Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21ième siècle

Un cadre pancanadien pour la planification des ressource humaines en santé publique

Le groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines

Comité consultative sur la santé de la population et la sécurité de la santé

octobre 2005

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas
forcément le point de vue du Centre national d'information de l'Agence de santé publique du Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais il est recommandé
de le reproduire à d'autres fins en indiquant le nom de son auteur.

Also available in English under the title:
Building the Public Health Workforce for the 21st Centure
A Pan-Canadian Framework for Public Health Human Resources Planning

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé (2005)
Nº de cat. HP5-12/2005
ISBN 0-662-69525-9

Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21ième siècle

Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique

Préparé par le groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines

Comité consultative sur la santé de la population et la sécurité de la santé

octobre 2005

Table des matières

Sommaire exécutif ii

Préambule vi

Un cadre pour une planification coopérative des ressources humaines en santé vii

Au sujet de ce document viii

I. Justification de la planification coopérative des ressources humaines en santé publique

La planification actuelle des ressources humaines en santé publique 1

Risques associés au statu quo 3

Les avantages d'une approche coopérative à la planification des ressources humaines en santé publique. 4

La portée de la planification coopérative en RHSP. 5

II. Un cadre proposé pour la planification des ressources humaines en santé publique

Hypothèses 9

Vision 10

Principes directeurs de la planification coopérative des ressources humaines en santé publique. 11

Buts 12

Résultats. 12

Une approche fondée sur les compétences 12

Stratégie : une approche modulaire 13

Les acteurs, les rôles et les responsabilités 15

Stratégies et activités 17

Sommaire 26

Références 27

Annexe 1 : Compétences de base en santé publique - Ébauche 29

Sommaire exécutif

> « Toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir, dans tous les services de santé locaux au Canada, un personnel adéquat composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés. Notre but national devrait être de créer un groupe de professionnels de la santé publique hautement qualifiés et bien rémunérés dont les rôles, les responsabilités et le cheminement de carrière sont clairs. »
>
> *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*

Au cours des dix prochaines années, les juridictions à travers le Canada s'attendent à une augmentation des incidences des maladies chroniques pouvant être prévenues, tel que l'obésité, le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires, les maladies reliées au tabagisme, et les maladies causée par l'environnement. Les juridictions auront vraisemblablement à faire face à une ou plusieurs urgences en santé, tel qu'une pandémie d'influenza. Ces menaces du 21ième siècle exigeront une réponse robuste en santé publique. Ces pressions additionnelles se produisent au moment où les juridictions font face à un déficit critique dans la main d'œuvre en santé publique et s'efforcent pour maintenir les services de santé essentiels. Cette situation est particulièrement aigue en milieu rural et éloigné ainsi que dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

Dans l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le Renouvellement des soins de santé et le Plan Décennal pour Consolider les soins de santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que le gouvernement fédéral, se sont engagés à travailler ensemble afin d'améliorer la planification et la gestion des ressources humaines en santé (RHS). Une collaboration lors de la planification est essentielle en santé publique, puisque pour être efficace, les services de santé publique doivent opérer dans un contexte d'interdépendance. Toutes les juridictions – locale/régionale, provinciale, fédérale, et internationale – doivent coordonner leurs efforts afin de développer et maintenir une main d'œuvre hautement qualifiée qui peut fournir les services essentiels en santé publiques à l'intérieur de leurs frontières et être mobilisé afin de répondre à toutes menaces ailleurs dans le pays et à travers le monde.

Une planification coopérative des ressources humaines en santé publique (RHSP) permettra :

- L'amélioration dans l'habileté des secteurs en santé publique d'effectuer le travail quotidien;
- Permettre aux juridictions de partager des ressources humaines spécialisées, tel que l'expertise en écotoxicologie;
- Aider les programmes d'éducation en santé publique à former suffisamment d'élèves avec les compétences requise pour la pratique en santé publique;
- Améliorer la qualité et les normes de santé publique partout au pays;

- Réduire le dédoublement et utiliser de façon plus efficace les ressources financières afin de développer des données et des outils de planification (par exemple : des modèles de prévisions);
- Encourager le secteur de la santé publique à être innovateur dans le développement et le déployement de la main d'œuvre.

Bien qu'il y ait des avantages à la coopération pour la planification en RHSP, il existe des limites quant aux genres de décisions pouvant être prises au niveau pancanadien ou entre différents paliers de gouvernement. Le défi est d'identifier quelles activités devront être entreprises conjointement et lesquelles seront mieux gérées individuellement.

Ce document établit un cadre pour la planification des RHSP qui focus sur les activités qui seront avantagées par une coopération (par exemple : établir des bases de données et des modèles pour prévoir et identifier les meilleurs pratiques en éducation, le déployement, le recrutement et la rétention). Il décrit des hypothèses et des principes sous jacent à la planification des ressources humaines en santé publique, et établit une vision et des buts pour la coopération en planification des RHSP.

Vision

Par le biais d'une planification coopérative, toutes les administrations au Canada disposeront d'une main-d'oeuvre flexible et avertie en santé publique oeuvrant dans des environnements sécuritaires et positifs afin de répondre aux besoins de la population en santé publique et de réduire les écarts au niveau sanitaire et social.

Buts

1. Afin d'accroître la capacité de toutes les administrations de planifier de manière optimale le nombre requis, la composition et la répartition des connaissances et des travailleurs en santé publique.

2. Afin de développer une main-d'œuvre interprofessionnelle en santé publique possédant les connaissances et les compétences pour exercer les fonctions en santé publique et pour répondre aux besoins en santé de la population aux niveaux local, provincial, national et international.

3. Afin d'accroître la capacité de toutes les administrations à atteindre une composition adéquate de travailleurs en santé publique et de les déployer en fonction des modèles de services interprofessionnels, axés sur la population et orientés sur le client et qui font appel à l'intégralité de leurs connaissances et compétences.

4. Afin d'accroître la capacité de toutes les administrations de recruter et de retenir les fournisseurs en santé publique et de maintenir une main-d'œuvre stable et abordable en santé publique dans des milieux de travail sains et sécuritaires.

Une approche modulaire, fondée sur les besoins, et les compétences

Le cadre suggère une stratégie modulaire afin de renforcer la main-d'oeuvre en santé publique au 21ième siècle (voir schéma à la page suivante). En utilisant l'approche modulaire, le secteur de la santé publique assemblera toutes les pièces requises pour maintenir la bonne composition de fournisseurs en santé publique avec les bonnes compétences et réparties de manière à utiliser leurs expertises de façon optimale. Le secteur pourra aussi créer un milieu de travail et des opportunités de carrières afin d'attirer des personnes compétentes et motivées dans le milieu de la santé publique.

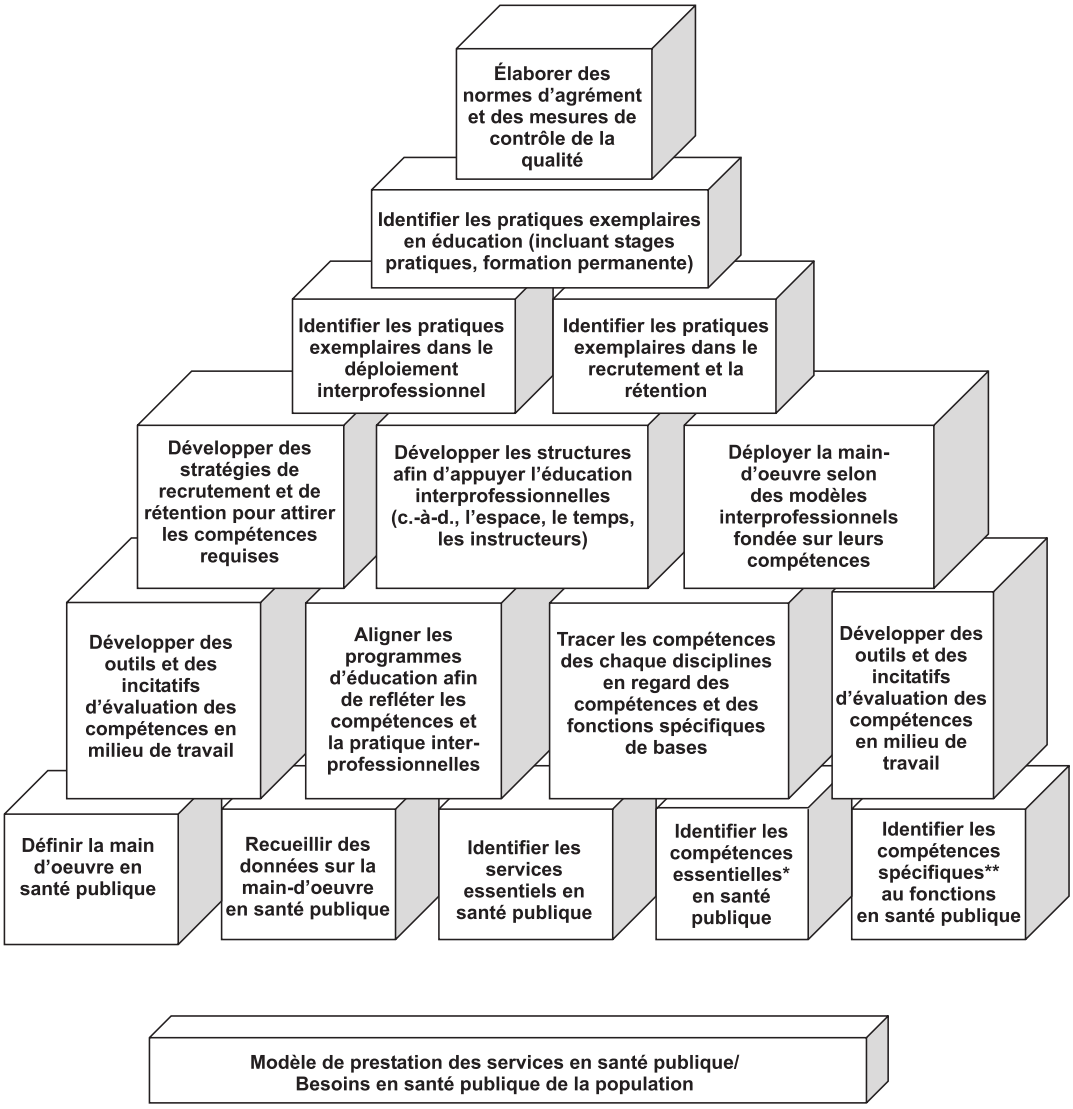
Le cadre suggéré comporte aussi une approche fondée sur les besoins des systèmes et les besoins en ressources humaines, pour laquelle la planification en RHSP est dictée par une évaluation des besoins en santé publique de la population (plutôt que selon les tendances d'utilisation antérieures), ainsi que le besoins ou exigences des divers modèles utilisé par les juridictions pour fournir des programmes de santé publique.

Puisque la pratique de la santé publique est hautement interprofessionnelle et que plusieurs fournisseurs en santé publique ont des compétences qui se chevauchent, le cadre favorise une approche de la planification fondée sur les connaissance ou les compétences – plutôt que sur les disciplines ou professions. Les planificateurs seront moins concernés par les professions qui ont traditionnellement accomplies certaines fonctions en santé publique, mais plutôt sur les connaissances et compétences requises pour effectuées les tâches.

Les acteurs

L'implantation efficace du cadre de planification proposé exigera une coopération étroite entre les agences provincial/territorial responsable de la santé publique (par exemple : Ministères de la santé et de l'éducation, autorité régionales et locales, instituts de formations, organismes de réglementation), les agences fédérales (par exemple : l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, Développement et ressources humaines Canada, et agences de recherche tel que l'Institut de recherche en santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé), gouvernements municipaux qui financent ou livrent les services de santé publique, et les organisations non gouvernementales qui engagent les fournisseurs en santé publique pour implanter des programmes de prévention et de promotion de la santé publique dans certaines communautés.

Le nouveau Conseil en santé publique ainsi que le Réseau en santé publique auront un rôle crucial en ce qui a trait à la coordination, l'intégration et fournir le leadership sur plusieurs facettes de la planification des RHSP.



** Les compétences essentielles réfèrent à ces compétences requises de tous les travailleurs en santé publique.*

*** Compétences spécifiques englobent les compétences requises afin d'accomplir certaines fonctions en santé publique, incluant les fonctions spécifiques à la portée de certaines professions ou disciplines réglementés.*

Sommaire

Les travailleurs en santé publique du Canada sont passionnés envers la prévention et la promotion de la santé. Ils possèdent une expertise importante en pratique de la santé publique; ils sont aussi engagés à garder les personnes en santé et à améliorer la santé des communautés. À partir de cette base solide et en travaillant en collaboration, toutes les juridictions au Canada ont la possibilité de développer une main d'œuvre en santé publique qui possède les connaissances et les compétences pour faire face au besoins du 21ième siècle. Cette main d'œuvre pourra être répartie de manière novatrice afin de sauvegarder la santé des canadiens et démontrer un leadership national et international.

Préambule

« Toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir, dans tous les services de santé locaux au Canada, un personnel adéquat composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés. Notre but national devrait être de créer un groupe de professionnels de la santé publique hautement qualifiés et bien rémunérés dont les rôles, les responsabilités et le cheminement de carrière sont clairs. »

Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada

Le scandale du sang contaminé. L'eau potable contaminée de Walkerton et de North Battleford. La menace du bioterrorisme d'après le 11 septembre. Le SRAS. Le virus du Nil occidental. La grippe aviaire. Une pandémie potentielle de la grippe. L'augmentation considérable des états chroniques pouvant être évités tels que l'obésité, le diabète et les maladies cardiaques. Cette série récente de problèmes reliés à la santé a fait ressortir à la fois l'importance névralgique de la santé publique et les faiblesses du système canadien en matière de santé publique.

> La santé publique est l'art et la science de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société.
>
> *JM Last, cité dans l'avenir de la santé publique au Canada: Édifier un système de santé publique pour le 21e siècle*

Dans la foulée de ces menaces à la santé publique, un certain nombre de commissions et comités fédéraux, provinciaux et territoriaux ont recommandé que l'infrastructure en santé publique au Canada soit renouvelée. Les messages principaux sont clairs et non équivoques dans l'ensemble de ces rapports :

- Un système de santé publique efficace est tout aussi essentiel qu'un système renforcé de soins de santé. (L'avenir de la santé publique au Canada).
- La santé publique vise les mêmes objectifs que le reste du système de santé – sauver des vies.
- Les efforts en santé publique en matière de promotion de la santé, de la prévention des maladies et des blessures sont essentiels à l'atteinte de meilleurs résultats pour les Canadiennes et les Canadiens et contribuent à la durabilité à long terme du régime d'assurance-maladie par la réduction de la pression sur le système des soins de santé. (Communiqué, La rencontre des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé).
- Les investissements dans les services de santé publique qui incitent les gens à améliorer leur état de santé permettent de réduire l'accroissement rapide des coûts en matière de soins de santé et d'aider les compétences à gérer les dépenses en soins de santé à long terme.

- Nos ressources les plus précieuses en santé publique sont les ressources humaines. (Le comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario).
- Un système de santé publique robuste repose sur un approvisionnement adéquat de professionnels en santé publique possédant les connaissances, les compétences et les soutiens requis pour accomplir leurs tâches, (Le Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique).

Confrontées à des pénuries importantes en matière de main-d'oeuvre en santé publique les compétences dans l'ensemble du Canada luttent en vue de maintenir leur capacité de répondre aux préoccupations en matière de santé publique. La volonté de renouvellement en santé publique permet aux compétences de collaborer afin de maintenir et de renforcer une main-d'œuvre hautement qualifiée et motivée en santé publique[1].

Un cadre pour une planification coopérative des ressources humaines en santé

Lors du renouvellement de l'Accord sur les soins de santé par le premier ministre, en 2003, les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral se sont engagés à collaborer en vue d'améliorer la planification et la gestion des ressources humaines en santé (RHS). Dans le plan décennal de 2004 visant à consolider les soins de santé, les premiers ministres ont réaffirmé leur engagement à la fois envers une planification coopérative et le renforcement de la santé publique. Ceux-ci ont convenu d'élaborer des plans d'action stratégiques en matière de ressources humaines en santé d'ici décembre 2005 et de renforcer le système de santé publique du Canada.

Afin de respecter ces engagements, la Conférence des sous-ministres (CSM) de la Santé a demandé au Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) d'élaborer un cadre pour une planification coopérative pancanadienne pour les RHS.

L'approche proposée repose à la fois sur les besoins en santé de la population et sur la façon dont les services devraient être fournis pour répondre à ces besoins, plutôt que sur les tendances d'utilisation antérieures. Ceci permet aux compétences d'identifier des méthodes innovatrices de fournir ces services et d'utiliser d'une manière plus efficace une vaste gamme des compétences des fournisseurs – incluant les compétences en santé publique – plutôt que de continuer à planifier en fonction de la façon ainsi que par qui les services sont fournis actuellement. Le but consiste à établir une main-d'oeuvre solide en santé qui appuiera le renouvellement en matière de soins de santé.

1 Le Québec souscrit aux objectifs généraux de ce rapport en ce qui a trait à l'importance de la planification des ressources humaines en santé publique. Toutefois, le Québec entend demeurer seul responsable de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes éducatifs, des stratégies de recrutement et de rétention des fournisseurs de soins, de l'allocation des ressources financières et de la façon dont les soins de santé sont fournis et déployés. Le Québec n'entend donc pas participer à une éventuelle stratégie pancanadienne. Le Québec compte toutefois poursuivre l'échange d'information et d'expertise avec les autres gouvernements du Canada.

L'approche proposée met en évidence les facteurs qui façonnent la main-d'oeuvre en santé incluant : les programmes éducatifs, la disponibilité et la composition des fournisseurs en santé (y compris les stratégies de recrutement et de rétention), les ressources financières, la façon dont les soins sont fournis (c.-à-d., les modèles de prestation), et la façon dont les fournisseurs de soins de santé sont déployés.

Le cadre du CCPSSRH établit les secteurs où les compétences profiteront davantage d'une planification coopérative des RHS, telle que l'accès aux données, aux outils, à la formation, aux modèles, aux approches et l'influence qu'elles ne peuvent pas exercer par elles-mêmes.

Au sujet de ce document

En raison des besoins urgents en matière de RHS dans le secteur de la santé publique, le CCPSSRH et le Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS), par le truchement du Groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique FPT (GTRISSP) ont créé un groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique (GTCRHSP) afin de cibler la planification, les prévisions, la recherche, l'éducation et la formation à long terme, pertinents aux ressources humaines en santé publique.

Ce document, élaboré par le GTCRHSP, établit un cadre pour la planification coopérative pancanadienne en matière de ressources humaines en santé publique, qui est pertinent au cadre élargi de planification du CCPSSRH. Ceux impliqués dans la planification des ressources humaines en santé publique, devraient utiliser à la fois le cadre plus large et le cadre en santé publique pour développer une approche globale.

Au sein du cadre proposé pour la planification des ressources humaines en santé publique, toutes les compétences continueront de faire le développement et la mise en oeuvre de leurs politiques et de leurs modèles de services en matière de ressources humaines pour la santé publique, mais celles-ci l'accompliront dans le contexte d'un système plus global qui favorise l'échange d'information et collabore au développement du nombre optimal, de la composition et de la répartition des fournisseurs en santé publique afin de répondre aux besoins.

I. Justification de la planification coopérative des ressources humaines en santé publique

La planification actuelle des ressources humaines en santé publique

Le secteur de la santé publique fait face aux mêmes défis de planification des ressources humaines que le reste du système de santé : des pénuries dans des professions essentielles, une main-d'oeuvre vieillissante, une répartition géographique inadéquate des ressources disponibles, le besoin de formation permanente et le « réoutillage » afin de rester à la hauteur des connaissances et des changements récents dans la pratique et un manque d'information au sujet de la main-d'œuvre permettant une planification éclairée.

De plus, la santé publique est confronté à certains défis de planification des RHS qui lui sont uniques. Entre autres :

- Les programmes de santé publique desservent des populations et des collectivités ainsi que des individus, mais la plus grande partie de la planification des RHS est fondée sur des données cliniques individuelles : les planificateurs ont une capacité limité d'évaluer les besoins en santé d'une population ou d'une collectivité et d'utiliser cette information pour déterminer le nombre et la composition des services en santé publique afin de répondre à ces besoins.
- La santé publique fait appel à une gamme plus vaste de fournisseurs réglementés et non réglementés que la plupart des autres secteurs du système des soins de santé – dont plusieurs ne sont pas considérés dans la planification traditionnelle des RHS.

Main-d'oeuvre en santé publique

Fournisseurs réglementés

- Les médecins de santé publique ou de médicine communautaire (les médecins-hygiénistes)
- Les infirmières de la santé publique
- Les médecins microbiologistes
- Certains techniciens ou personnel de laboratoire
- Les spécialistes des maladies infectieuses
- Les orthophonistes
- Les audiologistes
- Les hygiénistes dentaires
- Les diététistes
- Les vétérinaires
- Ingénieurs en santé publique
- Avocats en santé publique

Fournisseurs non réglementés

- Les inspecteurs en santé publique (agréés, mais non réglementés)
- Les épidémiologistes
- Les biostatisticiens
- Les sociologistes
- Les géographes
- Les anthropologues
- Les professionnels en prévention des infections
- Les assistants dentaires
- Les nutritionnistes
- Les éducateurs en santé
- Les spécialistes de la promotion de la santé
- Les travailleurs en développement communautaire
- Les représentants de la santé communautaire des communautés autochtones
- Les agents de communication

- La pratique de la santé publique est très interprofessionnelle (c.-à-d., des professionnels de différentes spécialités collaborent, partageant leurs compétences et leurs connaissances, afin d'offrir des services plus efficaces), pourtant les programmes éducatifs et la planification des RHS ont toujours ciblé des professions ou des disciplines particulières.
- Un certain nombre de fonctions en santé publique peuvent être accomplies par une variété de praticiens.
- Un nombre important de personnes formées dans les disciplines liées à la santé publique (par ex., la médecine communautaire, l'épidémiologie, l'éducation sur la santé) ne travaillent pas dans le secteur de la santé publique – de telle sorte que les planificateurs ne peuvent pas soumettre d'hypothèses concernant la capacité du système de fournir des services en santé publique en fonction du nombre des professionnels qualifiés.
- À l'opposé des autres services de santé, qui sont fournis sur le plan local ou régional, les programmes de santé publique sont fournis à l'échelle locale, provinciale, fédérale et dans certains cas, internationale. La planification des RHSP doit tenir compte de la composition des personnes et des compétences requises à tous les niveaux.
- Les travailleurs en santé publique au Canada ont un accès limité à des programmes d'éducation spécialisée et de formation permanente. Les programmes d'études supérieures existants ont tendance à cibler les compétences en épidémiologie et en recherche, de telle sorte que plusieurs diplômés se dirigent vers la recherche au lieu de la pratique de la santé publique. Ceux qui le font, croient que leur formation ne les a pas préparés adéquatement à la pratique.
- Les capacités de formation ne sont pas réparties équitablement dans l'ensemble du pays. Plusieurs compétences dépendent des programmes de formation des autres provinces pour préparer leurs travailleurs en santé publique et éprouvent plus de difficultés à recruter que les compétences disposant de programmes de formation. Même lorsque les compétences disposent de programmes de formation, le recrutement peut être difficile parce que la main-d'œuvre en santé publique est extrêmement mobile.
- La capacité du secteur d'attirer de nouveaux fournisseurs est limitée par l'absence de stages pratiques en clinique en santé publique. Les étudiants qui ne sont pas exposés à la pratique sont moins susceptibles de choisir une carrière en santé publique.
- La capacité du secteur de retenir les fournisseurs est limitée par l'absence d'options de développement professionnel.
- Les programmes de santé publique sont souvent appelés à répondre à des besoins nouveaux ou naissants ou à des politiques (par ex., des nouveaux programmes d'immunisation, une nouvelle stratégie de lutte au tabagisme) sans une évaluation des besoins requis en ressources humaines ou des répercussions potentielles sur d'autres programmes essentiels.

Risques associés au statu quo

L'approche actuelle à l'égard de la planification des RH en santé publique, conjuguée à l'absence générale d'investissements dans les systèmes de santé publique au cours des deux ou trois dernières décennies, a créé une situation où le secteur de la santé publique est confronté à :

- Une forte proportion de postes vacants en santé publique;
- Une proportion importante de praticiens oeuvrant en santé publique qui ne détiennent pas une formation spécialisée en santé publique (par ex., plusieurs médecins oeuvrant à titre de médecins-hygiénistes ne possèdent pas une formation en médecine communautaire);
- Une répartition inéquitable des ressources en santé publique à l'intérieur et entre les administrations;
- Une pénurie de fournisseurs en santé publique dans les communautés des Premières Nations;
- Une absence de capacité d'intensification afin de répondre aux menaces nouvelles et émergentes envers la santé;
- Une rémunération non concurrentielle.

Étant donné les lacunes profondes actuelles à l'égard de la main-d'oeuvre en santé publique, une crise soutenue compromettrait sérieusement la capacité du système de santé publique de fournir les programmes et les services habituels de santé publique (Sondage sur les capacités de santé publique au Canada). Si aucun changement n'est apporté à la façon dont les compétences planifient et gèrent leur main-d'oeuvre en santé publique, celles-ci subiront une réduction de leur capacité de :

- Préserver les services existants en santé publique (par ex., l'eau salubre);
- Promouvoir la santé de la population et ralentir les taux croissants de maladies chroniques (par ex., l'obésité, les maladies liées au tabagisme, le diabète, les maladies liées à une mauvaise alimentation) qui menacent la durabilité des systèmes de santé subventionnés par l'État;
- Répondre rapidement aux menaces pour la santé publique (par ex., les épidémies, la contamination environnementale);
- Mettre en oeuvre de nouvelles politiques en matière de santé publique (par ex., des programmes d'immunisation).

Les risques du statu quo débordent des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et s'étendent aux systèmes nationaux et internationaux. Les maladies transmissibles ne reconnaissent pas les frontières politiques. Lorsqu'une compétence est incapable de gérer une menace pour la santé, toutes les autres sont en danger. Si les administrations au Canada continuent d'éprouver de la difficulté à conserver leur main-d'oeuvre dans le secteur de la santé publique, elles seront encore moins en mesure de contribuer aux efforts à l'échelle nationale en vue de gérer les menaces pour la santé publique, tels le SRAS ou une pandémie de grippe; de plus, le Canada sera moins en mesure de contribuer aux efforts internationaux pour lutter contre les maladies transmissibles et atteindre les objectifs globaux en matière de santé.

Le statu quo représente un risque pour les gouvernements. Plusieurs administrations sont contraintes par la loi de respecter des normes à l'égard de certains services en santé publique, mais certaines ne disposent pas ou ne fournissent pas la main-d'œuvre adéquate pour répondre à ces obligations. Ceci les expose à des contestations judiciaires et à des coûts associés à la responsabilité (par ex., l'eau contaminée de Walkerton).

Les avantages d'une approche coopérative à la planification des ressources humaines en santé publique

Une planification coopérative en RHS profitera à tous les secteurs (voir le CCPSSRH, un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne), mais une collaboration fédérale, provinciale et territoriale est essentielle à une planification efficace en matière de ressources humaines en santé. Ceci provient du fait que les services en santé publique sont très interdépendants. Le secteur de la santé publique au Canada n'est aussi robuste que son chaînon le plus faible. L'absence de capacité dans une administration affaiblit la santé publique dans les autres administrations. Afin de répondre aux besoins et aux menaces en santé publique, tous les gouvernements doivent collaborer en vue d'élaborer une main-d'oeuvre efficace et très qualifiée qui peut être mobilisée pour répondre à toutes menaces. Les organismes de santé publique de l'ensemble du Canada collaborent actuellement afin de répondre aux menaces en santé publique. Ce type de collaboration devrait s'étendre au développement d'une main-d'oeuvre en santé publique adaptée au 21ième siècle.

La collaboration en matière de planification de RHSP :

- Permettra d'accroître la capacité du secteur de la santé publique d'exercer ses activités quotidiennes;
- Permettra aux administrations de partager les ressources humaines spécialisées, telles que l'expertise en écotoxicologie, et d'aider une autre administration en cas de nécessité d'intervention d'urgence;
- Permettra d'assurer que les programmes d'éducation en santé publique préparent un nombre suffisant d'étudiants possédant les compétences requises pour la pratique en santé publique, améliorent la qualité et les normes de la santé publique pour l'ensemble du pays;
- Diminuera les chevauchements et rendra plus efficace l'utilisation des ressources financières afin de développer des données et des outils de planification (par ex., les modèles prévisionnels).

> La collaboration peut revêtir différentes formes. Celle-ci peut impliquer : oeuvrer ensemble sous l'égide d'un organisme, tel que l'Agence canadienne de santé publique, établir des groupes de travail FPT pour des questions particulières ou collaborer entre les provinces et territoires à l'intérieur d'une région géographique (par ex., le forum de planification des RHS pour les régions de l'Ouest et du Nord, le forum des ressources humaines de l'Atlantique).

Le secteur de la santé publique a déjà constaté les avantages des efforts coopératifs en RHS liés à la formation. À titre d'exemple, le programme canadien d'épidémiologie de terrain, qui a débuté en 1975, offre une formation spécialisée en épidémiologie sur les enquêtes et la gestion des épidémies : une formation que les administrations individuelles ne pourraient pas fournir elles-mêmes. Le

programme, qui était d'abord offert aux médecins, est maintenant ouvert à une variété de fournisseurs en santé publique. Le gouvernement fédéral finance les postes et organise le programme d'enseignement et le travail du cours; les administrations individuelles fournissent les stages. Plusieurs d'entre elles utilisent les stages en tant qu'outil de recrutement. Le but consiste à accroître la capacité en santé publique dans l'ensemble du pays. Le programme consulte les provinces et les territoires à l'égard de leurs besoins. Cette information sert à façonner le programme d'enseignement et à choisir les participants. Les gradués de ce programme oeuvrent aujourd'hui dans toutes les juridictions.

Le programme en ligne pour l'amélioration des compétences constitue un autre exemple de collaboration efficace. Le programme d'éducation permanente, développé et géré par l'Agence de santé publique du Canada, offre une série de modules sur Internet au sujet de la surveillance de la santé à l'intention des fournisseurs en santé publique de première ligne dans l'ensemble du pays. Toutes les administrtions ont participé à l'identification des besoins pour le programme et en ont déterminé le contenu, et elles continuent d'offrir des conseils sur la façon dont le programme peut mieux répondre à leurs besoins en formation. Plus de 1000 praticiens ont depuis suivi un ou des modules, et certaines administrations exigent actuellement que leur personnel termine le programme en vue d'être admissible à certains postes en santé publique.

Dans la région de l'Atlantique, les autorités provinciales en santé publique et la Direction générale de la santé des Premières Nations et de Inuits (GSPNI) de Santé Canada, collaborent à la formation et à la planification relatives aux épidémies de grippe. À titre d'exemple, les infirmières des Premières Nations ont été incluses dans la formation sur l'immunisation offerte par les autorités sanitaires de district en Nouvelle-Écosse. La DGSPNI a défrayé les coûts des locaux pour une séance conjointe de formation tenue à l'Île-du-Prince Édouard et de la participation de certaines infirmières provinciales à la conférence sur l'immunisation. En retour, les infirmières provinciales devraient aider l'infirmière locale des Premières Nations à pratiquer l'immunisation au sein de la bande. L'avantage de ce genre de collaboration permet de renforcer les capacités de toutes les infirmières en santé publique – peu importe qu'elles travaillent pour les autorités de la province ou de la bande – de recevoir la même préparation et de travailler en conformité des mêmes normes, ce qui facilite la collaboration des infirmières sur des questions de santé publique.

La portée de la planification coopérative en RHSP

Bien qu'il y ait des avantages importants à la planification coopérative en RHSP, il y a des limites aux types de décisions qui peuvent être prises à un niveau intergouvernemental ou pancanadien. Le défi en matière de planification coopérative des RHSP consiste à déterminer quelles activités devraient être poursuivies d'une manière coopérative et lesquelles seraient mieux gérées dans chacune des administrations. Ce cadre propose de cibler ces activités où la collaboration offre la plus grande valeur ajoutée pour les gouvernements et leurs systèmes de santé publique (par ex., l'élaboration des outils, des normes et des directives de planification).

Grâce à l'utilisation d'éléments provenant du modèle de planification adopté par le CCPSSRH, le GTC RHSP a déterminé les types d'activités qui tireraient avantage d'une planification coopérative et celles qui continueraient d'être gérées individuellement par les administrations. À titre d'exemple :

Facteur influant sur la planification des RHSP	Activités coopératives (profiteraient d'une collaboration et de ressources partagées)	Responsabilités individuelles (locales, régionales, provinciales/ territoriales ou fédérales)
Besoins en santé de la population	Identifier les outils communs afin d'évaluer les besoins de la population en santé publique. Déterminer de quelle façon les données seront recueillies et analysées.	Identifier, chiffrer et prévoir les besoins en santé de la population.
Gestion, organisation et prestation des services publics de santé	Confirmer les compétences en santé publique. Identifier les services en santé publique qui devraient être offerts dans toutes les administrations. Négocier des ententes afin de partager les ressources ou l'expertise en santé publique ou pour aider une administration en cas de nécessité d'intervention d'urgence. Développer des plans d'intervention en cas d'urgence.	Prendre des décisions sur la façon dont les services en santé publique seront organisés et fournis et de quelle façon la santé publique sera liée aux autres services de santé.
Ressources financières[2]	Élaborer des formules de financement pour les programmes de planification en santé publique.	Établir des niveaux de financement pour les services en santé publique.

2 NOTE À l'heure actuelle, les systèmes de santé publique sont financés par les gouvernements fédéral, et provinciaux ou territoriaux et en Ontario, cofinancé par les gouvernements provincial et municipaux. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada finance et fournit les services en santé publique pour les communautés des Premières Nations vivant sur les réserves. Chaque administration prendra ses propres décisions au sujet de la disponibilité des ressources financières pour les ressources humaines en santé publique et sur la façon dont ces ressources seront utilisées.

Facteur influant sur la planification des RHSP	Activités coopératives (profiteraient d'une collaboration et de ressources partagées)	Responsabilités individuelles (locales, régionales, provinciales/territoriales ou fédérales)
Éducation	Identifier les compétences requises afin de fournir les services en santé publique. Élaborer des stratégies permettant d'aligner les programmes éducatifs aux besoins du secteur de la santé publique. Identifier des stratégies pour accroître l'accès aux stages et aux placements sur le terrain. Élaborer des normes pour les nouveaux programmes éducatifs en santé publique. Élaborer des programmes de formation permanente et d'amélioration des connaissances.	Négocier avec les programmes éducatifs. Financer les programmes éducatifs. Établir des normes, des attentes et des incitatifs pour la formation permanente en santé publique.
Disponibilités (y compris le recrutement et la rétention)	Développer une approche constante à la collecte des données sur la main-d'oeuvre en santé publique (par ex., combien, types de fournisseurs, où ils travaillent, leurs connaissances, les services qu'ils fournissent, les charges de travail). Identifier des stratégies et des pratiques exemplaires en matière de recrutement, de rétention, de législation, de milieux de travail sains.	Utiliser les données afin d'évaluer la capacité d'identifier les écarts entre les besoins et les services en santé publique. Mettre en œuvre des programmes de recrutement et de rétention.
Utilisation et déploiement	Évaluer les différents modèles de pratique interprofessionnelle. Rechercher des moyens d'utiliser la technologie et d'autres stratégies permettant l'utilisation et le déploiement des fournisseurs en santé publique.	Prendre des décisions sur la façon de déployer les fournisseurs en santé publique en vue de répondre aux besoins de la population en santé publique.

Facteur influant sur la planification des RHSP	Activités coopératives (profiteraient d'une collaboration et de ressources partagées)	Responsabilités individuelles (locales, régionales, provinciales/ territoriales ou fédérales)
Résultats	Élaborer des indicateurs que toutes les administrations pourraient utiliser afin d'évaluer l'impact des services de santé publique sur l'utilisateur, le fournisseur, et le système. À titre d'exemple : • La santé du public s'améliore-t-elle? • Le secteur de la santé publique est-il capable d'attirer et de retenir des fournisseurs qualifiés en santé publique? • Les professionnels de la santé publique sont-ils davantage satisfaits de leur travail, de leur milieu de travail et de leur cheminement de carrière? • Les services en santé publique aident-ils à mettre en œuvre les réformes des systèmes de santé? • Ont-ils un impact sur la demande pour des services additionnels de santé?	Évaluer l'impact des politiques de RHSP. Préparer des rapports annuels sur le rendement du secteur de la santé publique.

II. Un cadre proposé pour la planification des ressources humaines en santé publique

Hypothèses

Le projet de cadre pour la planification des RHSP est fondé sur les hypothèses suivantes :

Au sujet du système de santé :

- À l'avenir, le système de prestation des services de santé sera modifié. Plus de services seront fournis dans des établissements communautaires et une quantité moindre sera offerte dans les hôpitaux. La demande envers la santé publique, les soins primaires et les soins communautaires, sera accrue aux fins de promouvoir et de protéger la santé et de prévenir ou de retarder le besoin de services institutionnels.
- Chaque administration élaborera sa propre stratégie de réforme de la santé publique, qui influencera et qui sera influencée par les autres changements du système de santé, tel que la réforme des soins primaires, de telle sorte que les fonctions en santé publique pourront varier d'une province à l'autre.
- Une des plus grandes pressions sur le système de santé au cours des dix prochaines années proviendra de l'accroissement des maladies chroniques évitables, telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies liées au tabagisme et les maladies causées par l'environnement (par ex., l'asthme).
- D'ici dix ans, le Canada devra affronter une ou plusieurs menaces importantes à la santé (par ex., la grippe aviaire, une pandemie de grippe).

Au sujet du secteur de la santé publique :

- Le secteur de la santé publique comprend des services planifiés et fournis aux niveaux local, provincial, fédéral et international qui sont reliés et interdépendants. La capacité d'une administration de fournir localement des services efficaces en santé publique repose sur la disponibilité de services planifiés, qualifiés et qui disposent de ressources à tous les niveaux.
- Le secteur de la santé publique fait partie du système élargi des services de santé et sera relié – particulièrement sur le plan local — à d'autres services en santé, en éducation et en service social en vue de promouvoir la santé et le bien-être et de protéger la santé publique.
- Le secteur de la santé publique doit avoir la capacité d'intervenir d'une manière coordonnée, intégrée et pertinente aux besoins et aux urgences en santé publique.

Au sujet de la disponibilité des ressources humaines en santé publique :

- Au cours des dix prochaines années, le secteur de la santé publique sera encore en présence d'une pénurie de professionnels essentiels et devra faire preuve d'innovation dans la façon dont celui-ci utilise les connaissances et les ressources humaines.

Au sujet de la planification en santé publique :

- Les gouvernements dans l'ensemble du Canada continueront de planifier et de gérer leur propre main-d'oeuvre en santé publique et de prendre des décisions concernant la façon de financer, d'organiser et de fournir les services en santé publique.
- Le Canada doit contribuer aux programmes et aux efforts en santé publique à l'échelle internationale; il doit fournir des ressources lors d'urgences internationales et aider au développement d'une main-d'œuvre globale en santé publique.
- Les décisions de planification des ressources humaines en santé publique prises dans une administration ou un pays auront des répercussions pour d'autres administrations ou pays.
- La collaboration intergouvernementale, à l'égard de l'autonomie, produira de meilleurs plans de ressources humaines en santé publique que de travailler d'une façon isolée.

Au sujet des ressources :

- La santé publique recevra sa juste part des nouvelles contributions fédérales pour les services de santé.
- Les investissements en santé publique au Canada doubleront au cours des dix prochaines années.

Vision

Le GTCRHSP suggère la vision suivante afin de guider les efforts futurs de planification des ressources humaines en santé publique au Canada :

> **Par le biais d'une planification coopérative, toutes les administrations au Canada disposeront d'une main-d'oeuvre flexible et avertie en santé publique oeuvrant dans des environnements sécuritaires et positifs afin de répondre aux besoins de la population en santé publique et de réduire les écarts au niveau sanitaire et social.**

Principes directeurs de la planification coopérative des ressources humaines en santé publique

1. La santé publique est un secteur indépendant qui lie et chevauche d'autres secteurs, y compris, mais sans y être limité, des soins de la santé, de l'éducation, des services sociaux et du gouvernement local.

2. La planification des ressources humaines en santé publique doit faire partie intégrale de l'ensemble de la planification de la santé et de la santé publique.

3. Une planification efficace des ressources humaines en santé publique est fondée sur les besoins et orientée sur les éléments probants.

4. La planification des ressources humaines en santé publique reconnaît que les actions en santé publique constituent un moyen permettant de réduire les disparités en santé et de tenir compte des besoins des populations les plus vulnérables, particulièrement les communautés autochtones, les collectivités de nouveaux immigrants et les minorités de langue officielle.

5. L'éducation et le déploiement efficaces des ressources humaines en santé sont interprofessionnels.

6. Une planification et une prise de décisions efficaces des ressources humaines en santé publique font appel au public qui peut articuler les besoins en santé et aux travailleurs de première ligne qui ont la sagesse et l'expérience permettant de développer des stratégies qui fonctionnent.

7. Les décisions à l'égard de la planification des ressources humaines en santé publique doivent être éthiques et conformes au *Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international de personnel de santé*, qui fait ressortir les répercussions potentielles du recrutement de services dans un pays source, dissuade le recrutement ciblé de personnel de santé dans des pays étant confrontés à des pénuries et protège les droits du personnel recruté.

8. Une planification efficace en santé publique reconnaît les obligations internationales du Canada, qui sont propres à la santé publique.

9. Une collaboration efficace exige que les rôles, les responsabilités et l'imputabilité soient clairement définis.

Buts

1. Afin d'accroître la capacité de toutes les administrations de planifier de manière optimale le nombre requis, la composition et la répartition des connaissances et des travailleurs en santé publique.

2. Afin de développer une main-d'œuvre interprofessionnelle en santé publique possédant les connaissances et les compétences pour exercer les fonctions en santé publique et pour répondre aux besoins en santé de la population aux niveaux local, provincial, national et international.

3. Afin d'accroître la capacité de toutes les administrations à atteindre une composition adéquate de travailleurs en santé publique et de les déployer en fonction des modèles de services interprofessionnels, axés sur la population et orientés sur le client et qui font appel à l'intégralité de leurs connaissances et compétences.

4. Afin d'accroître la capacité de toutes les compétences de recruter et de retenir les fournisseurs en santé publique et de maintenir une main-d'œuvre stable et abordable en santé publique dans des milieux de travail sains et sécuritaires.

Résultats

Une planification coopérative des RHSP fondée sur le cadre proposé contribuera aux résultats suivants :

- Une meilleure compréhension des besoins en santé publique de la population ainsi qu'une plus grande capacité pour la planification fondée sur les besoins.
- Une main d'œuvre en santé publique stable avec les compétences pour répondre aux besoins en santé publique de la population.
- Une meilleure constance dans les programmes et les services de santé publique au Canada.
- Une capacité accrue pour répondre aux urgences en santé tout en maintenant les services essentiels en santé publique.
- Un modèle fondé sur les compétences pour rendre les services en santé publique qui amènera une meilleure utilisation des ressources humaines en santé.
- Plus de personnes qui choisissent une carrière en santé publique.
- Des coûts réduits pour le recrutement, l'orientation et l'absentéisme.

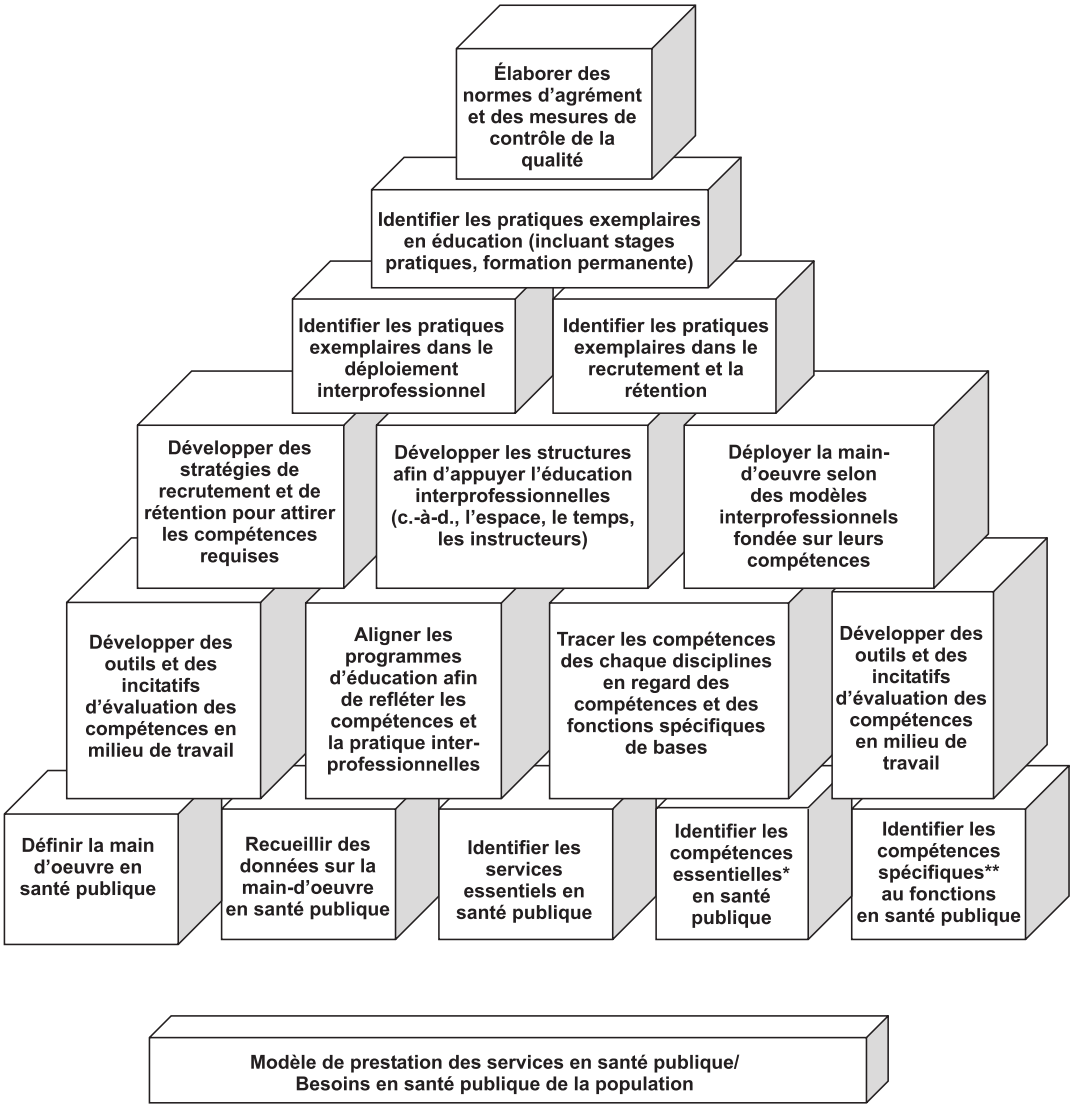
Une approche fondée sur les compétences

Puisque la pratique de la santé publique est hautement interprofessionnelle et que plusieurs fournisseurs en santé publique ont des compétences qui se chevauchent, le groupe de travail propose une approche de la planification fondée sur les connaissance ou les compétences – plutôt que sur les disciplines ou professions. Les planificateurs seront moins concernés par les professions qui ont traditionnellement accomplies certaines fonctions en santé publique, mais plutôt sur les connaissances et compétences requises pour effectuées les tâches.

Les connaissances et les compétences dont les travailleurs en santé publique auront besoin pour le 21ième siècle ainsi que les services qu'ils fournissent, seront fondées sur une évaluation continue, à la fois sur les besoins en santé publique de la population et sur la façon dont les services de santé sont fournis (c.-à-d., les modèles de prestation de services).

Stratégie : une approche modulaire

Le GTC suggère une stratégie modulaire afin de renforcer la main-d'oeuvre en santé publique. Afin que la stratégie et le cadre soient efficaces, le secteur de la santé publique doit mettre en place chaque module. Ce diagramme ne comporte pas de priorités hiérarchiques, et le travail devrait être fait pour chaque module simultanément; par contre, les modules de la base fourniront une fondation solide pour toutes autres activités de la planification.



** les compétences essentielles réfèrent à ces compétences requises de tous les travailleurs en santé publique.*

***Les compétences spécifiques englobent les compétences requises afin d'accomplir certaines fonctions en santé publique, incluant les fonctions spécifiques à la portée des pratiques de certaines professions ou disciplines réglementées en santé.*

Les acteurs, les rôles et les responsabilités

Dans la planification coopérative des RHSP, les rôles et les responsabilités des partenaires de la planification devraient être précis. À cause des récents développements dans le secteur de la santé publique et de l'engagement d'ériger un système robuste de santé publique, il existe maintenant une structure pour soutenir davantage la planification coopérative de RHSP.

L'**Administrateur en chef de la santé publique** et l'**Agence de santé publique du Canada** (ASPC) fourniront la direction dans plusieurs activités conçues en vue d'établir des normes et d'assurer la constance au sein du secteur de la santé publique. L'ASPC offre une structure qui est centrée sur la santé publique et encouragera la collaboration avec les provinces et les territoires afin de renouveler la santé publique au Canada et de soutenir un système de santé durable.

Le **Réseau pancanadien de santé publique** est un organisme fédéral/provincial/territorial composé de représentants de chaque administration. Celui-ci fournira un forum pour des activités coopératives de RHSP, telles que :

- L'identification et le partage des pratiques exemplaires;
- La direction de la planification des interventions d'urgence;
- La fourniture des ressources de soutien et de partage lorsqu'une administration est confrontée à une urgence (c.-à-d., développer des ententes entre les gouvernements afin d'offrir une capacité d'intensification);
- Les avis à la Conférence des sous-ministres de la santé sur les sujets de santé publique.

Le Réseau est prévu fonctionner d'une façon permettant de :

- Respecter l'autorité et la compétence de chaque gouvernement de gérer les opérations en santé publique au sein de son propre domaine;
- Incorporer les différences dans la façon dont chaque province et territoire exerce ses responsabilités en matière de santé publique, d'établir des priorités et de gérer son infrastructure de santé publique;
- Reconnaître qu'il n'existe pas d'approche uniforme à la santé publique;
- Inclure la collaboration avec les organismes non gouvernementaux.

Santé Canada assume un leadership national afin d'élaborer une politique de la santé (sur le plan national et international), de mettre en application les réglementations et d'administrer la Loi canadienne sur la santé, et de concert avec les autres partenaires afin de définir les rôles, les responsabilités et les obligations sur le plan international. Par le biais de sa Direction générale sur la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada coopérera avec les Premières Nations et les Inuits en vue de déterminer les besoins de ressources humaines en santé publique (RHSP) et les écarts existants, pour identifier et soutenir la recherche en RHSP et pour adapter les programmes de prévention des maladies et d'un mode de vie sain dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. Santé Canada soutiendra également des programmes particuliers

en santé publique qui ont été identifiés lors de la rencontre des premiers ministres, des leaders territoriaux et des dirigeants autochtones en 2004 (par ex., la prévention du suicide, le diabète, la santé maternelle et des enfants, et le développement des jeunes enfants).

Les **Instituts de recherche en santé du Canada** (IRSC), le principal organisme canadien de financement de la recherche en santé du Canada, soutient la recherche sur la promotion de la santé et la prévention des maladies ainsi que la recherche en vue d'améliorer l'état de santé des populations vulnérables.

Les **ministères de la Santé des provinces et des territoires**, en collaboration ou consultation avec les organismes régionaux et locaux de santé publique évalueront les besoins, organiseront et fourniront les services de santé publique, géreront et déploieront leur main-d'œuvre en santé publique, élaboreront et mettront en œuvre des stratégies pour renforcer la main-d'œuvre en santé publique, coopéreront avec leur système d'éducation afin d'améliorer la formation en santé publique, identifieront les pratiques exemplaires dans la planification de RHSP et collaboreront les uns avec les autres, avec l'ASPC et Santé Canada afin de développer une main-d'œuvre qualifiée à l'échelle nationale. Certaines provinces et certains territoires pourront également financer la recherche afin de soutenir la planification en RHSP.

Le **système d'éducation** collaborera avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et le secteur de la santé publique afin de préparer une main-d'oeuvre interprofessionnelle en santé publique possédant les connaissances, les compétences et la flexibilité pour répondre à des besoins en évolution.

Le **système de réglementation** continuera d'établir les normes de pratique pour les professions réglementées en santé publique et jouera un rôle en vue de déterminer les portées de la pratique et de soutenir la pratique interprofessionnelle.

Les **gouvernements locaux ou municipaux** continueront de jouer un rôle important dans la mise en œuvre des mesures de santé publique. Dans une province (l'Ontario), ces gouvernements financent les services de santé publique et emploient les travailleurs en santé publique.

Certaines **agences provinciales et certains instituts autonomes** (par ex., le BC Centre for Disease Control, l'Institut national de santé publique du Québec) fourniront des lieux de réunion pour la formation spécialisée du personnel de santé publique.

Les organismes non gouvernementaux joueront un rôle accru dans les activités de santé publique. À titre d'exemple, la Société canadienne du cancer recrute du personnel pour mettre en oeuvre les programmes de prévention et de promotion de la santé de la population dans les collectivités.

Le **secteur privé** est susceptible d'assumer une plus grande responsabilité dans le soutien et la mise en oeuvre des activités de santé publique dans les programmes traditionnels de santé et sécurité au travail, dans le champ évolutif de la promotion de la santé en milieu de travail et en tant que champions des activités qui font la promotion de la santé, telle que la condition physique et l'alimentation saine. Dans le futur, les RHSP devraient envisager le rôle potentiel du secteur privé et la possibilité de partenariats.

Stratégies et activités

Le Groupe de travail conjoint a identifié des stratégies et des activités préliminaires qui peuvent être suivi pour créer les modules du cadre de planification. Ils sont énumérés ci-après sous chacun des quatre buts du cadre. Un travail supplémentaire est requis afin de peaufiner les stratégies et activités suggérées, les valider par toutes les juridictions grâce au Réseau en santé publique, identifier les priorités, et déterminer les ressources requises pour les prochaines étapes.

But 1. Accroître la capacité de chacune des administrations de planifier la répartition optimale du nombre, de la composition, et de la disponibilité des compétences et des travailleurs en santé publique.

	Stratégies	Activités
1.1	Identifier les besoins et les questions de santé de la population à partir d'une perspective de santé publique	À court terme : • Évaluer dans quelle mesure les administrations utilisent les outils d'évaluation existants en santé, tels que l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, afin d'identifier les besoins de leurs populations en santé publique et pour renseigner la planification des RHSP. • Identifier des façons de rendre ces outils plus utiles pour la planification en santé publique.
		À moyen terme : • Identifier les modèles qui pourraient être utilisés pour traduire les besoins et les questions de santé publique de la population en fonction des RHS requises pour répondre à ces besoins. • Développer un consensus sur les outils et les modèles qui devraient être utilisés afin d'évaluer les besoins en planification en santé publique.
		À long terme : • Effectuer des évaluations périodiques des besoins en santé publique de la population. • Assurer que les données sont utilisées afin de façonner la main-d'oeuvre en santé publique.
1.2	Développer une compréhension pan-canadienne de la portée des programmes de santé publique	À court terme : • Identifier les programmes et les services de compétences de base en santé publique qui devraient être offert dans chaque PT (aux niveaux local et provincial/territorial). • Identifier les programmes et les services fédéraux de compétences de base en santé publique qui devraient être offerts (incluant ceux qui exigent que le Canada réponde à ses obligations internationales).
		À moyen terme : • Définir les programmes et services pancanadien en santé publique.

	Stratégies	Activités
1.3	Développer des renseignements cohérents sur la main-d'œuvre en santé publique	À court terme : • Établir une définition initiale de la santé publique aux fins de recueillir des données sur la main-d'oeuvre en santé publique (afin d'être peaufiné à la suite de 1.2, le panier de services en santé publique est élaboré). • Développer une liste des professions accompagnées de définitions à être incluses dans une banque de données sur la santé publique. • Définir les renseignements (c.-à-d., un ensemble minimal de données) à être recueillis sur la main-d'œuvre en santé publique (par ex., les fournisseurs à inclure, les données démographiques, l'éducation, la répartition géographique, à temps plein ou partiel, charge de travail). • Définir les renseignements sur les compétences à recueillir. • Identifier des stratégies pour recueillir des données sur la main-d'œuvre (par ex., par le biais des renseignements lors de l'inscription dans un collège professionnel, l'extraction des données provenant des systèmes de rémunération, des enquêtes auprès des employeurs).
		À moyen terme : • Développer une banque de données sur la main-d'œuvre en santé publique.
1.4	Améliorer la capacité de prévoir le nombre et la composition de professionnels en santé publique requis pour répondre aux besoins	À moyen terme : • Développer des outils de modélisation en fonction des compétences pour la planification des RHSP. • Développer des méthodes de conception de scénarios pour la main-d'oeuvre en santé publique qui peuvent tenir compte des différents niveaux de réforme et d'intégration des systèmes de santé.

	Stratégies	Activités
1.5	Planifier pour les besoins extraordinaires de travailleurs en santé publique pour les situations d'urgence	À court terme : • Établir un groupe d'experts afin d'élaborer une formule pour estimer la capacité d'intensification requise à tous les niveaux (local, provincial, fédéral et international) afin de répondre aux urgences. • En se basant sur cette formule, préparer un protocole d'entente entre toutes les juridictions.
		À moyen terme : • Évaluer la capacité d'intensification des organismes de santé publique. • Préparer un protocole d'entente entre les juridictions, conçu afin de fournir la capacité d'intensification pour répondre à une urgence aux niveaux local, régional ou provincial/territorial.
1.6	Assurer que la planification des RHSP demeure une priorité	À court terme : • Inclure une partie explicite sur la planification des RHSP dans les plans individuels RHS des PT. • Identifier les responsables pour la planification des RHSP à tous les niveaux. • Établir un groupe central responsable pour les fonctions de planification des RHSP qui bénéficieraient d'une collaboration des FPT. • Définir des indicateurs essentiels et des objectifs afin d'évaluer les progrès dans le développement de la main-d'œuvre des RHSP.
		À moyen terme : • Établir un réseau de planification des RHSP afin que les provinces et les territoires puissent partager leurs réussites dans le développement, l'éducation, le déploiement, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre entre les provinces et les territoires.
		À long terme : • Préparer un rapport consolidé sur l'état de la main-d'oeuvre en santé publique au Canada.
1.7	Établir des liens avec les autres activités de planification des RHS	À court terme : • Identifier les responsables de la planification des RHSP dans toutes les administrations. • Établir des liens étroits entre les spécialistes des RHSP et autres centres d'expertise en santé publique, comme les centres nationaux de collaboration, les forums régionaux de planification des RHSP et les ministères provinciaux et territoriaux de la santé.

But 2. Développer une main-d'œuvre interprofessionnelle possédant les connaissances et les compétences en santé publique afin de répondre aux besoins de la population.

Stratégies		Activités
2.1	Élaborer une approche des RHSP en fonction des connaissances et des compétences (plutôt que basée sur une discipline/ profession).	À court terme : • Confirmer/valider/identifier les compétences essentielles en santé publique. • Continuer de collaborer avec le Groupe de recherche et d'éducation en santé publique (GRÉSP) et d'autres intervenants afin de déterminer les compétences en santé publique particulières à la fonction. • Élaborer les compétences de chaque discipline par rapport aux compétences essentielles et particulières à la fonction et identifier toutes lacunes. • Assurer que le programme d'amélioration des compétences en surveillance de la santé (de l'ASPC) s'aligne aux compétences en santé publique.
		À moyen terme : • Coopérer avec les programmes éducatifs afin de modifier ou d'adapter le programme de formation en vue de combler les lacunes de connaissances. • Élaborer des outils communs que les employeurs peuvent utiliser afin d'évaluer les connaissances et les compétences. • Promouvoir une culture de milieu de travail qui assure que les fournisseurs ont la possibilité de développer les connaissances et les compétences requises. • Inciter les employeurs à utiliser une approche basée sur les compétences afin de développer de nouveaux modèles de prestation de services. • S'assurer que les compétences de bases en santé publique sont utilisées afin d'informer tous les programmes d'éducation en santé publique.
2.2	Développer une meilleure compréhension du système d'éducation en santé publique et de la façon dont il peut soutenir la planification des RHSP	À court terme : • Assurer qu'un ensemble minimal de données pour la capacité éducationnelle (ICIS) comprend les programmes de santé publique et fournit des rapports périodiques sur la capacité de production des programmes d'éducation en santé publique et la main-d'œuvre d'éducation en santé publique. • Établir des mécanismes officiels pour les planificateurs en éducation pour la santé publique et le postsecondaire afin de discuter des besoins de la main-d'oeuvre en santé publique. • Établir un lien entre l'ASPC, le Conseil canadien de la santé et le Conseil canadien des ministres de l'éducation postsecondaire et d'autres organisations nationales connexes à l'égard des questions de santé publique.

Stratégies		Activités
		À moyen terme : • Coopérer avec le système d'éducation et les systèmes de réglementation afin de développer une gamme d'options appropriées de formation pour les professionnels de la santé publique en fonction des compétences requises en santé publique (par ex., des cours abrégés, des diplômes, B Sc., M. HP./M. Sc., HP; des cours à distance, à temps partiel, à temps plein; la formation permanente; interprofessionnelle; l'éducation incluant la gestion, le leadership et les questions émergentes).
2.3	Déterminer les pratiques exemplaires en matière d'éducation et de perfectionnement professionnel en santé publique	À court terme : • Développer la capacité de revoir les pratiques exemplaires en éducation et en perfectionnement professionnel. • Examiner les programmes qui préparent les fournisseurs en santé publique. • Évaluer le potentiel d'utiliser une simulation afin de former la main-d'œuvre dans les connaissances et les compétences en santé publique. • Développer des normes et des attentes communes pour la formation permanente. • Coopérer avec les partenaires en vue de développer et de soumettre une proposition pour un projet sur la formation interprofessionnelle en santé publique, en vue d'une pratique axée sur la communauté/population, pour l'initiative FPT de la formation interprofessionnelle pour une pratique collaborative centrée sur le patient.
		À moyen terme : • Identifier des façons novatrices de former les professionnels en santé publique qui reflètent les demandes actuelles et anticipées (par ex., des écoles régionales en santé publique, une formation interprofessionnelle). • Identifier la formation et les technologies requises pour répondre aux besoins émergents (par ex., l'informatique, la génomique, la gestion, les communications). Évaluer les initiatives de formation.
		À long terme : • Développer un système d'incitatif ou de récompense qui reconnaît l'innovation en éducation.

	Stratégies	Activités
2.4	Accroître la capacité de former des travailleurs en santé publique possédant les compétences appropriées	À court terme : • Évaluer le besoin de programmes de formation très spécialisée (par ex., la médecine communautaire, l'épidémiologie axée sur la population) afin de former des personnes possédant les compétences requises. • Développer des programmes de bourses et d'incitatifs pour attirer des personnes dans des secteurs très prioritaires (par ex., l'informatique en santé publique, la gestion en santé publique). • Collaborer avec le groupe de travail sur la santé publique de l'Association des facultés de médecine du Canada en vue d'accroître l'exposition à la santé publique dans les études médicales.
		À moyen terme : • Planifier et mettre en œuvre des programmes régionaux de formation afin de produire le nombre minime de fournisseurs très spécialisés requis afin de répondre aux besoins en santé. • Évaluer le potentiel pour des écoles virtuelles de santé publique.
2.5	Accroître la capacité du secteur de la santé publique d'offrir des stages pratiques	À court terme : • Prendre conscience des barrières aux incitatifs permettant des stages pratiques. • Piloter différentes approches en vue d'accroître le nombre de stages pratiques (par ex., des postes de remplacement, créer des postes d'enseignement spécialisé dans les unités de santé, créer des unités d'enseignement en matière de santé, fournir des subventions pour les déplacements des étudiants). • Évaluer la capacité du programme d'épidémiologie sur le terrain à répondre aux besoins sur le plan local, provincial et national, et l'étendre en cas de besoin. • Identifier les pratiques exemplaires dans les stages pratiques (par ex., de quelle durée devraient être les stages, comment seraient-ils fournis?).

	Stratégies	Activités
2.6	Accroître la capacité à l'égard de la recherche et de l'éducation en santé publique	À court terme : • Renforcer la santé publique en tant que pratique distincte et identifier la recherche et l'éducation requises pour soutenir le domaine. • Évaluer la possibilité d'utiliser le modèle d'amélioration des connaissances en vue d'améliorer les autres connaissances et compétences en santé publique. • Développer un plus grand nombre d'unités d'enseignement en santé qui combinent la pratique et l'apprentissage théorique. • Établir des postes officiels associés à des universités dans les départements de santé publique responsables de l'enseignement et de la formation permanente. • Inciter les deux instituts de l'ICIS – l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut des services et des politiques de la santé – d'accorder une priorité à la recherche qui contribuerait à comprendre les questions liées aux RHSP.
		À moyen terme : • Accroître les possibilités pour l'enseignement en santé publique et la recherche appliquée (par ex., des chaires, des cliniciens-chercheurs, des échanges de praticiens, des consortiums d'établissements d'enseignement). • Développer un praticien-chercheur responsable pour la pratique relative à la recherche et la formation.

But 3. Accroître la capacité de toutes les administrations d'atteindre une répartition optimale de travailleurs en santé publique et de les déployer selon des modèles de services interprofessionnels, axés sur la population et centrés sur le client, et qui utilisent l'ensemble de leurs connaissances et de leurs compétences.

Stratégies		Activités
3.1	Promouvoir des approches innovatrices afin de déployer la main-d'œuvre en santé publique	À court terme : • Identifier les pratiques exemplaires pour le déploiement de la main-d'œuvre en santé publique, ciblant la pratique interprofessionnelle, le travail d'équipe et la couverture géographique. • Identifier les cheminements de carrière pour les fournisseurs en santé publique.
		À moyen terme : • Collaborer et partager l'information avec les groupes de planification régionaux et provinciaux des RHS (par ex., le Forum de planification des ressources humaines en santé des régions de l'Ouest et du Nord et le Comité consultatif de l'Atlantique sur les ressources humaines). • Évaluer et diffuser les pratiques exemplaires de déploiement.
		À long terme : • Développer une analyse pancanadienne des questions de répartition des RHSP et des stratégies permettant de les résoudre.
3.2	Explorer la possibilité d'intégrer les services de santé publique et de santé primaire	À court terme : • Assurer la représentation de la santé publique sur le comité de planification pour le réseau des pratiques exemplaires des soins de santé primaire. • Intégrer la santé publique dans la réforme des soins primaires au niveau des PT.
3.3	Améliorer la capacité du personnel de la santé publique de répondre aux besoins des autochtones	À court terme : • Relier la planification des RHSP à la planification des ressources humaines de la santé des autochtones. • Inclure et étudier les questions de santé de la population autochtone dans la planification des RHSP.
		À moyen terme : • Developper une meilleure compréhension des besoins des communautés autochtones en matière de RHSP.

But 4. Accroître la capacité de toutes les administrations de recruter et de retenir les fournisseurs en santé publique et maintenir une main-d'oeuvre stable et abordable en santé publique dans des milieux de travail sains et sécuritaires.

Stratégies		Activités
4.1	Améliorer les pratiques de recrutement et de rétention	À court terme : • Identifier les pratiques exemplaires pour le recrutement et la rétention en santé publique. • Identifier les pratiques exemplaires afin de préparer des travailleurs en santé publique formés internationalement pour travailler au Canada. • Identifier les travailleurs canadiens en santé publique à être formés sur des sites internationaux. • Identifier les pratiques exemplaires pour créer des milieux de travail sains.
		À moyen terme : • Évaluer et diffuser les pratiques exemplaires de recrutement et de rétention. • Évaluer les pénuries et les problèmes de répartition des compétences et des spécialités des ressources humaines en santé publique en fonction de la géographie, du niveau (c.-à-d., local, provincial, fédéral).
4.2	Créer des possibilités de carrières pour les praticiens en santé publique	À court terme : • Évaluer l'utilité d'effectuer une analyse de situation ou une étude de secteur pour la santé publique semblable à celles effectuées pour les pharmacies et le Conseil des ressources humaines du logiciel.
4.3	Soutenir la mobilité des travailleurs en santé publique entre les compétences et entre le milieu de la pratique et le milieu universitaire	À court terme : • Élaborer des politiques de RH et autres qui soutiennent la mobilité de la main-d'œuvre (par ex., des prestations et des pensions transférables, des vacances). • Explorer la possibilité d'établir un programme de détachement et de partage des coûts pour les postes entre les administrations.
		À moyen terme : • Encourager les administrations à adopter les compétences de bases comme moyen pour faciliter et supporter la mobilité de la main d'œuvre.

Sommaire

Les travailleurs en santé publique du Canada sont passionnés envers la prévention et la promotion de la santé. Ils possèdent une expertise importante en pratique de la santé publique; ils sont aussi engagés à garder les personnes en santé et améliorer la santé des communautés. À partir de cette base solide et en travaillant en collaboration, toutes les juridictions au Canada ont l'opportunité de développer une main d'œuvre en santé publique qui possède les connaissances et les compétences pour faire face au besoins du 21ième siècle. Cette main d'œuvre pourra être répartie de manière novatrice afin de sauvegarder la santé des canadiens et démontrer un leadership national et international.

Références

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et des ressources humaines. Sous-comité de la planification des RHS (2005). *Un cadre de planification coopérative pancanadienne sur les ressources humaines en santé*.

Réunion des ministres de la Santé du Commonwealth (2003). *Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international de personnel de santé*. www.thecommonwealth.org.

Coalition canadienne pour la santé publique au 21e siècle (2005). *Refermer « l'écart Naylor »*. Exposé présenté au Comité permanent des finances.

Instituts de recherche en santé du Canada (2003). *L'avenir de la santé publique au XXIe siècle*.

Instituts de recherche en santé du Canada (2003). *Comparaison des recommandations sur l'infrastructure du système de santé publique*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Literature Review and Summary of Relevant Resources for the National Community Health Nursing Certification Exam*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Strategic Plan for Developing the National Community Health Nursing Certification Examination*.

Association canadienne de santé publique. *Development of a National Strategy to Define Core Public Health System Functions and Core Public Health Workforce Competencies*.

Association canadienne de santé publique. Atelier sur les compétences de base en santé publique, Assemblée générale annuelle à Terre-Neuve.

Centers for Disease Control and Prevention. *The Public Health Workforce Development Initiative*.

Centre de coordination de la surveillance, Santé Canada (2002). *Analyse du contexte des ressources humaines en santé dans la santé publique au Canada*.

Rédaction de l'ébauche d'un ensemble de compétences de base pour la main-d'œuvre en santé publique, Rapport provisoire. Groupe de travail conjoint fédéral-provicial-territorial en ressources humaines en santé publique. Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Janvier 2005

Santé Canada (2004). Initiative pancanadienne de l'éducation en santé publique : Sommaire de trois ateliers régionaux.

Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (2003). *Leçons de la crise du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada*. Agence de santé publique du Canada.

Nevis Consulting Group. *Développement des ressources humaines en santé publique : l'Australie, l'Angleterre et les États-Unis*.

O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Baumann, A., & Birch, S. « Cadre d'analyse des ressources en soins infirmiers » (p.6), dans *Développement futur de l'information pour appuyer la gestion des ressources en soins infirmiers : Recommandations*. Ottawa : ICIS.

Comité d'experts ontarien sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses (2003). *Pour le bien de la Santé publique : Rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses*. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

L'Association pour la santé publique de l'Ontario. *Étude documentaire : Les compétences fondamentales de la santé publique*.

L'Association pour la santé publique de l'Ontario. Rapport de projet – Les compétences fondamentales de la santé publique : Sommaire des travaux à ce jour et plan de gestion à long terme.

L'Association pour la santé publique de l'Ontario. Les compétences fondamentales : Sommaire de la réunion.

Groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique (2004). *Améliorer l'infrastructure du système de santé publique au Canada*. Agence de santé publique du Canada.

Annexe 1 : Compétences de base en santé publique - Ébauche

Les compétences sont les connaissances, les qualifications et les habiletés que possèdent les membres d'une organisation ou d'un système qui sont essentielles au fonctionnement efficace et efficient de l'organisation ou du système en question.

Le groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique (GTC RHSP) a élaboré une « *Ébauche d'un ensemble de compétences de base pour la main-d'œuvre en santé publique* » fondée sur les cinq fonctions fondamentales du système de santé publique qui sont : prévention des maladies et des blessures, promotion de la santé, protection de la santé, évaluation de la santé de la population, et surveillance de la santé publique. Le rapport f-p-t du groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique décrit ces fonctions en détail.

Tout en consolidant le travail réalisé par l'Association pour la santé publique de l'Ontario, le GTC RHSP a identifié une ébauche des compétences essentielles en santé publique[3]. Les compétences essentielles sont la série de qualifications, de connaissances et d'habiletés nécessaires pour la pratique générale de la santé publique. Elles débordent les frontières des disciplines précises au sein de la santé publique et reflètent les connaissances, les compétences et les habiletés communes de tous les professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé publique.

Dans ce rapport, le GTC RHSP recommande que l'Agence de la santé publique du Canada examine et modifie ou valide, à l'aide d'un processus national, cette ébauche des compétences de base. L'*Ébauche d'un ensemble de compétences de base pour la main-d'œuvre en santé publique* ainsi que l'information à jour sur les compétences de bases peuvent être obtenues de l'Agence de santé publique du Canada.

3 Rédaction de l'ébauche d'un ensemble de compétences de base pour la main-d'oeuvre en santé publique, Rapport provisoire. Groupe de travail conjoint fédéral-provincial-territorial en ressources humaines en santé publique. Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Janvier 2005.