans auparavant (10) pour le Canada, les provinces, les territoires et les subdivisions de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 2001.

Les ensembles de données relatifs à la composition de la migration qui ont servi à la présente étude n'indiquent pas le lien entre l'origine et la destination des migrants. Des ensembles de données distincts visant l'analyse du **mouvement migratoire** ont été fournis, afin de permettre l'analyse sommaire des mouvements interprovinciaux et intraprovinciaux ainsi que des taux de migration. Ces ensembles de données sont indiqués ci-dessous. (Remarque : Ce groupe de données a été fourni séparément pour les hommes, les femmes et le total combiné d'hommes et de femmes) :

- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âge (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence cinq ans auparavant (252) pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 1991.
- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âge (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence cinq ans auparavant (252) pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 1996.
- Population de 15 ans et plus, par groupe d'âge (7), secteur de la santé (30) et lieu de résidence cinq ans auparavant (252) pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement; données-échantillon (20 %); recensement de 2001.

En raison des limites de ces ensembles de données, les analyses sur le mouvement migratoire se restreignent aux simples catégories urbaines et rurales, par province ou territoire. Par conséquent, deux types de questions peuvent être posées, dont voici un exemple pour chacun :

- Combien de dispensateurs de soins (pour chaque profession de la santé) ont quitté l'Île-du-Prince-Édouard pour aller s'établir en Ontario?
- Combien de dispensateurs de soins (pour chaque profession de la santé) ont quitté les régions rurales de la Nouvelle-Écosse pour aller s'établir dans les régions urbaines de l'Alberta?

Les analyses présentent les totalisations croisées du nombre de migrants des régions d'origine et des régions de destination, pour le nombre total de migrants de chaque profession de la santé. Pour chacune de ces totalisations, souvent appelées « matrices de transition », les totaux provinciaux et/ou ruraux-urbains sont calculés afin d'établir le nombre et la proportion de migrants d'entrée, de sortie et nets de chaque région. Les analyses présentent également les similitudes et les différences relatives au sexe et aux groupes d'âge.

Le sommaire de la migration d'entrée, de sortie et nette comprend les chiffres et les taux. En ce qui concerne les migrants et la population totale d'un groupe de dispensateurs de soins en particulier, on calcule les taux d'une région géographique comme suit⁴³ :

- Le taux de migration de sortie représente le nombre de migrants qui ont déménagé de la région, divisé par la population totale de cette région, exprimé en pourcentage.
- Le taux de migration d'entrée représente le nombre de migrants qui ont déménagé dans la région, divisé par la population totale de cette région, exprimé en pourcentage.
- Le taux de migration nette représente la différence entre le taux de migration d'entrée et de migration de sortie; par conséquent, ce taux peut être positif, négatif ou nul.

Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques suivantes servent à comparer et à opposer la répartition géographique et la migration interne des dispensateurs de soins :

- Sexe : total d'hommes et de femmes.
- Groupes d'âge : moins de 20 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 ans et plus.

Le groupe des 20 ans et moins ne touchait pas la plupart des dispensateurs de soins qu'examine l'étude. Par conséquent, ce groupe a été retiré de la plupart des tableaux et des analyses de l'étude.

Unités géographiques d'analyse et désignation des régions rurales et urbaines

Les données fournies par Statistique Canada aux fins de l'étude ont été agrégées dans chacune des unités de la Classification géographique type (CGT) suivantes⁴⁹ : province et territoire, division de recensement et subdivision de recensement.

À noter :

Subdivision de recensement (SDR) « est un terme générique qui désigne les municipalités (telles que définies par les lois provinciales/territoriales) ou les territoires considérés comme étant des équivalents municipaux à des fins statistiques (p. ex. les réserves indiennes, les établissements indiens et les territoires non organisés)⁵⁰ ». Dans le présent rapport, les SDR ne sont utilisées qu'indirectement, et permettent l'identification des collectivités urbaines et rurales.

Division de recensement (DR) « est le terme générique qui désigne les régions géographiques établies en vertu de lois provinciales et qui sont des régions géographiques intermédiaires entre la municipalité et la province ou le territoire. Il peut s'agir de comtés, de districts régionaux, de municipalités régionales et d'autres genres de régions créées en vertu des lois provinciales ». À Terre-Neuve-et-Labrador, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, les lois provinciales et territoriales ne prévoient pas de telles unités géographiques administratives. Par conséquent, Statistique Canada, en collaboration avec ces provinces et territoires, a créé des divisions de recensement en vue de la diffusion de données statistiques⁵⁰.

Le présent rapport fait état des comptes et des pourcentages sommaires des provinces et territoires. Les ratios du nombre de professionnels par habitant ont été mappés par DR, dans la mesure du possible. Étant donné le très grand nombre de SDR (5 600 en 2001, par exemple), les données de répartition et de migration des SDR ont été agrégées par catégories urbaines et rurales d'après le système de la CGT. Les groupes de SDR et les SDR fortement peuplées et à forte densité forment les zones urbaines. Pour les besoins de la CGT, il convient de les appeler les régions métropolitaines de recensement (RMR) et les agglomérations de recensement (AR). La combinaison de RMR et d'AR indique des grands centres urbains. Les autres SDR forment les régions rurales et les petites villes du Canada.

Les grands centres urbains comprennent :

- les régions métropolitaines de recensement, soit de très grands centres urbains qui comptent au moins 100 000 habitants;
- les agglomérations de recensement, soit de grands centres urbains qui comptent de 10 000 à tout juste moins de 100 000 habitants.

Les régions rurales et les petites villes comprennent :

- toutes les collectivités situées à l'extérieur des frontières des RMR et des AR.

Limites

Nombres

Il est fort improbable que les chiffres relatifs aux professions de la santé utilisés dans la présente étude correspondent parfaitement aux chiffres d'autres bases de données comme la Base de données médicales Scott's sur les médecins, la Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, la Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés ou la Base de données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés, qui sont tenues à jour par l'ICIS. De plus, ils ne correspondent probablement pas à ceux des bases de données de nombreux organismes ou associations des différentes professions de la santé. Les données de recensement et de l'ensemble des autres bases de données sont recueillies à différents moments de l'année; de plus, les données de recensement ne sont traitées que tous les cinq ans. En outre, les questions sur la profession et la mobilité ne sont incluses que dans le questionnaire de recensement complet, qui n'est envoyé qu'à 20 % des ménages. D'ailleurs, certains processus touchant la diffusion des données de recensement, les plus importantes étant l'arrondissement et la suppression des données sur des régions, empêchent la mise en correspondance précise des données avec celles d'autres bases de données.

Statistique Canada, pour diffuser les données, emploie une méthode d'arrondissement aléatoire fondée sur des probabilités établies. « Elle consiste à arrondir, aléatoirement à la hausse ou à la baisse, tous les chiffres d'un tableau (y compris les totaux) au multiple le plus près de 5 ou, dans certains cas, à un multiple de 10. Ainsi, l'arrondissement aléatoire du nombre 12 à un multiple de 5 donnerait 10 ou 15; la même opération pour le nombre 10 donnerait 10 comme résultat. Cette méthode est très efficace pour prévenir les risques de divulgation directe, de déduction par regroupement et de divulgation par soustraction, sans augmenter de façon significative l'erreur dans les données du recensement.⁵⁰ » En ce qui concerne les ensembles de données ayant servi à la présente étude, le plus petit nombre (autre que le zéro) trouvé dans les cellules est un 10. Dans tous les tableaux et figures du rapport, les valeurs de zéro et de dix doivent être examinées avec prudence. On ne peut prétendre à la précision des chiffres. Toutefois, il ne faut craindre aucune erreur importante lorsque la plupart des résultats sont exprimés en ratios ou en pourcentages de nombres totaux relativement élevés, comme dans le cas de la présente étude.

Il arrive que des régions soient supprimées des tableaux de données publiés par Statistique Canada. Il est cependant improbable qu'une telle suppression ait eu des effets majeurs sur les résultats divulgués dans ce rapport. Néanmoins, les chiffres peuvent différer de ceux d'autres bases de données sur les professions de la santé si ces derniers font état de renseignements sur des régions aussi petites ou plus petites que les subdivisions de recensement. La suppression des régions « consiste à éliminer d'un tableau les données relatives aux caractéristiques de la population lorsque la taille de la population visée se situe en deçà d'un seuil donné⁵⁰ ». Par conséquent, les subdivisions de recensement de petite taille peuvent avoir été exclues. Toutefois, dans la présente étude, les SDR ne servent qu'à agréger les nombres par catégories urbaines et rurales. Ici encore, la plupart des résultats indiqués pour ces unités géographiques sont exprimés en ratios et en pourcentages.

Migration

La majorité des études sur la migration, incluant celle-ci, comportent des limites communes. Dans le cas présent, les comparaisons portent sur le lieu de résidence d'une personne à deux époques distinctes : le lieu de résidence actuel et cinq ans auparavant. Au cours de cette période de cinq ans, une personne peut avoir déménagé à plusieurs reprises, ou déménagé pour revenir au même endroit par la suite. Les données de recensement ne tiennent pas compte de ces déménagements et retours multiples. À cela s'ajoute le fait que la notion de lieu correspond au lieu de résidence et non au lieu de travail. Cette limite, propre aux dispensateurs de soins, pourrait entraîner quelques erreurs dans la présente étude, par exemple dans le cas d'une personne vivant en région rurale mais travaillant en région urbaine, ou inversement.

Le recours à l'arrondissement aléatoire influe également sur l'aspect relatif à la migration de la présente étude. Tant pour les régions géographiques que les professions présentant des nombres relativement faibles, l'arrondissement aléatoire peut entraîner une répartition erronée des dispensateurs de soins. Par conséquent, en ce qui a trait à l'analyse de la composition des mouvements de migration, le rapport ne fournit les résultats que si les chiffres ont une valeur de 15 ou plus. Ce nombre, arbitraire, a été choisi dans le but d'éviter le plus d'erreurs possible.

L'aspect de l'analyse relatif à la migration (mais non à la répartition géographique) peut comprendre des personnes qui ne faisaient pas partie de la profession cinq ans auparavant. Par exemple, une infirmière autorisée âgée entre 20 ans et 29 ans en 1991 pouvait très bien être étudiante en 1986. Par conséquent, les chiffres relatifs aux mouvements de migration risquent d'être gonflés si l'on cherche seulement à savoir si une infirmière autorisée en 1986 occupait le même type de poste en 1991. Malgré cette limite, les courants de migration décrits dans les rapports nous renseignent sur le mouvement de l'ensemble réel ou potentiel des membres de la profession de la santé visée.

De la même façon, on court le risque de sous-dénombrer le nombre global des dispensateurs de soins les plus âgés. Les personnes qui ont pris leur retraite juste avant le recensement peuvent ne pas avoir été incluses dans le décompte des membres d'un corps professionnel. Toutefois, de tels chiffres seraient très faibles, car le questionnaire du recensement demande à une personne n'ayant pas travaillé durant la semaine de recensement d'indiquer l'emploi qu'elle a occupé au cours de la dernière année et demie, approximativement.

Déterminants de la migration

La présente étude est également limitée par le fait que seules deux variables, le sexe et l'âge, sont considérées comme des déterminants de la migration. Même si ces éléments influent sur les facteurs d'incitation et d'attraction⁵¹ et contribuent grandement à ce qu'on pourrait appeler la « personnalité du migrant⁵² », d'autres éléments sont réputés influencer sur la décision de migrer^{8, 53, 54}. On pense notamment au revenu, même si son influence est discutable. Les références qui suivent montrent certains des messages contradictoires relevés dans des recherches effectuées au Canada concernant l'influence du revenu en tant que déterminant de la migration des infirmières et des médecins :

- « Dans les années 1990, les salaires plus compétitifs n'étaient pas cités comme principal motif de la migrationⁱⁱⁱ. » Par contre, dans le même rapport, les auteurs affirment que « cela dit, le salaire demeure un important incitatif à la migrationⁱⁱⁱ ».
- Grâce aux données agrégées qui ont permis d'étudier la migration interprovinciale des médecins du Canada, « les résultats laissent entendre que les différences dans le revenu réel ont un effet positif et important sur la décision d'un médecin de migrer vers une autre province (...) toutefois, les différences de revenu ne sont pas le seul facteur qui influence la décision de déménager³⁶ ».
- Les données individuelles qui ont permis d'étudier la migration interprovinciale des médecins du Canada ont révélé que « pour les médecins de l'Ontario et de la Saskatchewan, le revenu attendu dans une province est un déterminant important du choix de la province de résidence (...) toutefois, il n'a pas un effet d'une très grande ampleur (...) Le revenu n'est pas un facteur déterminant dans les autres modèles ou pour les médecins des provinces autres que l'Ontario et de la Saskatchewan⁵⁵ ».

Bien que les données sur le revenu soient ici exclues, les variables de l'âge et du sexe devraient suffire à la présente analyse exploratoire. Ces variables, ou celles qui leur sont associées, sont réputées avoir une influence importante sur la migration des dispensateurs de soins au Canada. Voici quelques exemples :

- « Les médecins comptant moins de dix ans d'expérience sont ceux qui se déplacent le plus⁵⁶. »
- « Comparativement aux médecins d'âge moyen (de 45 à 50 ans), les médecins plus jeunes sont davantage susceptibles de déménager que les médecins plus âgés⁵⁷. »
- « Les infirmières autorisées vivant en milieu rural sont plus susceptibles de migrer... » que les infirmiers autorisés vivant en milieu rural; « les infirmières autorisées plus âgées », elles, sont plus susceptibles d'avoir migré⁸.

Annexe B – Aperçu de la migration interne au Canada

La migration interne, soit le mouvement d'une région à une autre au sein d'un même pays, est un sujet de préoccupation pour les gouvernements, les dirigeants d'entreprise, les chercheurs et, en fin de compte, la population en général. « La migration est le principal mécanisme par lequel les populations régionales et locales s'ajustent aux changements économiques et sociaux⁵⁸. » Par conséquent, ce sujet (ainsi que celui de l'immigration) a été abondamment étudié au Canada^{59, 60, 61, 62}.

Un document datant de 2004, *Mobilité des infirmières et infirmiers au Canada*ⁱⁱⁱ, donnait des renseignements sur la migration interne des infirmières en résumant certaines des plus récentes études sur la mobilité de la population générale du Canada. Bien qu'il s'agisse d'un excellent résumé, l'accent n'était mis que sur la migration interprovinciale^{30, 63, 64, 65}. Ces études n'ont pas été conçues pour examiner la mobilité et le mouvement intraprovincial des Canadiens, deux éléments d'égale importance. Elles ne s'intéressaient pas non plus au mouvement entre les régions urbaines et rurales, au sujet duquel on a observé que « la migration interne est un sujet de préoccupation dans les régions rurales et les petites villes du Canada, car le développement rural est un phénomène avant tout démographique³² ».

De plus, nombre de ces analyses se concentrent sur les caractéristiques de la migration de la population générale. Elles ne portent pas toujours sur une population en particulier.

En guise de toile de fond aux analyses des caractéristiques de migration interne des dispensateurs de soins du Canada, la présente annexe résume quelques caractéristiques des professions agrégées non liées à la santé. Comme nous le verrons, les Canadiens forment une nation « en mouvement³³ ».

Composition de la migration

Le tableau B1 montre l'ampleur de la mobilité des Canadiens n'occupant pas une profession liée à la santé. Plus de trois millions d'entre eux vivaient en un autre lieu (à l'exclusion des déménagements au sein de la même collectivité) cinq ans précédant l'année de recensement indiquée. Ces chiffres comprennent les migrants intraprovinciaux, interprovinciaux et externes (personnes ayant vécu à l'extérieur du Canada). Les chiffres bruts illustrés dans le tableau mettent en évidence le fait que globalement, on comptait moins de migrants lors du recensement de 1996, comparativement à celui de 1991; en revanche, le nombre brut de migrants a augmenté en 2001.

Tableau B1. Nombre total de migrants au sein de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001

Province	1991	1996	2001
T.-N.-L.	42 895	33 915	34 015
Î.-P.-É.	14 515	12 420	12 620
N.-É.	93 195	75 635	72 845
N.-B.	66 545	59 070	64 875
Qc	867 610	733 945	819 625
Ont.	1 513 640	1 195 450	1 297 805
Man.	93 450	84 035	88 750
Sask.	96 750	94 640	95 390
Alb.	359 840	340 045	427 985
C.-B.	590 170	607 550	511 655
Yn	6 465	6 060	4 300
T.N.-O.	10 595	10 035	9 025
Canada	3 755 665	3 252 805	3 438 885

Remarques :

Les totaux des provinces et territoires peuvent différer de ceux du Canada en raison de la méthode d'arrondissement aléatoire employée par Statistique Canada.

Les migrants englobent tous les migrants intraprovinciaux, interprovinciaux et internationaux.

Pour 2001, les chiffres du Nunavut ont été combinés à ceux des Territoires du Nord-Ouest.

Sources : Statistique Canada, Recensements de la population de 1991, de 1996 et de 2001.

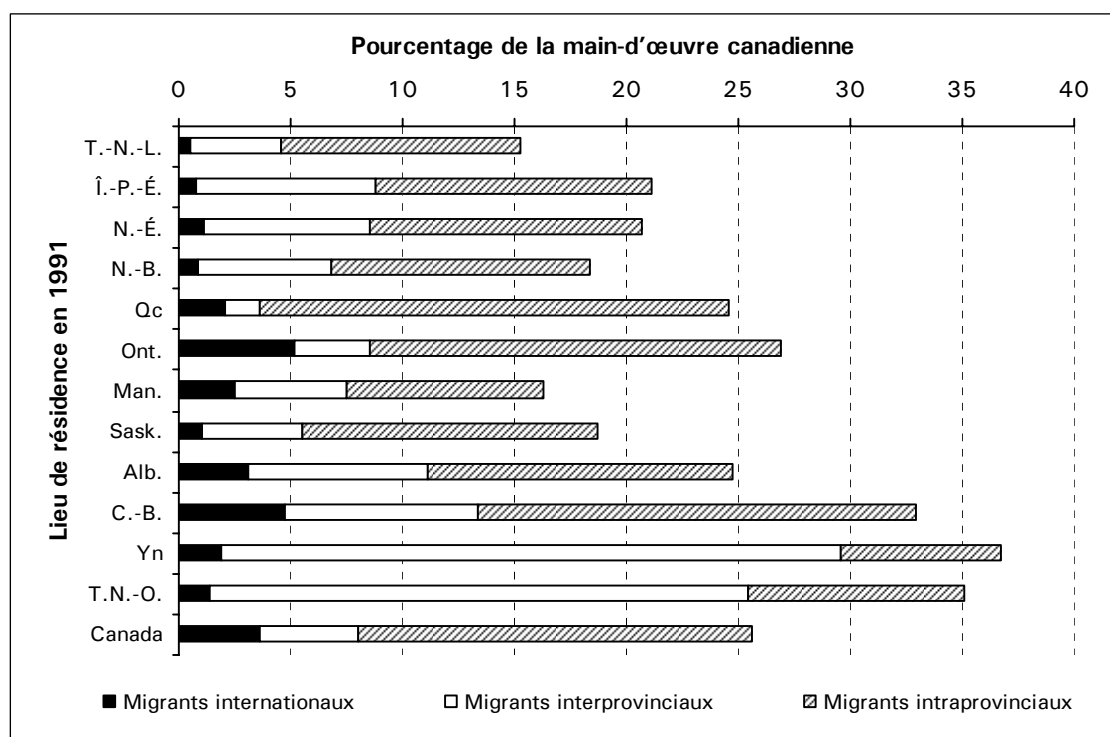
Malgré une hausse du nombre total de migrants en 2001, on a constaté que la proportion globale des migrants avait diminué³⁰, comme le montrent les figures B1 à B3. Ces dernières illustrent la composition de la migration relative des personnes n'occupant pas un emploi lié à la santé, par province et territoire et au Canada, pour les années de recensement 1991 (figure B1), 1996 (figure B2) et 2001 (figure B3). Pour chaque unité géographique illustrée, le pourcentage de la population globale n'occupant pas un emploi lié à la santé a été calculé et indiqué dans chacune des catégories suivantes : migrants internationaux, migrants interprovinciaux et migrants intraprovinciaux.

En 1991 au Canada, globalement, 25 % des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé (soit 3 755 665 personnes) avaient vécu dans une collectivité canadienne différente ou à l'extérieur du pays en 1986, comparativement à leur lieu de résidence en 1991. En ce qui concerne le recensement de 1991, 4 % des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé avaient vécu à l'extérieur du Canada (migrants internationaux) en 1986. Les migrants interprovinciaux représentaient 4 % de la population des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé, et 18 % d'entre eux ont déménagé dans une autre collectivité et sont considérés comme des migrants intraprovinciaux.

En 1996 et en 2001 au Canada, la proportion globale de migrants a diminué, passant à 22 % et à 21 % respectivement. Au cours de ces périodes, la proportion de migrants interprovinciaux est demeurée inchangée et celle des migrants intraprovinciaux a diminué, passant de 18 % en 1991 à 14 % en 2001. On a également observé une diminution de la proportion de migrants internationaux entre 1991 et 1996 (4 % et 3 %, respectivement), et aucun changement n'est survenu entre 1996 et 2001.

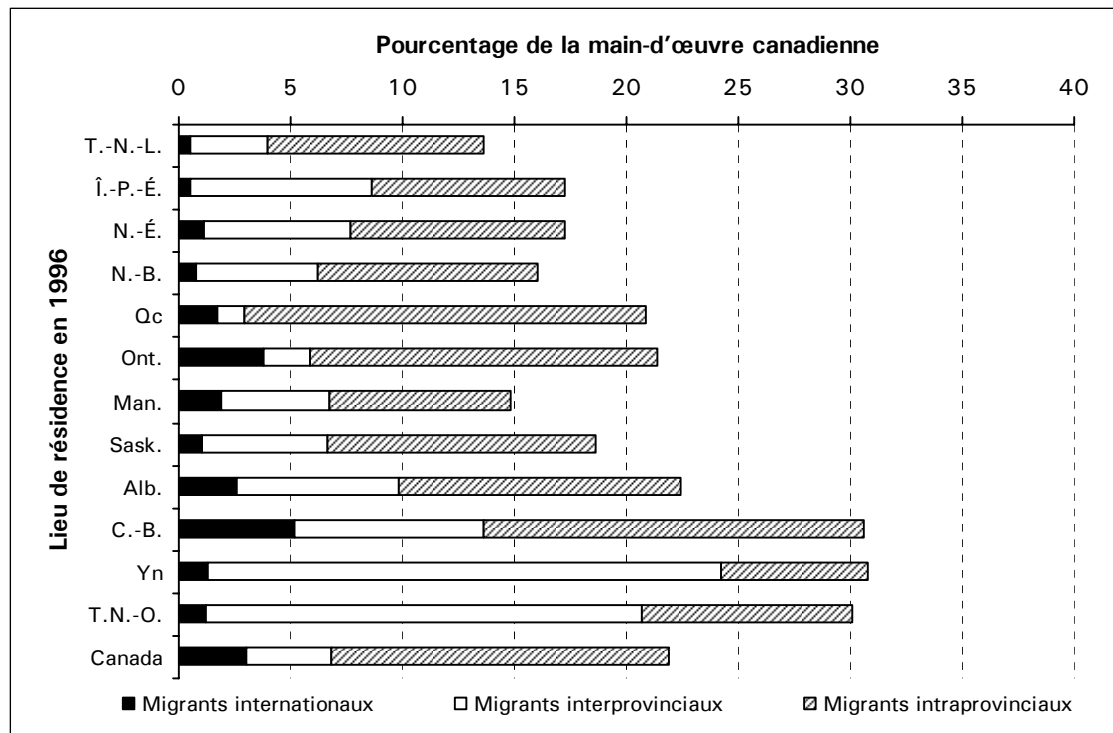
Les figures B1 à B3 illustrent les variations provinciales et territoriales des éléments de la composition de la migration.

Figure B1. Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991



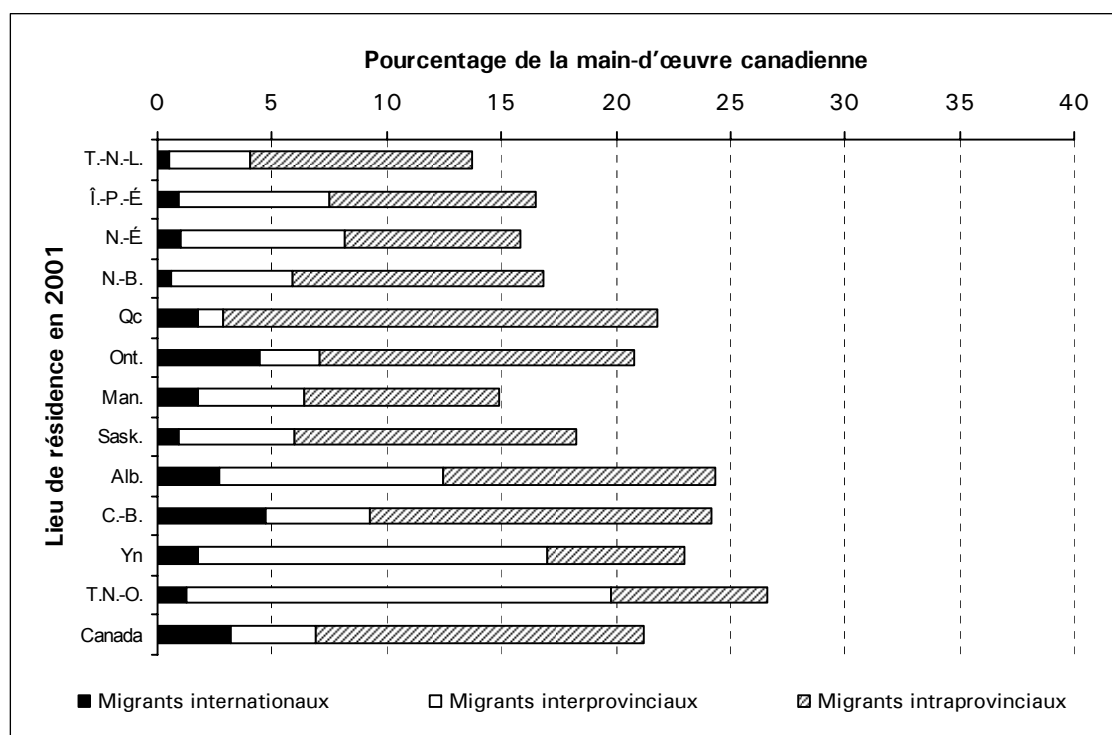
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure B2. Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure B3. Proportion de la composition de la migration (lieu de résidence cinq ans auparavant) de la main-d'œuvre canadienne, selon la province ou le territoire et au Canada, 2001



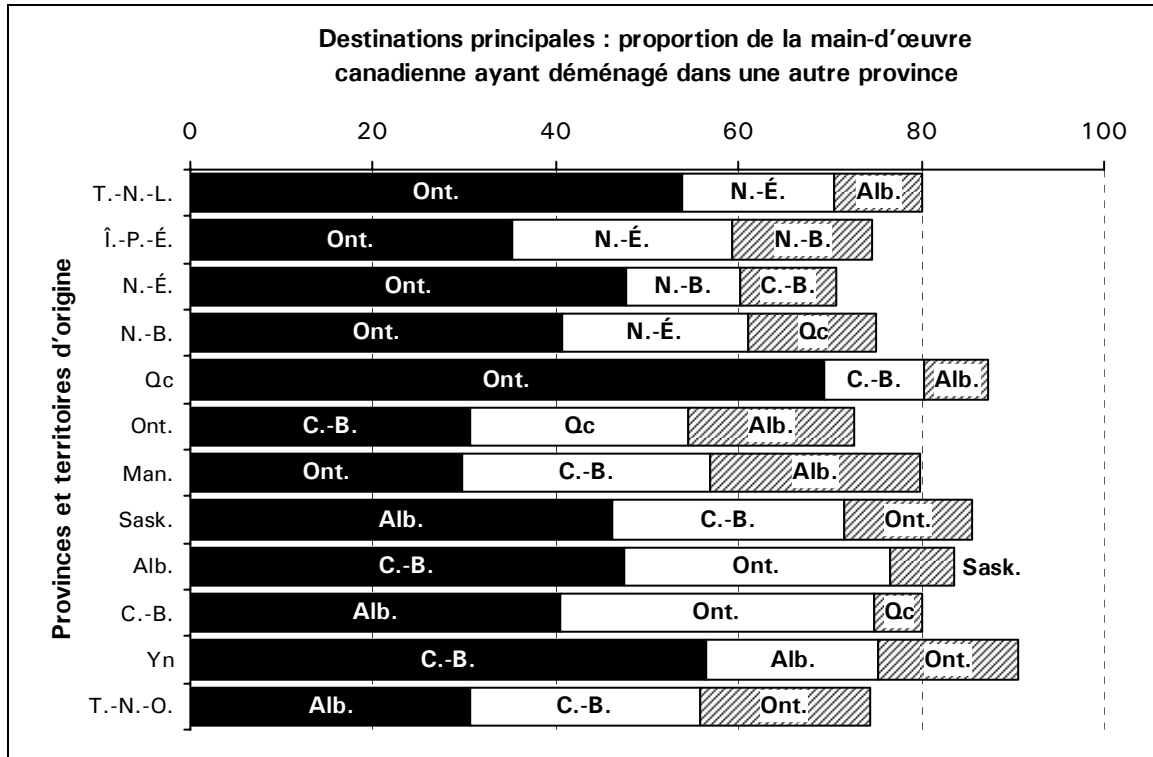
Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration interprovinciale

Les figures B4 et B5 montrent la région d'origine et de la principale destination des migrants interprovinciaux n'occupant pas un emploi lié à la santé. Les trois destinations provinciales les plus communes pour chaque province et territoire sont présentées pour le recensement de 1991 (figure B4) et de 2001 (figure B5). Le tableau B2 présente le décompte brut de ces migrations interprovinciales, y compris l'ensemble des provinces et territoires d'origine et de destination. Ce tableau présente également l'origine et la destination des migrants interprovinciaux dénombrés en 1996.

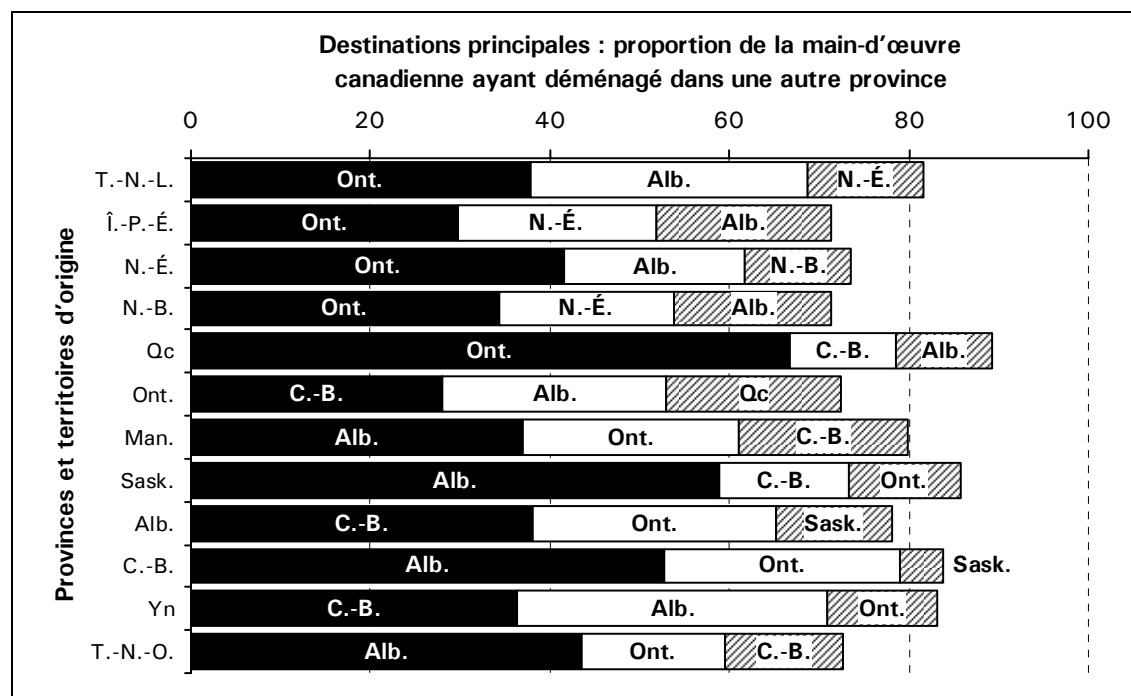
Ces figures et tableaux appuient l'observation générale selon laquelle au Canada, le mouvement interprovincial tend à « viser les provinces limitrophes, peuplées ou situées davantage vers l'Ouest⁶⁶ ». Par exemple, les personnes n'occupant pas un emploi lié à la santé qui vivaient dans l'Est du Canada en 1986 mais qui avaient déménagé dans une autre province ou un autre territoire en 1991 s'étaient le plus souvent installées en Ontario. L'autre destination principale était une province avoisinant la province d'origine. Par exemple, un migrant de la Nouvelle-Écosse qui n'aurait pas choisi de déménager en Ontario aura probablement migré au Nouveau-Brunswick. La Colombie-Britannique était la principale destination des migrants de l'Ontario, tant en 1991 qu'en 2001. Les Canadiens de l'Ouest ont principalement déménagé dans une province adjacente, même si l'Ontario était également un deuxième choix de destination important.

Figure B4. Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 1991



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Figure B5. Destinations principales : proportion de la main-d'œuvre canadienne ayant déménagé dans une autre province ou un autre territoire, 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Bien que les figures B4 et B5 donnent une indication des principales destinations, le tableau B2 met en lumière l'interaction complexe entre l'ensemble des provinces et territoires. Il faut le consulter en conjonction avec le tableau B3, qui illustre les chiffres relatifs à la migration d'entrée, de sortie et nette des provinces et territoires.

Les tableaux B2 et B3 montrent clairement que lorsqu'on compare la migration interne observée de 1996 à 2001 avec le mouvement interprovincial antérieur, « le mouvement vers l'ouest se poursuit, mais s'arrête aux Rocheuses³³ ». Comme le montre le tableau B3, la plupart des provinces et territoires en 1991 affichaient une migration nette négative, ce qui veut dire que de 1986 à 1991, le nombre de personnes ayant quitté la province ou le territoire était supérieur au nombre de personnes venues s'y installer. Au cours de cette période, c'est la Colombie-Britannique qui a enregistré la migration nette positive la plus élevée. Elle a également enregistré une migration nette positive élevée en 1996, mais en 2001, elle affichait une migration nette négative. Par contraste, l'Alberta, qui avait enregistré une migration nette négative en 1991, affichait en 1996 et en 2001 une migration nette positive. En 2001, l'Alberta a enregistré la migration nette positive la plus élevée.

Tableau B2. Mouvements migratoires interprovinciaux ou interterritoriaux de la main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux ou interterritoriaux sur cinq ans, selon la province ou le territoire de résidence, 1991, 1996 et 2001

Mouvements migratoires – 1986-1991		Lieu de résidence en 1986											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 1991	T.-N.-L.	0	135	1 925	700	660	5 445	335	135	1 435	720	10	140
	Î.-P.-É.	365	0	1 280	815	320	1 580	165	135	615	195	10	25
	N.-É.	4 145	1 595	0	5 815	1 995	12 090	1 125	440	3 435	2 460	20	280
	N.-B.	1 140	1 035	4 920	0	3 595	6 655	630	400	1 905	1 090	25	110
	Qc	535	435	2 520	3 980	0	34 720	2 555	1 130	4 295	3 920	80	205
	Ont.	13 525	2 355	18 920	11 590	49 090	0	15 265	9 265	37 455	25 825	590	1 320
	Man.	600	85	905	805	1 290	8 575	0	6 030	6 065	3 745	70	365
	Sask.	155	115	420	375	590	3 875	4 575	0	8 910	3 740	75	365
	Alb.	2 420	485	4 070	2 300	5 085	26 590	11 850	30 535	0	30 275	735	2 170
	C.-B.	1 730	360	4 200	1 845	7 640	44 680	13 815	16 760	60 760	0	2 190	1 775
	Yn	140	25	125	55	105	580	295	310	1 030	1 920	0	305
	T.N.-O.	335	55	385	170	395	1 065	620	890	2 265	970	80	0
Mouvements migratoires – 1991-1996		Lieu de résidence en 1991											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 1996	T.-N.-L.	0	125	1 705	535	385	4 330	150	160	690	475	10	190
	Î.-P.-É.	600	0	1 360	940	300	1 690	100	50	505	300	0	35
	N.-É.	4 050	1 185	0	4 600	2 100	10 935	800	440	2 355	2 315	10	240
	N.-B.	1 580	755	4 705	0	2 900	6 540	565	215	1 425	1 070	25	120
	Qc	630	220	2 015	3 275	0	28 795	1 390	645	2 880	3 350	65	270
	Ont.	10 485	1 230	12 865	6 990	38 565	0	8 910	4 215	17 960	16 845	235	830
	Man.	565	145	820	680	1 310	9 355	0	4 515	5 760	3 625	95	215
	Sask.	160	75	490	300	720	4 815	4 285	0	12 045	5 060	190	405
	Alb.	4 865	575	4 585	2 950	4 880	26 915	10 780	22 020	0	29 110	765	1 865
	C.-B.	4 005	605	6 820	2 795	12 490	61 005	11 955	10 825	52 755	0	2 030	1 360
	Yn	250	15	140	65	135	610	255	280	1 035	1 515	0	210
	T.N.-O.	675	30	415	175	315	1 290	410	505	1 925	655	105	0
Mouvements migratoires – 1996-2001		Lieu de résidence en 1996											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 2001	T.-N.-L.	0	185	1 530	540	505	3 195	190	110	1 245	990	55	225
	Î.-P.-É.	680	0	1 150	760	220	1 410	55	70	390	295	10	40
	N.-É.	4 505	1 210	0	5 605	2 035	10 520	1 010	610	3 325	3 910	105	280
	N.-B.	1 630	800	4 535	0	3 100	5 945	580	275	1 855	1 560	115	170
	Qc	615	130	1 985	4 095	0	23 905	1 265	640	2 855	5 355	90	225
	Ont.	13 220	1 630	15 735	9 820	50 920	0	9 600	5 620	21 595	31 540	565	1 145
	Man.	545	70	950	675	1 185	8 280	0	4 330	5 755	5 030	100	395
	Sask.	510	60	505	350	590	3 250	4 420	0	10 345	5 770	170	485
	Alb.	10 800	1 075	7 560	5 010	8 195	30 650	14 790	26 950	0	62 860	1 590	3 120
	C.-B.	1 650	280	3 350	1 590	8 970	34 565	7 540	6 680	30 160	0	1 665	935
	Yn	90	0	85	25	145	445	75	190	430	1 220	0	145
	T.N.-O.	715	40	440	165	380	1 055	395	325	1 335	805	125	0

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau B3. Main-d'œuvre canadienne : nombre de migrants interprovinciaux de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001

	Sommaire de la migration								
	1991			1996			2001		
	De sortie	D'entrée	Nette	De sortie	D'entrée	Nette	De sortie	D'entrée	Nette
T.-N.-L.	25 090	11 640	-13 450	27 865	8 755	-19 110	34 960	8 770	-26 190
Î.-P.-É.	6 680	5 505	-1 175	4 960	5 880	920	5 480	5 080	-400
N.-É.	39 670	33 400	-6 270	35 920	29 030	-6 890	37 825	33 115	-4 710
N.-B.	28 450	21 505	-6 945	23 305	19 900	-3 405	28 635	20 565	-8 070
Qc	70 765	54 375	-16 390	64 100	43 535	-20 565	76 245	41 160	-35 085
Ont.	145 855	185 200	39 345	156 280	119 130	-37 150	123 220	161 390	38 170
Man.	51 230	28 535	-22 695	39 600	27 085	-12 515	39 920	27 315	-12 605
Sask.	66 030	23 195	-42 835	43 870	28 545	-15 325	45 800	26 455	-19 345
Alb.	128 170	116 515	-11 655	99 335	109 310	9 975	79 290	172 600	93 310
C.-B.	74 860	155 755	80 895	64 320	166 645	102 325	119 335	97 385	-21 950
Yn	3 885	4 890	1 005	3 530	4 510	980	4 590	2 850	-1 740
T.N.-O.	7 060	7 230	170	5 740	6 500	760	7 165	5 780	-1 385

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Migration intraprovinciale, urbaine et rurale

Les taux de migration nette des régions rurales et des petites villes visant toutes les personnes de 15 ans et plus s'élevaient à 0 %, de 1986 à 1991, puis à 1 %, de 1991 à 1996³². On rapporte également que les taux de migration nette relatifs aux grands centres urbains, au cours des mêmes périodes, sont demeurés inchangés. Surtout, on n'a observé pratiquement aucun mouvement net de 1986 à 1991, mais les régions rurales du pays ont enregistré une migration nette positive. Toutefois, ces taux reposaient sur des mouvements migratoires englobant les personnes qui ne faisaient pas partie de la main-d'œuvre générale.

À l'aide de la méthodologie utilisée lors de l'étude mentionnée plus haut, les chiffres et les taux relatifs à la migration urbaine et rurale ont été calculés pour l'agrégé de tous les Canadiens n'occupant pas un emploi lié à la santé (tableau B4).

La migration des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé diffère de celui de la population générale. En effet, de 1986 à 1991, dans l'ensemble, le taux de migration nette des régions rurales était négatif (-1 %) et celui des régions urbaines, positif. Or, de 1991 à 1996 les taux de migration nette étaient quelque peu similaires : celui des régions rurales était positif et celui des régions urbaines, négatif. Malgré des différences numériques d'une certaine importance entre les taux de migration nette des hommes et des femmes, leurs caractéristiques étaient similaires tant sur le plan rural qu'urbain. Le tableau B4 montre un retour, de 1996 à 2001, à un taux de migration nette négatif pour les régions rurales et à un taux positif pour les régions urbaines. En ce qui concerne les régions rurales du pays, tant pour la période s'échelonnant de 1986 à 1991 que celle allant de 1996 à 2001, les

taux négatifs de migration nette étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Dans le même ordre d'idées, les taux de migration nette positifs enregistrés dans les régions rurales de 1991 à 1996 étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

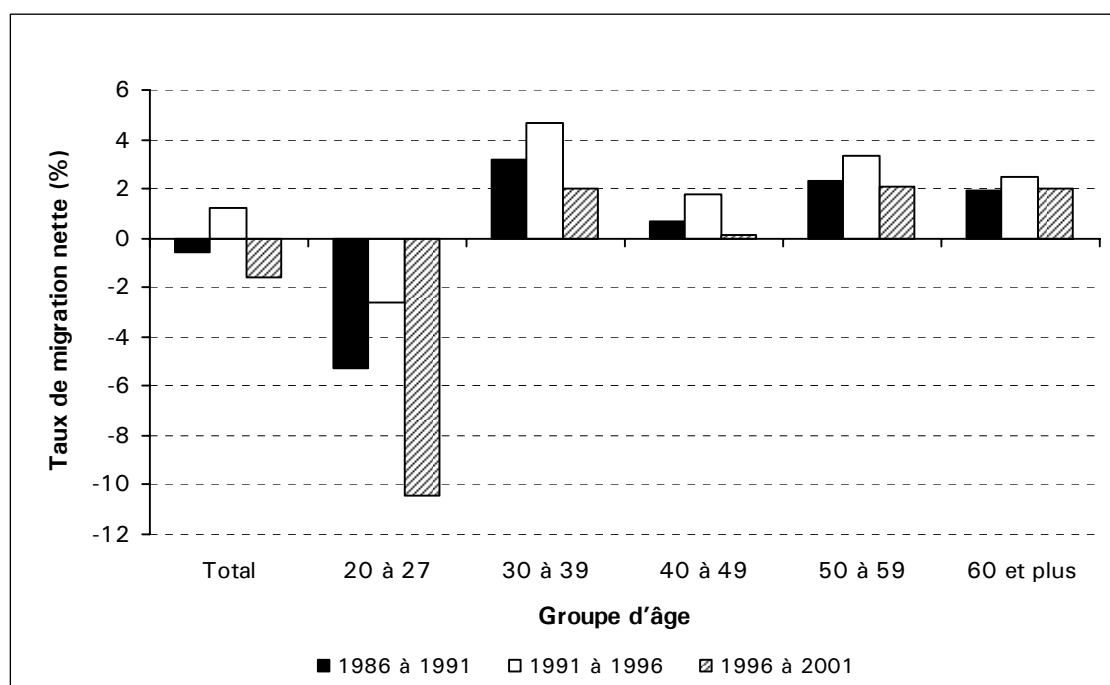
Tableau B4. Main-d'œuvre canadienne : migration entre les régions urbaines et les régions rurales

	1986-1991			1991-1996			1996-2001		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Nombre de personnes n'ayant pas déménagé et de migrants internes									
Personnes n'ayant pas déménagé									
Régions rurales	3 131 960	1 822 910	1 309 050	3 160 255	1 817 850	1 342 405	3 191 250	1 797 295	1 393 960
Régions urbaines	11 575 680	6 365 655	5 210 025	11 682 065	6 367 405	5 314 655	13 010 475	6 987 445	6 023 030
Migrants internes									
Régions rurales vers régions urbaines	423 870	228 600	195 275	340 065	181 720	158 350	414 145	217 275	196 870
Régions urbaines vers régions rurales	402 075	223 645	178 425	382 005	209 850	172 155	355 075	192 825	162 255
Taux de migration nette total vers les régions rurales	-21 795	-4 955	-16 850	41 940	28 130	13 805	-59 070	-24 450	-34 615
Proportion de migrants									
Régions rurales									
Taux de migration d'entrée	11	11	12	11	11	12	10	10	10
Taux de migration de sortie	12	11	13	10	9	11	12	11	12
Taux de migration nette	-1	0	-1	1	1	1	-2	-1	-2
Régions urbaines									
Taux de migration d'entrée	4	4	4	3	3	3	3	3	3
Taux de migration de sortie	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Taux de migration nette	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

L'examen des taux de migration nette visant les régions rurales, à la figure B6, illustre bien la complexité des mouvements de migration urbaine et rurale selon le groupe d'âge^x. Comme le montre le tableau, les taux globaux de migration nette des 20 à 29 ans sont plus élevés que dans tout autre groupe d'âge. Ce groupe d'âge affiche un taux de migration nette négatif pour toutes les années de recensement à l'étude. Tous les autres groupes d'âge affichent un taux de migration nette positif concernant les régions rurales du pays. Toutefois, et particulièrement en ce qui concerne les périodes de migration allant de 1986 à 1991 et de 1996 à 2001, l'afflux de personnes des groupes d'âge plus élevés ne suffit pas à générer un taux global de migration nette positif. La figure B6 montre l'exode des jeunes n'occupant pas un emploi lié à la santé des régions rurales et des petites villes canadiennes.

Figure B6. Main-d'œuvre canadienne : migration nette des régions rurales et des petites villes, selon le groupe d'âge, Canada, 1991, 1996 et 2001



Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

x. Un graphique similaire de la migration nette urbaine chez les personnes des mêmes groupes d'âge et au cours des mêmes années apparaîtrait comme un miroir des caractéristiques de la migration nette rurale illustrées à la figure B6, avec pour seule différence la magnitude des taux de migration nette urbaine qui tendent à être plus faibles en raison de l'effet modérateur du nombre plus élevé de personnes, dans les régions urbaines, ayant déménagé et n'ayant pas déménagé.

Le tableau B5 montre d'autres détails sur les caractéristiques de la migration interne des travailleurs n'occupant pas un emploi lié à la santé. Il donne une vue d'ensemble de la migration interprovinciale et intraprovinciale ainsi que des mouvements entre les régions rurales et urbaines du pays. Voici trois exemples illustrant les façons possibles d'interpréter le tableau B5 :

- Pour la période allant de 1986 à 1991, 42 % des migrants internes qui vivaient dans les régions urbaines de Terre-Neuve-et-Labrador, en 1986, avaient migré vers des régions urbaines hors de la province. Ce mouvement interprovincial de région urbaine à région urbaine s'est reproduit en 1996 et en 2001.
- C'est en Alberta qu'on remarque la prédominance de la migration des personnes n'occupant pas un emploi lié à la santé depuis les régions rurales vers les régions urbaines : de 1986 à 1991, 44 % des travailleurs de ce groupe sont partis d'une région rurale vers une région urbaine (au sein de la même province). Cette proportion de migrants intraprovinciaux des régions rurales et les petites villes vers les grands centres urbains a diminué, en 1996, passant à 42 %, mais a augmenté de nouveau en 2001, passant à 48 %.
- Tous les mouvements depuis les régions rurales n'ont pas pour destination des régions urbaines. Au Nouveau- Brunswick, de 1986 à 1991, d'autres régions rurales de la province ont accueilli des travailleurs des régions rurales du Nouveau-Brunswick (34 % en 1991 et 33 % en 1996). Toutefois, en 2001, le mouvement depuis les régions rurales et les petites villes vers les grands centres urbains dominait au Nouveau-Brunswick.

Tableau B5. Main-d'œuvre canadienne : sommaire des mouvements de migration urbaine et rurale, en pourcentage, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001

	Lieu de résidence en 1991				Lieu de résidence en 1996				Lieu de résidence en 2001				
	Même province ou territoire		Province ou territoire différent		Même province ou territoire		Province ou territoire différent		Même province ou territoire		Province ou territoire différent		
	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	
Lieu de résidence cinq ans auparavant	T.-N.-L.												
	Urbaine	38	14	42	6	30	16	45	9	28	11	54	8
	Rurale	27	29	37	7	23	23	42	12	23	20	48	10
	Î.-P.-É.												
	Urbaine	40	10	42	8	30	18	42	10	31	17	43	9
	Rurale	32	34	26	8	36	32	23	9	35	32	28	5
	N.-É.												
	Urbaine	43	13	38	6	35	15	42	8	20	17	54	9
	Rurale	32	30	30	8	35	28	28	9	37	26	28	8
	N.-B.												
	Urbaine	41	15	39	6	40	19	34	7	38	17	39	6
	Rurale	30	34	27	9	31	33	27	9	34	32	28	7
	Qc												
	Urbaine	78	12	9	1	76	13	9	1	77	12	10	1
	Rurale	58	38	3	1	56	40	3	1	60	36	3	2
	Ont.												
	Urbaine	74	13	11	2	73	12	13	2	76	11	11	2
	Rurale	51	40	7	3	53	35	8	4	61	30	7	3
	Man.												
	Urbaine	15	21	57	8	17	24	51	8	20	22	51	8
	Rurale	37	32	20	10	39	36	15	10	40	35	18	8
	Sask.												
	Urbaine	26	14	51	9	29	20	43	9	30	20	43	8
	Rurale	39	28	22	11	38	34	18	10	40	31	19	10
	Alb.												
	Urbaine	38	16	39	8	41	19	32	8	48	19	27	6
	Rurale	44	35	14	7	42	39	12	7	48	36	10	6
	C.-B.												
Urbaine	72	10	15	3	71	13	13	3	63	9	23	4	
Rurale	53	30	12	5	49	33	11	7	48	26	19	8	
Yn													
Urbaine	0	15	64	22	2	14	59	26	3	7	66	25	
Rurale	26	14	37	24	33	12	28	27	28	9	40	23	
T.N.-O.													
Urbaine	0	12	65	23	0	13	62	26	0	5	73	22	
Rurale	10	27	38	25	11	38	33	19	13	21	42	24	

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Annexe C – Ergothérapeutes – Tableaux supplémentaires

Tableau C1. Proportion d'ergothérapeutes de sexe féminin, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001

	1991	1996	2001	Changement de 1991 à 2001
T.-N.-L.	60	85	85	(+ 25)
Î.-P.-É.	67	100	57	(-10)
N.-É.	93	92	86	(-7)
N.-B.	77	90	92	(+ 16)
Qc	91	91	91	(+ 0)
Ont.	92	92	92	(-0)
Man.	85	100	90	(+ 5)
Sask.	77	93	85	(+ 8)
Alb.	92	93	94	(+ 2)
C.-B.	86	87	85	(-2)
Yn	100	..
T.N.-O.	100	100
Canada	90	91	90	(+ 0)

Remarques :

Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

.. Les données ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C2. Âge moyen estimé des ergothérapeutes, en années, et différence par rapport à la main-d'œuvre canadienne en général, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001

	1991		1996		2001	
	Ergothérapeutes	Différence par rapport à la main-d'œuvre en général	Ergothérapeutes	Différence par rapport à la main-d'œuvre en général	Ergothérapeutes	Différence par rapport à la main-d'œuvre en général
T.-N.-L.	33	(-5)	37	(-2)	31	(-9)
Î.-P.-É.	33	(-6)	35	(-6)	44	(+2)
N.-É.	35	(-4)	37	(-3)	36	(-5)
N.-B.	29	(-10)	32	(-8)	36	(-5)
Qc	32	(-7)	33	(-7)	34	(-7)
Ont.	35	(-4)	36	(-4)	37	(-4)
Man.	37	(-3)	37	(-4)	37	(-4)
Sask.	36	(-5)	36	(-5)	35	(-7)
Alb.	35	(-4)	36	(-4)	35	(-5)
C.-B.	37	(-3)	39	(-1)	39	(-2)
Canada	34	(-5)	36	(-5)	36	(-5)

Remarques :

Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

En ce qui concerne la main-d'œuvre canadienne en général, l'âge moyen a été calculé d'après les personnes âgées de 20 ans et plus.

Les données du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest sur l'âge moyen ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C3. Répartition selon l'âge des ergothérapeutes, en pourcentage, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991

	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 et plus
T.-N.-L.	36	46	18	0	0
Î.-P.-É.	43	29	29	0	0
N.-É.	37	41	15	0	7
N.-B.	53	47	0	0	0
Qc	47	36	14	2	2
Ont.	36	36	18	6	4
Man.	29	40	19	6	6
Sask.	29	44	18	0	9
Alb.	34	41	17	6	2
C.-B.	26	36	26	9	3
Canada	38	37	18	5	3

Remarque : Les pourcentages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimés en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C4. Répartition selon l'âge des ergothérapeutes, en pourcentage, selon la province ou le territoire et au Canada, 1996

	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 et plus
T.-N.-L.	33	20	33	13	0
Î.-P.-É.	0	100	0	0	0
N.-É.	39	27	19	8	8
N.-B.	41	47	13	0	0
Qc	36	45	16	3	1
Ont.	29	41	21	8	2
Man.	21	41	35	3	0
Sask.	30	33	27	10	0
Alb.	27	40	26	6	2
C.-B.	14	45	24	13	4
Canada	29	42	21	6	1

Remarque : Les pourcentages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimés en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C5. Répartition selon l'âge des ergothérapeutes, en pourcentage, selon la province ou le territoire et au Canada, 2001

	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 et plus
T.-N.-L.	48	44	0	7	0
Î.-P.-É.	29	0	29	43	0
N.-É.	29	43	16	9	3
N.-B.	31	35	24	10	0
Qc	36	39	20	5	0
Ont.	25	39	23	11	2
Man.	27	37	25	10	2
Sask.	36	40	11	13	0
Alb.	34	35	19	10	1
C.-B.	20	39	22	16	4
Yn	0	29	43	29	0
Canada	29	39	21	10	2

Remarques :

Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

Les données des Territoires du Nord-Ouest ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C6. Nombre d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, selon la province ou le territoire et au Canada, 1991, 1996 et 2001

	1991	1996	2001	Changement de 1991 à 2001	Changement en pourcentage de 1991 à 2001
T.-N.-L.	10	14	26	(+ 17)	(+ 171)
Î.-P.-É.	27	11	26	(-1)	(-4)
N.-É.	15	14	32	(+ 17)	(+ 113)
N.-B.	12	22	35	(+ 23)	(+ 199)
Qc	23	25	37	(+ 14)	(+ 61)
Ont.	23	24	29	(+ 6)	(+ 26)
Man.	22	28	42	(+ 20)	(+ 91)
Sask.	23	15	24	(+ 1)	(+ 5)
Alb.	26	24	40	(+ 14)	(+ 51)
C.-B.	21	26	37	(+ 16)	(+ 74)
Yn	36	..	122	(+ 86)	(+ 239)
T.N.-O.	17	16
Canada	22	23	34	(+ 12)	(+ 52)

Remarques :

Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

.. Les données ont été supprimées en raison des cellules de faible valeur.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C7. Ergothérapeutes : nombre de migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1986 à 1991

		Lieu de résidence en 1986											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 1991	T.-N.-L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
	N.-É.	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	0
	N.-B.	0	0	10	0	20	10	0	0	0	0	0	0
	Qc	0	0	10	10	0	20	0	0	0	0	0	0
	Ont.	0	10	30	10	55	0	0	0	20	25	0	0
	Man.	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0
	Sask.	0	0	0	10	0	15	10	0	10	0	0	0
	Alb.	0	0	0	0	0	15	0	25	0	15	0	0
	C.-B.	0	0	10	0	10	55	10	10	50	0	0	0
	Yn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T.N.-O.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C8. Ergothérapeutes : nombre de migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1991 à 1996

		Lieu de résidence en 1991											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 1996	T.-N.-L.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N.-É.	0	10	0	0	10	10	0	0	0	10	0	0
	N.-B.	0	0	10	0	30	10	0	0	0	0	0	0
	Qc	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0
	Ont.	10	0	0	10	40	0	10	10	20	20	0	0
	Man.	0	0	0	0	0	10	0	10	0	0	0	0
	Sask.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Alb.	0	0	0	10	0	0	20	10	0	10	0	0
	C.-B.	0	0	10	0	10	25	15	0	20	0	0	0
	Yn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T.N.-O.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C9. Ergothérapeutes : nombre de migrants interprovinciaux, selon la province ou le territoire de résidence, de 1996 à 2001

		Lieu de résidence en 1996											
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.
Lieu de résidence en 2001	T.-N.-L.	0	0	15	0	0	10	0	0	0	0	0	0
	Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
	N.-É.	0	10	0	30	0	10	0	0	0	0	0	0
	N.-B.	0	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0
	Qc	0	0	10	10	0	30	0	0	0	0	0	0
	Ont.	10	0	35	10	30	0	15	0	25	40	10	0
	Man.	0	0	0	0	0	20	0	10	10	10	0	10
	Sask.	0	0	15	0	0	10	15	0	15	15	0	0
	Alb.	0	0	20	10	0	25	15	30	0	50	0	0
	C.-B.	0	0	35	0	20	65	20	0	40	0	0	0
	Yn	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
T.N.-O.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C10. Ergothérapeutes : nombres de migrants de sortie, d'entrée et nets, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001

	1991			1996			2001		
	De sortie	D'entrée	Nets	De sortie	D'entrée	Nets	De sortie	D'entrée	Nets
T.-N.-L.	0	0	0	10	10	0	10	25	15
Î.-P.-É.	10	10	0	10	0	-10	10	10	0
N.-É.	60	20	-40	20	40	20	140	50	-90
N.-B.	30	40	10	20	50	30	60	20	-40
Qc	85	40	-45	90	15	-75	60	50	-10
Ont.	140	150	10	70	120	50	180	175	-5
Man.	20	15	-5	45	20	-25	65	60	-5
Sask.	35	45	10	30	0	-30	40	70	30
Alb.	90	55	-35	40	50	10	100	150	50
C.-B.	50	145	95	40	80	40	115	180	65
Yn	0	0	0	0	0	0	10	10	0
T.N.-O.	0	0	0	10	0	-10	10	0	-10

Remarque : Les données de 2001 des Territoires du Nord-Ouest comprennent celles du Nunavut.

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C11. Ergothérapeutes : migration entre les régions urbaines et les régions rurales du Canada, selon le sexe, 1991, 1996 et 2001

	1986-1991		1991-1996		1996-2001	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Nombre de personnes n'ayant pas déménagé et de migrants internes						
Personnes n'ayant pas déménagé						
Régions rurales	75	405	35	635	100	955
Régions urbaines	540	4 960	535	5 515	870	8 100
Migrants internes						
Régions rurales vers régions urbaines	25	200	0	130	25	240
Régions urbaines vers régions rurales	15	115	20	185	0	230
Taux de migrations internes vers régions rurales	-10	-85	20	55	-25	-10
Taux de migration (%)						
Régions rurales						
Taux de migration d'entrée	15	19	57	24	0	19
Taux de migration de sortie	25	33	0	17	20	20
Taux de migration nette	-10	-14	57	7	-20	-1
Régions urbaines						
Taux de migration d'entrée	5	4	0	2	3	3
Taux de migration de sortie	3	2	4	3	0	3
Taux de migration nette	2	2	-4	-1	3	0

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Tableau C12. Ergothérapeutes : résumé des mouvements de migration urbaine et rurale et intraprovinciale et interprovinciale, en pourcentage, selon la province ou le territoire, 1991, 1996 et 2001

		Lieu de résidence en 1991				Lieu de résidence en 1996				Lieu de résidence en 2001			
		Intraprovinciale		Interprovinciale		Intraprovinciale		Interprovinciale		Intraprovinciale		Interprovinciale	
		Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale	Urbaine	Rurale
Lieu de résidence cinq ans auparavant	T.-N.-L.												
	Urbaine	0	0	100	0	0	0	100	0	60	0	40	0
	Rurale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Î.-P.-É.												
	Urbaine	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0
	Rurale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N.-É.												
	Urbaine	36	0	64	0	33	0	67	0	8	0	92	0
	Rurale	50	0	50	0	0	0	0	0	60	0	40	0
	N.-B.												
	Urbaine	0	0	67	33	75	0	25	0	29	18	53	0
	Rurale	0	50	50	0	100	0	0	0	100	0	0	0
	Qc												
	Urbaine	83	5	13	0	77	10	13	0	84	8	8	0
	Rurale	53	37	11	0	57	43	0	0	71	29	0	0
	Ont.												
	Urbaine	72	8	19	0	81	6	8	5	74	6	19	1
	Rurale	85	15	0	0	71	29	0	0	71	0	29	0
	Man.												
	Urbaine	33	0	67	0	15	15	69	0	32	0	58	11
	Rurale	100	0	0	0	0	0	0	0	44	33	22	0
	Sask.												
	Urbaine	44	0	56	0	33	0	67	0	36	0	64	0
	Rurale	50	50	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
	Alb.												
	Urbaine	48	8	45	0	53	12	35	0	60	10	29	0
	Rurale	71	14	14	0	50	50	0	0	22	56	22	0
	C.-B.												
Urbaine	66	8	26	0	68	16	11	5	57	13	30	0	
Rurale	100	0	0	0	100	0	0	0	0	50	0	50	

Source : Statistique Canada, Recensement de la population.

Annexe D – Définitions de la Classification nationale des professions (CNP)^{67,xi}

D011 Médecins spécialistes

Ce groupe de base comprend les médecins spécialistes en médecine clinique, en médecine de laboratoire et en chirurgie. Les spécialistes en médecine clinique diagnostiquent et traitent les maladies et les troubles physiologiques ou psychologiques, et exercent des fonctions de consultant auprès des autres médecins. Les spécialistes en médecine de laboratoire étudient la nature, la pathogenèse et l'évolution des maladies chez les humains. Les spécialistes en chirurgie pratiquent des interventions chirurgicales et supervisent les procédures chirurgicales. Les spécialistes en médecine clinique exercent en cabinet privé ou dans un centre hospitalier, tandis que les spécialistes en médecine de laboratoire et en chirurgie travaillent dans les centres hospitaliers. Les résidents en médecine spécialisée sont inclus dans ce groupe de base.

Exclusions

- Les directeurs de services médicaux sont classés dans le groupe de base A321 – Directeurs/directrices des soins de santé
- Les médecins de famille sont classés dans le groupe de base D012 – Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale
- Les chirurgiens dentistes sont classés dans le groupe de base D013 – Dentistes
- Les chiropraticiens sont classés dans le groupe de base D022 – Chiropraticiens/chiropraticiennes
- Les chirurgiens en ostéopathie et les docteurs en naturopathie sont classés dans le groupe de base D023 – Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé
- Les homéopathes sont classés dans le groupe de base D232 – Sages-femmes et praticiens/praticiennes des médecines douces

D012 Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale

Les omnipraticiens et les médecins en médecine familiale diagnostiquent et traitent les maladies, les troubles physiologiques et les traumatismes de l'organisme humain. Ils sont des professionnels de la santé de première ligne et ils dispensent des soins de santé aux patients. Ils travaillent habituellement en cabinet privé, y compris les pratiques partagées, les centres hospitaliers et les cliniques. Ce groupe de base comprend les résidents qui suivent une formation d'omnipraticien ou de médecin en médecine familiale.

xi. Le contenu de l'annexe D est utilisé avec la permission de Statistique Canada.

Exclusions

- Les chiropraticiens/chiropraticiennes sont classés dans le groupe de base D022 — Chiropraticiens/chiropraticiennes
- Les autres professionnels et professionnelles de la santé dans les domaines du diagnostic et du traitement, tels que les podiatres, les podologues et les docteurs/docteurs en naturopathie et en ostéopathie, sont classés dans le groupe de base D023 — Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé
- Les médecins qui se spécialisent dans un domaine particulier de la médecine sont classés dans le groupe de base D011 — Médecins spécialistes
- Les professions de la santé tels que les acuponcteurs/acuponctrices, les homéopathes, les herboristes, les massothérapeutes et les rolfeurs/rolfeuses sont classés dans le groupe de base D232 — Sages-femmes et praticiens/praticiennes de médecines douces

D013 Dentistes

Les dentistes diagnostiquent, soignent, préviennent et contrôlent les maladies des dents et de la bouche. Ils travaillent en pratique privée ou peuvent travailler dans des centres hospitaliers, des cliniques, des centres de santé publique ou des universités.

Exclusions

- Les denturologistes sont classés dans le groupe de base D221 — Denturologistes
- Les hygiénistes et les thérapeutes dentaires sont classés dans le groupe de base D222 — Hygiénistes et thérapeutes dentaires
- Les techniciens et techniciennes dentaires sont classés dans le groupe de base D223 — Techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires
- Les assistants et assistantes dentaires sont classés dans le groupe de base D311 — Assistants/assistantes dentaires

D021 Optométristes

Les optométristes examinent les yeux des patients, prescrivent et ajustent des lunettes ou des lentilles cornéennes, et recommandent des traitements tels que des exercices pour corriger les problèmes de vision ou les troubles oculaires. Ils exercent en cabinet privé, dans des cliniques d'optométrie et des centres de santé communautaire.

Exclusions

- Les ophtalmologistes sont classés dans le groupe de base D011 — Médecins spécialistes
- Les opticiens/opticiennes et les opticiens/opticiennes d'ordonnances sont classés dans le groupe de base D231 — Opticiens/opticiennes
- Les techniciens et techniciennes en orthoptique et en ophtalmologie sont classés dans le groupe de base D235 — Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

D022 Chiropraticiens/chiropraticiennes

Les chiropraticiens diagnostiquent et traitent les troubles neuromusculosquelettiques liés à la colonne vertébrale et aux autres articulations du corps, en redressant la colonne ou en effectuant d'autres manipulations correctives. Les chiropraticiens exercent normalement en cabinet privé ou dans des cliniques, en association avec d'autres praticiens de la santé.

D023 Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé

Ce groupe de base comprend les professionnels de la santé, non classés ailleurs, qui diagnostiquent et traitent les maladies et les blessures. Il comprend les docteurs en médecine podiatrice, les podologues et les podiatres, les naturopathes, les orthoptistes et les ostéopathes. Ils exercent en cabinet privé, dans des cliniques et dans des centres hospitaliers.

Exclusions

- Les instructeurs et instructrices travaillant dans des établissements d'enseignement sont classés dans le groupe de base approprié à l'intérieur du grand groupe E1 — Enseignants/enseignantes
- Les travailleurs et travailleuses non professionnels qui s'occupent du diagnostic et du traitement des maladies, par exemple les acuponcteurs/acuponctrices, les herboristes, les rolfeurs/rolfeuses et les thérapeutes en shiatsu sont classés dans le groupe de base D232 — Sages-femmes et praticiens/praticiennes de médecines douces

D031 Pharmaciens/pharmaciennes

Les pharmaciens communautaires et les pharmaciens d'hôpitaux remplissent les ordonnances, vendent les médicaments et offrent un service de consultation aux clients et aux professionnels de la santé. Ils travaillent dans des pharmacies communautaires et hospitalières ou ils peuvent travailler à leur compte. Les pharmaciens industriels participent à la recherche, au développement, à la promotion et à la fabrication de produits pharmaceutiques. Ils travaillent dans des compagnies pharmaceutiques et des organismes et services gouvernementaux.

Exclusions

- Les directeurs et directrices de pharmacies ou de rayons des produits pharmaceutiques dans les points de vente au détail sont classés dans le groupe de base A211 — Directeurs/directrices de la vente au détail
- Les chimistes en pharmacologie sont classés dans le groupe de base C012 — Chimistes
- Les pharmacologistes et les toxicologues sont classés dans le groupe de base C021 — Biologistes et spécialistes de sciences connexes
- Les pharmacologistes cliniciens sont classés dans le groupe de base D011 — Médecins spécialistes
- Les aides-pharmaciens et aides-pharmaciennes sont classés dans le groupe de base D313 — Autres aides et assistants/assistantes de soutien des services de santé

D032 Diététistes et nutritionnistes

Les diététistes et les nutritionnistes planifient, mettent en œuvre et supervisent des programmes de nutrition et de services alimentaires. Ils travaillent dans divers milieux, y compris les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, l'industrie de l'alimentation, l'industrie pharmaceutique, les établissements d'enseignement, les organismes sportifs et le gouvernement, ou ils peuvent agir à titre de consultants privés.

Exclusions

- Les aides et les auxiliaires en diététique sont classés dans le groupe de base G962 — Aides-cuisiniers/aides-cuisinières et aides dans les services alimentaires
- Les techniciens et techniciennes en diététique sont classés dans le groupe de base D219 - Autres technologues et techniciens/techniciennes des sciences de la santé (sauf soins dentaires)
- Les surveillants et surveillantes des services alimentaires sont classés dans le groupe de base G012 — Superviseurs/superviseuses des services alimentaires

D041 Audiologistes et orthophonistes

Les audiologistes et les orthophonistes diagnostiquent, évaluent et traitent les troubles de la communication humaine, dont les troubles de l'audition, de la parole, du langage et de la voix. Les audiologistes et les orthophonistes travaillent dans des centres hospitaliers, des centres de santé communautaire, des centres de services communautaires, des centres de soins de longue durée, des centres de jour, des centres de réadaptation et des établissements d'enseignement ou peuvent travailler en cabinet privé.

Exclusions

- Les techniciens et techniciennes et les autres travailleurs et travailleuses de soutien en audiologie et en pathologie du langage sont classés dans le groupe de base D235 — Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

D042 Physiothérapeutes

Les physiothérapeutes évaluent l'état des patients et planifient et exécutent des programmes de traitement individuels pour maintenir, améliorer ou rétablir le bien-être physique des patients, soulager leur douleur et prévenir leur incapacité physique. Les physiothérapeutes travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques, des entreprises, des organismes sportifs, des centres de réadaptation, des centres de soins de longue durée ou des cabinets privés.

Exclusions

- Les techniciens et techniciennes qui fournissent de l'aide technique aux physiothérapeutes sont classés dans le groupe de base D235 — Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

D043 Ergothérapeutes

Les ergothérapeutes élaborent des programmes individuels ou de groupe à l'intention des personnes qui souffrent de maladies, de blessures, de troubles de développement, de problèmes émotifs ou psychologiques, ou qui vieillissent, dans le but d'entretenir, de restaurer ou d'améliorer leur capacité à s'occuper d'elles-mêmes et à travailler, à fréquenter l'école ou à s'adonner à des loisirs. De plus, ils élaborent et mettent en œuvre des programmes de promotion de la santé en collaboration avec des particuliers, des groupes communautaires et des employeurs. Ils travaillent dans des établissements de soins, des écoles, des organismes privés et des organismes de services sociaux, ou ils peuvent être des travailleurs autonomes.

D044 Autres professionnels/professionnelles en thérapie et en évaluation

Ce groupe de base comprend les thérapeutes spécialisés, non classés ailleurs, qui utilisent des techniques telles que l'art-thérapie, la thérapie par l'athlétisme ou par la danse, la musicothérapie ou la gymnastique corrective, afin d'aider au traitement des incapacités mentales et physiques. Ils travaillent dans des établissements tels que des centres hospitaliers, des centres de réadaptation, des cliniques, des centres de loisirs, des maisons de santé, des établissements d'enseignement, des établissements pénitentiaires et des garderies, ou ils peuvent exercer en cabinet privé.

D111 Infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses

Les infirmiers en chef et les superviseurs supervisent et coordonnent le travail des infirmiers autorisés, des infirmiers auxiliaires et de tout autre personnel des soins infirmiers dans la prestation des soins aux patients. Ils travaillent dans des établissements de soins de santé, tels que les centres hospitaliers, les cliniques, les maisons de santé et les agences de soins infirmiers.

Exclusions

- Les directeurs et directrices de services infirmiers sont classés dans le groupe de base A321 — Directeurs/directrices des soins de santé
- Les infirmiers et infirmières intendants sont classés dans le groupe de base D112 — Infirmiers diplômés/infirmières diplômées

D112 Infirmiers autorisés/infirmières autorisées

Ce groupe de base comprend les infirmiers autorisés, les infirmiers psychiatriques autorisés et les finissants d'un programme en sciences infirmières qui ne sont pas encore autorisés (infirmiers diplômés/bacheliers). Ils dispensent des soins infirmiers aux patients, offrent des programmes d'éducation en soins de la santé et fournissent des services consultatifs concernant des questions relatives à l'exercice en sciences infirmières. Ils travaillent dans divers milieux, y compris les centres hospitaliers, les établissements de soins de santé, les établissements de soins prolongés, les centres de réadaptation, les cabinets de médecins, les cliniques, les organismes communautaires, les entreprises et les maisons privées, ou ils peuvent être des travailleurs autonomes.

Exclusions

- Les infirmiers et infirmières en chef et les surveillants et surveillantes sont classés dans le groupe de base D111 — Infirmiers/infirmières en chef et superviseurs/superviseuses
- Les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés sont classés dans le groupe de base D233 — Infirmiers auxiliaires autorisés/infirmières auxiliaires autorisées

D211 Technologistes médicaux/technologistes médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie

Les technologistes médicaux effectuent des tests de laboratoire médical, ainsi que des expériences et des analyses pour faciliter le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies. Ils travaillent dans des laboratoires médicaux de centres hospitaliers, de cliniques privées, d'instituts de recherche et d'universités. Les assistants en anatomopathologie fournissent une aide lors des autopsies et des examens de prélèvements ou pratiquent ces autopsies sous la surveillance d'un pathologiste. Ils travaillent habituellement dans des centres hospitaliers. Ce groupe de base comprend les technologistes médicaux qui sont également superviseurs.

Exclusions

- Les technologues en chimie appliquée qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C111 — Technologues et techniciens/techniciennes en chimie appliquée
- Les technologues en biologie qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C121 — Technologues et techniciens/techniciennes en biologie
- Les techniciens et techniciennes de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D212 — Techniciens/techniciennes de laboratoire médical

D212 Techniciens/techniciennes de laboratoire médical

Les techniciens de laboratoire médical effectuent des tests courants de laboratoire médical et règlent, nettoient et entretiennent le matériel de laboratoire médical. Ils travaillent dans des laboratoires médicaux de centres hospitaliers, de cliniques, d'instituts de recherche, d'universités et dans des laboratoires de recherche gouvernementaux.

Exclusions

- Les techniciens et techniciennes en chimie appliquée qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C111 — Technologues et techniciens/techniciennes en chimie appliquée
- Les techniciens et techniciennes en biologie qui ne travaillent pas dans un laboratoire médical sont classés dans le groupe de base C121 — Technologues et techniciens/techniciennes en biologie
- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues de laboratoire médical et assistants/assistantes en pathologie

D213 Technologues et techniciens/techniciennes en santé animale

Les technologues et techniciens en santé animale apportent une aide technique aux vétérinaires dans les soins de santé animale, le diagnostic et le traitement des troubles de santé chez les animaux. Ils travaillent dans des cliniques et des hôpitaux vétérinaires, des fourrières, des sociétés protectrices des animaux, des jardins zoologiques, des laboratoires de recherche en santé animale, au gouvernement et dans l'industrie pharmaceutique.

Exclusions

- Les aides-vétérinaires et les autres préposés aux soins des animaux sont classés dans le groupe de base G923 — Soigneurs/soigneuses d'animaux et travailleurs/travailleuses en soins des animaux

D214 Inhalothérapeutes, perfusionnistes cliniques et technologues cardio-pulmonaires

Les inhalothérapeutes aident les médecins à diagnostiquer, à traiter et à soigner les patients souffrant de troubles respiratoires et cardio-pulmonaires. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des centres médicaux, des services de soins de santé, des établissements de soins prolongés, des centres de santé publique et des entreprises qui dispensent des services d'inhalothérapie à domicile. Les perfusionnistes cardio-vasculaires fournissent une aide technique aux patients qui subissent une chirurgie cardiaque ainsi qu'aux patients qui ont besoin de support respiratoire ou circulatoire. Les technologues cardio-pulmonaires aident les médecins en ce qui a trait aux aspects techniques du diagnostic et du traitement des maladies cardio-pulmonaires et respiratoires. Les perfusionnistes cardio-vasculaires et les technologues cardio-pulmonaires travaillent principalement dans des centres hospitaliers. Ce groupe de base comprend les superviseurs et les formateurs en inhalothérapie, en perfusion cardio-vasculaire et en technologie cardio-pulmonaire.

D215 Technologues en radiation médicale

Les technologues en radiation médicale se servent d'appareils de radiographie et de radiothérapie afin d'administrer des rayons ionisants et d'obtenir des clichés des structures de l'organisme, pour diagnostiquer et traiter les lésions et les maladies. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des centres d'oncologie, des cliniques et des laboratoires de radiologie. Ce groupe de base comprend les technologues en radiation médicale qui agissent en tant que superviseurs ou instituteurs cliniques.

D216 Technologues en échographie

Les technologues en échographie utilisent des appareils qui produisent et enregistrent des images de diverses parties du corps, afin d'aider les médecins à surveiller les grossesses et à diagnostiquer les problèmes cardiaques, ophtalmiques et vasculaires, et les autres troubles de la santé. Ils travaillent dans des cliniques et des centres hospitaliers. Les technologues en échographie qui exercent des fonctions de superviseur ou de formateur sont inclus dans ce groupe de base.

Exclusions

- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
- Les technologues en électroencéphalographie, en électromyographie et en circulation vasculaire et les autres technologues qui se servent d'appareils informatiques et électroniques pour aider au diagnostic des maladies sont classés dans le groupe de base D218 — Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic, n.c.a.
- Les technologues en cardiologie sont classés dans le groupe de base D217 — Technologues en cardiologie
- Les techniciens de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D212 — Techniciens/techniciennes de laboratoire médical
- Les technologues en radiographie, en médecine nucléaire et en radiothérapie sont classés dans le groupe de base D215 — Technologues en radiation médicale

D217 Technologues en cardiologie

Les technologues en cardiologie utilisent des électrocardiogrammes et d'autres appareils électroniques pour enregistrer l'activité cardiaque des patients afin d'aider au diagnostic et au traitement des maladies cardiaques. Ils travaillent dans des centres hospitaliers et des cliniques. Les technologues en cardiologie qui exercent des fonctions de superviseur ou de formateur sont inclus dans le groupe de base.

Exclusions

- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
- Les technologues en radiographie, en médecine nucléaire et en radiothérapie sont classés dans le groupe de base D215 — Technologues en radiation médicale
- Les échographistes sont classés dans le groupe de base D216 — Technologues en échographie
- Les technologues en électroencéphalographie, en électromyographie et en circulation vasculaire et les autres technologues qui se servent d'appareils informatiques et électroniques pour aider au diagnostic des maladies sont classés dans le groupe de base D218 — Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic, n.c.a

D218 Technologues en électroencéphalographie et autres technologues du diagnostic, n.c.a.

Le groupe des technologues en électroencéphalographie comprend les autres technologues du diagnostic, non classés ailleurs, qui utilisent des appareils d'électroencéphalographie et d'autres appareils de diagnostic, afin d'aider les médecins à diagnostiquer les maladies, les lésions et les anomalies. Ce groupe de base comprend les techniciens en électroencéphalographie et les autres technologues du diagnostic qui agissent en tant que superviseurs ou formateurs. Ils travaillent dans des cliniques, des centres hospitaliers et des laboratoires médicaux.

Exclusions

- Les technologues en cardiologie sont classés dans le groupe de base D217 — Technologues en cardiologie
- Les technologues de laboratoire médical sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie
- Les technologues en radiographie, en médecine nucléaire ou en radiothérapie sont classés dans le groupe de base D215 — Technologues en radiation médicale
- Les échographistes sont classés dans le groupe de base D216 — Technologues en échographie

D219 Autres technologues et techniciens/techniciennes des sciences de la santé (sauf soins dentaires)

Ce groupe de base comprend les technologues et les techniciens médicaux, non classés ailleurs, tels que les techniciens en diététique, les ocularistes, les prothésistes, les orthésistes, les techniciens prothésistes et les techniciens orthésistes. Les techniciens en diététique travaillent dans des établissements de soins de santé et de services alimentaires commerciaux comme les centres hospitaliers, établissements de soins prolongés, maisons de santé, établissements d'enseignement, cafétérias et distributeurs de restauration rapide. Les ocularistes travaillent dans des laboratoires de prothèses oculaires sur mesure ou ils peuvent être des travailleurs autonomes. Les prothésistes, les orthésistes, les techniciens prothésistes et les techniciens orthésistes travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques, des laboratoires de prothèses et d'orthèses et dans des entreprises de fabrication d'appareils de prothèse. Les prothésistes et les orthésistes peuvent également être des travailleurs autonomes.

Exclusions

- Les aides et les assistants en diététique sont classés dans le groupe de base G961 — Serveurs/serveuses au comptoir, aides de cuisine et personnel assimilé

D221 Denturologistes

Les denturologistes examinent les patients et conçoivent, fabriquent et réparent des prothèses dentaires amovibles. La plupart des denturologistes ont leur propre cabinet.

Exclusions

- Les dentistes sont classés dans le groupe de base D013 — Dentistes
- Les personnes qui fabriquent des prothèses dentaires dans des laboratoires dentaires sont classées dans le groupe de base D223 — Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires

D222 Hygiénistes et thérapeutes dentaires

Les hygiénistes dentaires assurent un traitement d'hygiène dentaire et donnent des renseignements reliés à la prévention des maladies et des affections des dents et de la bouche. Ils travaillent dans des cabinets de dentistes, des centres hospitaliers, des cliniques, des établissements d'enseignement et des organismes gouvernementaux, et dans l'industrie privée. Les thérapeutes dentaires remplissent des fonctions limitées dans le domaine de la médecine dentaire visant la prévention ou le traitement des maladies et des affections des dents et de la bouche. Ils travaillent pour le gouvernement fédéral et quelques gouvernements provinciaux et fournissent des services en milieu rural et dans les régions éloignées.

Exclusions

- Les dentistes sont classés dans le groupe de base D013 — Dentistes
- Les personnes qui effectuent le travail de bureau et aident les dentistes dans un cabinet de dentistes sont classées dans le groupe de base D311 — Assistants/assistantes dentaires

D223 Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires

Les technologues et techniciens dentaires conçoivent, préparent et fabriquent les dentiers et les prothèses dentaires prescrits par les dentistes et d'autres spécialistes. Les auxiliaires dans les laboratoires dentaires aident les technologues et les techniciens dentaires à préparer et à fabriquer des prothèses et autres appareils dentaires. Ils travaillent dans des laboratoires dentaires. Les superviseurs des technologues et des techniciens dentaires sont également compris dans ce groupe.

Exclusions

- Les personnes qui ajustent les dentiers et les prothèses dentaires et qui en fabriquent dans leur propre cabinet sont classées dans le groupe de base D221 — Denturologistes

D231 Opticiens/opticiennes d'ordonnances

Les opticiens d'ordonnances ajustent des lunettes ou des lentilles cornéennes, aident leurs clients à choisir une monture, prennent des dispositions pour la production de lunettes ou de lentilles cornéennes et fixent les lentilles aux montures. Ils travaillent dans des points de vente au détail d'articles d'optique ou dans d'autres établissements de services d'optique ou peuvent être des travailleurs autonomes. Les étudiants en optique et les opticiens directeurs de points de vente au détail sont compris dans ce groupe.

Exclusions

- Les directeurs de magasins d'optique ou de services d'optique dans des établissements de vente au détail sont classés dans le groupe de base A211 — Directeurs/directrices — commerce de détail
- Les optométristes qui font l'examen de la vue et prescrivent des lunettes et des lentilles cornéennes, en plus d'ajuster des lunettes, sont classés dans le groupe de base D021 — Optométristes
- Les techniciens de laboratoire d'optique sont classés dans le groupe de base D313 — Autre personnel de soutien des services de santé

D232 Sages-femmes et praticiens/praticiennes des médecines douces

Les sages-femmes donnent des soins complets aux femmes et à leurs bébés au cours de la grossesse, du travail, de la naissance et de la période postnatale. Elles exercent habituellement dans les centres hospitaliers, dans des centres de naissance et en cabinet privé. Les praticiens des médecines douces fournissent d'autres types de soins de santé aux patients. Ils travaillent dans des cliniques, des centres de santé, des établissements de cure ou des magasins d'aliments naturels, ou exercent en cabinet privé.

D233 Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires

Les infirmiers auxiliaires administrent des soins infirmiers aux patients, habituellement sous la supervision des médecins, des infirmiers autorisés ou d'autres membres de l'équipe de santé. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des maisons de soins infirmiers, des établissements de soins prolongés, des centres de réadaptation, des cabinets de médecins, des cliniques, des entreprises et des centres de santé communautaire, et chez des particuliers. Ce groupe de base comprend les techniciens de salle d'opération.

Exclusions

- Les aides-infirmiers, les préposés aux soins infirmiers et les aides de salle d'hôpital sont classés dans le groupe de base D312 — Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires

D234 Ambulanciers/ambulancières et autre personnel paramédical

Les ambulanciers et le personnel paramédical donnent des soins d'urgence pré-hospitaliers aux patients blessés ou malades et les transportent au centre hospitalier ou vers d'autres centres médicaux pour des soins plus poussés. Ils travaillent pour des services ambulanciers privés, des centres hospitaliers, des services d'incendie, des ministères et organismes gouvernementaux, des entreprises de fabrication, des sociétés minières et d'autres établissements du secteur privé.

D235 Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic

Les travailleurs de ce groupe de base, non classés ailleurs, exécutent diverses tâches techniques en thérapie et en diagnostic. Certains d'entre eux aident les professionnels tels que les audiologistes, les orthophonistes, les ophtalmologistes et les physiothérapeutes. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques, des établissements de soins de longue durée, des centres de réadaptation et des établissements d'enseignement, et dans des cabinets privés des professionnels à qui ils fournissent de l'aide. Les massothérapeutes peuvent également être des travailleurs autonomes.

Exclusions

- Les naturopathes et les ostéoprates sont classés dans le groupe de base D023 — Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé
- Les guérisseurs dont les méthodes de traitement sont fondées sur la foi ou le culte sont classés dans le groupe de base E216 — Autre personnel relié à la religion

D311 Assistants/assistantes dentaires

Les assistants dentaires aident le dentiste durant les examens et les traitements dispensés aux patients et exécutent des tâches de bureau. Les assistants dentaires travaillent principalement dans des cabinets de dentiste. Certains travaillent dans la fonction publique ou dans des établissements d'enseignement.

Exclusions

- Les hygiénistes dentaires sont classés dans le groupe de base D222 — Hygiénistes et thérapeutes dentaires
- Les techniciens dentaires sont classés dans le groupe de base D223 — Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires

D312 Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires

Les aides-infirmiers, les aides-soignants et les préposés aux bénéficiaires aident le personnel infirmier et hospitalier ainsi que les médecins dans la prestation des soins de base aux patients. Ils travaillent dans des centres hospitaliers, des maisons de santé et d'autres établissements de santé.

Exclusions

- Les infirmiers auxiliaires autorisés sont classés dans le groupe de base D233 — Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires
- Les auxiliaires familiaux et les aides ménagers sont classés dans le groupe de base G811 — Aides familiaux/aides familiales, aides de maintien à domicile et personnel assimilé

D313 Autre personnel de soutien des services de santé

Ce groupe de base comprend le personnel de soutien des services de santé qui fournit de l'aide et des services aux professionnels et autres intervenants dans le domaine de la santé. Ces personnes travaillent dans des centres hospitaliers, des cliniques médicales, des bureaux de professionnels de la santé, des centres de soins infirmiers, des magasins de détail et laboratoires en optique, des pharmacies et des laboratoires de pathologie.

Exclusions

- Les techniciens en chirurgie sont classés dans le groupe de base D233 — Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires
- Les assistants en pathologie sont classés dans le groupe de base D211 — Technologues médicaux/technologues médicales et assistants/assistantes en anatomopathologie

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 2001.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 2002.
3. Conseil canadien de la santé, *Modernizing the Management of Health Human Resources in Canada: Identifying Areas for Accelerated Change. Report from a National Summit. June 23, 2005*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2005.
4. R. W. Pong et J. R. Pitblado, *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, Ottawa, ICIS, 2005.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada, 2000*, Ottawa, ICIS, 2002.
6. C. Gray, « How Bad Is The Brain Drain? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161 (1999), p. 1028-1029.
7. A. Priest, *Les maux qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006.
8. J. R. Pitblado, J. M. Medves et N. J. Stewart, « For Work and for School: Internal Migration of Canada's Rural Nurses », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 37 (2005), p. 102-121.
9. Merck Frosst Canada & Co., « A health reform plan: some possibilities (1) », *Health Edition* (en ligne), vol. 4, n° 29 (28 juillet 2000), p. 1-2. Consulté en janvier 2007. Internet : <http://www.healthedition.com/archives/072800_m.pdf> .
10. D. Parker-Taillon et coll., *Background Paper on Occupational Therapy Human Resource Data: Sources, Utilization and Interpretive Capacity* (en ligne), Ottawa, Association canadienne des ergothérapeutes, 2003. Consulté le 11 mars 2007. Internet : <<http://www.caot.ca/pdfs/CAOT%20HR%20Paper%20Final.pdf>> .
11. Institut canadien d'information sur la santé, *Base de données sur les ergothérapeutes (BDE), Évaluation des incidences sur la vie privée*, Ottawa, ICIS, 2006.
12. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS, 2006, p. xv.

13. R. J. Romanow (commissaire), *Building on Values—The Future of Health Care in Canada* (en ligne), 2002, dernière mise à jour en novembre 2002. Consulté en janvier 2007. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_Final_Report.pdf>.
14. M. J. L. Kirby (président), *The Health of Canadians—The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform* (en ligne), Ottawa, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002, dernière mise à jour en octobre 2002. Consulté en janvier 2007. Internet : <<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repoct02vol6-f.htm>>.
15. Santé Canada, *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* (en ligne). Consulté le 29 mars 2006 en anglais. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index_f.html>.
16. S. Birch, « Health Human Resource Planning for the New Millennium: Inputs in the Production of Health, Illness, and Recovery in Populations », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, n° 4 (2002), p. 109-114.
17. J. R. Pitblado et R. W. Pong, *Geographic Distribution of Physicians In Canada* (en ligne), rapport préparé à l'intention de Santé Canada, Sudbury, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, Université Laurentienne, 1999, dernière mise à jour en novembre 2003. Consulté en janvier 2007. Internet : <<http://www.cranhr.ca/pdf/distrib/GEOREPORT.pdf>>.
18. M. Konieczna, « Prescription Needed for Pharmacist Shortage », *The Globe and Mail*, Toronto, 21 mai 2004, p. C1.
19. Société canadienne de science de laboratoire médical, *Survey Reveals Shortage of Medical Laboratory Technologists Approaching Faster Than Anticipated* (en ligne), communiqué, 10 avril 2000. Consulté le 5 octobre 2003. Internet : <<http://www.csmls.org/french/nouvelles2.cfm?ID=21>>.
20. M. Sobel, P. Litwin, C. Seville et C. Homuth, « The Coming RT Shortage », *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, (hiver 2000), p. 38-42.
21. Presse canadienne, *Urgent Action Needed to Avert Severe Nursing Shortage, Report Says* (en ligne), 4 novembre 2003. Article basé sur le rapport *Stepping to Success and Sustainability: An Analysis of Ontario's Nursing Workforce* réalisé par une équipe de recherche de l'Université de Toronto. Consulté le 11 avril 2003. Internet : <<http://www.canada.com>>.
22. C. Gilbert, « OMA President Says It's Crucial Doctor Shortage Issue Addressed: Many Physicians Deciding to Leave Ontario », *Northern Life*, Sudbury, 7 mars 2004, p. 6.

23. P. Zurn, M. R. Dal Poz, B. Stilwell et O. Adams, « Imbalance in the Health Workforce », *Human Resources for Health* (en ligne), vol. 2, n° 13 (2004).
Internet : <<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>> .
24. G. Dussault et M. C. Franceschini, « Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce », *Human Resources for Health* (en ligne), vol. 4, n° 12 (2006).
Internet : <<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>> .
25. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, de 1995 à 2004*, Ottawa, ICIS, 2006.
26. Organisation mondiale de la Santé, *A Guide to Rapid Assessment of Human Resources for Health* (en ligne), Genève, OMS, 2004, dernière mise à jour en septembre 2004.
Consulté en janvier 2007. Internet : <http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf> .
27. Institut canadien d'information sur la santé, *Les dispensateurs de soins au Canada*, Ottawa, ICIS, 2001.
28. J. Farmer, W. Lauder, H. Richards et S. Sharkey, « Dr. John Has Gone: Assessing Health Professionals' Contribution to Remote Rural Community Sustainability in the UK », *Social Science and Medicine*, vol. 57 (2003), p. 673-686.
29. R. Finnie, « Interprovincial Migration in Canada: A Longitudinal Analysis of Movers and Stayers and the Associated Income Dynamics », *Canadian Journal of Regional Science*, vol. 22, n° 3 (1999), p. 227-262.
30. M. Vachon et F. Vaillancourt, « Interprovincial Mobility in Canada, 1961–1996: Importance and Destination », dans *Canada—The State of the Federation 1998/99: How Canadians Connect*, révisé par H. Lazar and T. McIntosh, Montréal et Kingston, McGill–Queen's University Press, 1999, p. 101-122.
31. N. Rothwell, R. D. Bollman, J. Tremblay et J. Marshall, « Recent Migration Patterns in Rural and Small Town Canada », *Agriculture and Rural Working Paper Series*, Ottawa, Statistique Canada, n° 55 (2002a). N° 21-601-MIE au catalogue.
32. N. Rothwell, R. D. Bollman, J. Tremblay et J. Marshall, « Migration to and From Rural and Small Town Canada », *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, Statistique Canada, vol. 3, n° 6 (2002b), N° 21-006-XIE au catalogue.
33. Statistique Canada, *Profile of the Canadian Population by Mobility Status: Canada, a Nation on the Move*, Ottawa, Industrie Canada, 2002a, série «Analyses» du recensement de 2001. N° 96F0030XIE2001006 au catalogue.

34. K-L. Liaw et M. Qi, « Lifetime Interprovincial Migration in Canada: Looking Beyond Short-Run Fluctuations », *Canadian Geographer*, vol. 48, n° 2 (2004), p.168-190.
35. H. Grant et R. Oertel, « The Supply and Migration of Canadian Physicians, 1970–1995: Why We Should Learn to Love an Immigrant Doctor », *Canadian Journal of Regional Science*, vol. 20 (1997), p. 157-168.
36. M. Benarroch et H. Grant, *The Interprovincial Migration of Canadian Physicians, 1970-1992*, Ottawa, procès-verbal de la Conférence économique de Statistique Canada, mai 2000.
37. Institut canadien d'information sur la santé, *International and Interprovincial Migration of Physicians, Canada 1970 to 1995*, Ottawa, ICIS 1997.
38. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, Ottawa, ICIS, 2005.
39. A. Baumann, J. Blythe, C. Kolotylo et J. Underwood, *Mobilité des infirmières et infirmiers au Canada*, Ottawa, Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers, 2004.
40. R. K. House, G. C. Johnson et F. A. Edwards, « Manpower Supply Study Scenarios for the Future: Dental Manpower to 2001 », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 49 (1983), p. 85-98.
41. Santé Canada, *An Environmental Scan of the Human Resource Issues Affecting Medical Laboratory Technologists and Medical Radiation Technologists*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001. N° H39-635/2002E au catalogue.
42. K. H. Davis, « Medical Laboratory Technologists National Human Resources Review—2002 Update », *Canadian Journal of Medical Laboratory Science*, vol. 64 (2002), p. 100-121.
43. D. A. Plane et P. A. Rogerson, *The Geographical Analysis of Population: With Applications to Planning and Business*, New York, Wiley, 1994.
44. Fujitsu Consulting (Canada) Inc., *Setting a New Direction for Planning the New Brunswick Physician Workforce* (en ligne), rapport consultatif final à l'intention du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 19 septembre 2003. Internet : <<http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/DirectionPhysicianWorkforce.pdf>> .
45. Fujitsu Consulting (Canada) Inc., *Health Human Resources Supply and Demand Analysis* (en ligne), rapport consultatif final à l'intention du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 27 novembre 2002. Internet : <<http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/SupplyandDemandAnalysis.pdf>> .

46. A. Kazanjian et L. Aplan, *Estimating National Health Human Resources Modeling Capacity*, Department of Health Care and Epidemiology, Faculty of Medicine, The University of British Columbia, Vancouver, 2004.
47. Statistique Canada, *National Occupational Classification for Statistics*, Ottawa, Industrie Canada, 2001. N° 12-583-XPE au catalogue.
48. Statistique Canada, *Occupation* (Rapport technique du Recensement de 2001), Ottawa, Statistique Canada, 2001. N° 92-388-XIE au catalogue.
49. Statistique Canada, *Standard Geographical Classification (SGC 2001)*, Ottawa, Statistique Canada, 2002. N° 12-571-XIB au catalogue.
50. Statistique Canada, *2001 Census Handbook*, Ottawa, Industrie Canada, 2003. N° 92-379-XIE au catalogue.
51. E. Lee, « A Theory of Migration », *Demography*, vol. 3 (1966), p. 47-57.
52. I. H. Frieze, S. B. Hansen et B. Boneva, « The Migrant Personality and College Students' Plans for Geographic Mobility », *Journal of Environmental Psychology*, vol. 26 (2006), p. 170-177.
53. W. Marr, D. McCready et F. Millerd, « Canadian Internal Migration of Medical Personnel », *Growth and Change*, vol. 12 (1981), p. 32-40.
54. I. P. Sempowski, M. Godwin et R. Seguin, « Physicians Who Stay Versus Physicians Who Go: Results of a Cross-Sectional Survey of Ontario Rural Physicians », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 7 (2002), p. 173-179.
55. S. Rajbhandary et K. Basu, « Interprovincial Migration of Physicians in Canada: Where Are They Moving and Why? », *Health Policy*, vol. 79 (2006), p. 265-273.
56. L. Buske, « Interprovincial Migration », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 10 (1997), p. 1492.
57. K. Basu et S. Rajbhandary, « Interprovincial Migration of Physicians in Canada: What Are the Determinants? », *Health Policy*, vol. 76, n° 2 (2006), 186-193.
58. C. Bryant et A. E. Joseph, « Canada's Rural Population: Trends in Space and Implications in Place », *The Canadian Geographer*, vol. 45 (2001), p. 132-137.
59. L. O. Stone, *Migration in Canada*, Ottawa, Bureau fédéral de la Statistique, 1969.
60. L. O. Stone, « What We Know About Migration Within Canada—A Selective Review and Agenda for Future Research », *International Migration Review*, vol. 8 (1974), p. 267-281.

61. J. Vanderkamp, *Mobility Patterns in the Labour Force*, Conseil économique du Canada, étude spéciale n° 16, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1973.
62. E. K. Grant et J. Vanderkamp, *The Economic Causes and Effects of Migration: Canada, 1965–71*, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1976.
63. Z. Lin, *Interprovincial Labour Mobility in Canada: The Role of Unemployment Insurance, Social Assistance*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1995. N° IN-AH-220E-08-95.
64. Z. Lin, *Foreign-Born vs. Native-Born Canadians: A Comparison of Their Inter-Provincial Labour Mobility* (Direction des études analytiques : documents de recherche n° 114), Ottawa, Statistique Canada, 1998. N° 11F0019ME au catalogue.
65. R. Finnie, *Who Moves? A Panel Logit Model Analysis of Inter-Provincial Migration in Canada* (Direction des études analytiques : documents de recherche n° 142), Ottawa, Statistique Canada, 2000 N° 11F0019MIF au catalogue.
66. R. Finnie, « The Patterns of Inter-Provincial Migration in Canada 1982–95: Evidence From Longitudinal Tax-Based Data », *Canadian Studies in Population*, vol. 26 (1999), p. 205-234.
67. Statistique Canada, *National Occupational Classification—Statistics (NOC-S) 2001* (en ligne), dernière modification en juin 2003. Consulté en mars 2007. Internet : <<http://stds.statcan.ca/english/soc/2001/nocs01-class-search.asp?cretaria=D>> .

