



ANALYSE CONTEXTUELLE DES POINTS DE VUE ACTUELS SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA:

Problèmes relevés, solutions proposées
et analyse des écarts

Préparé en vue du Sommet national sur les ressources humaines en santé
(le 23 juin 2005)
par Fadi El-Jardali et Cathy Fooks



Conseil canadien de la santé

Bureau 900 90, av. Eglinton Est Toronto (Ontario) M4P 2Y3
www.conseilcanadiendelasante.ca

Remerciements

Le Conseil canadien de la santé aimerait reconnaître l'importante contribution apportée par un grand nombre d'organismes intervenants et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à la suite de nos demandes de renseignements aux fins de cette analyse environnementale. Les auteurs désirent remercier le personnel du Conseil de ses travaux d'élaboration du présent rapport, et notamment Donna Segal des conseils donnés tout au long du projet, Amy Zierler de ses travaux de correction et de mise en forme et Judy Bentham du traitement de texte qu'elle effectue avec tout son talent.

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce rapport représentent les points de vue du Conseil canadien de la santé; elles ne sont pas sous le contrôle ou la supervision de Santé Canada et ne représentent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada ou d'un gouvernement provincial ou territorial quelconque.

Conseil canadien de la santé

John Abbott (St. John's, NL)

Jeanne F. Besner (Calgary, AB) – vice-présidente

Bernie Blais (Iqaluit, NU)

Ian Bowmer (Ottawa, ON)

Nellie J. Cournoyea (Inuvik, NT)

Michael B. Decter (Toronto, ON) – président

Jean-Guy Finn (Fredericton, NB)

Duncan Fisher (Regina, SK)

Albert Fogarty (Charlottetown, PEI)

Simone Comeau Geddry (Meteghan River, NS)

Alex Gillis (Halifax, NS)

Donna Hogan (Whitehorse, YT)

Jose Amajaq Kusugak (Ottawa, ON)

Michel C. Léger (Shediac, NB)

Steven Lewis (Saskatoon, SK)

Lyn McLeod (Newmarket, ON)

Robert McMurtry (Komoka, ON)

George L. Morfitt (Victoria, BC)

Bob Nakagawa (Coquitlam, BC)

Verda Petry (Regina, SK)

Brian Postl (Winnipeg, MB)

Elizabeth Snider (Yellowknife, NT)

Patti Sullivan (Winnipeg, MB)

Les Vertesi (Vancouver, BC)

Table des matières

Sommaire	i
Introduction.....	1
Méthodologie	3
Thème I : Éducation et formation	5
Thème II : Champs d'exercice	7
Thème III : Pratiques en milieu de travail	9
Thème IV : Planification des ressources humaines en santé	11
Observations en conclusion	13
Annexe I : Liste de certains organismes intervenants consultés (recherche Web)	15
Annexe II : Gouvernements et certains grands organismes intervenants consultés (lettre de sollicitation)	16
Annexe III : Éducation et formation	17
Annexe IV : Champs d'exercice	29
Annexe V : Pratiques en milieu de travail	35
Annexe VI : Planification des ressources humaines en santé	40
Annexe VII : Initiatives fédérales, provinciales et territoriales dans le domaine des ressources humaines de la santé.....	49
Liste de documents de référence choisis.....	69

Sommaire

Le Conseil canadien de la santé est fermement d'avis que les objectifs de renouveau des services de santé qu'ont fixés les premiers ministres ne sauraient se réaliser sans des efforts concertés en vue de résoudre les questions complexes de ressources humaines dans le domaine de la santé. Pour porter fruit, la réforme des soins dépendra de la prestation de services efficaces, efficaces, accessibles, durables et de grande qualité par des soignants en nombre suffisant qui seront bien formés aux nouveaux modèles de prestation de soins et seront équitablement répartis sur le territoire canadien. Ce sont des réalités qui font ressortir le pressant besoin de moderniser nos modes de gestion des ressources humaines de la santé au Canada.

Pour gérer efficacement ces ressources, il faut y aller d'efforts soutenus. Les responsables de l'éducation, de la formation, de l'emploi, de la réglementation et du financement des effectifs des services de santé doivent travailler ensemble, tout comme les chercheurs et les spécialistes du domaine des ressources humaines en santé. C'est pourquoi le Conseil de la santé a voulu, en organisant le Sommet national sur les ressources humaines en santé, engager un dialogue et passer en revue les solutions possibles et les cas de réussite.

Pour préparer la rencontre, son personnel a procédé à une analyse environnementale des vues actuelles sur les enjeux nationaux sur le plan des ressources humaines de la santé.

Plus précisément, cet exercice permet :

- de reconnaître, dans le domaine des politiques, les grandes prises de position des organismes intervenants et des gouvernements selon quatre domaines thématiques, à savoir ceux de l'éducation et de la formation, des champs d'exercice, des questions en milieu de travail et de la planification des ressources humaines en santé;
- de dégager les solutions avancées par les intervenants et les gouvernants;
- de cerner les divers écarts entre les problèmes constatés et les solutions proposées.

Il ne s'agit pas là d'un recensement en bonne et due forme des initiatives qui se prennent à l'échelle du pays, ni d'ailleurs d'un bilan documentaire.

La matrice qui suit récapitule les résultats de notre analyse. On en trouvera tout le détail dans le corps du document et ses annexes.

	Éducation et formation	Champs d'exercice	Pratiques en milieu de travail	Planification
Problèmes constatés	<p>Absence d'autosuffisance de l'offre de main-d'œuvre dans l'ensemble des professions.</p> <p>Insuffisance du recours aux diplômés de l'étranger qui se trouvent déjà au Canada.</p> <p>Absence d'une infrastructure permettant de recruter et d'évaluer les diplômés de l'étranger en plus grand nombre.</p> <p>Nombre nettement insuffisant de postes de formation.</p> <p>Frais de scolarité élevés.</p> <p>Absence de programmes multidisciplinaires d'éducation (programmes préprofessionnels) et de possibilités de formation (formation permanente).</p> <p>Absence générale de formation en milieu de travail.</p> <p>Absence de programmes d'éducation et de formation culturellement adaptés.</p>	<p>Variabilité des champs d'exercice et des titres parmi les secteurs de compétence.</p> <p>Absence d'énoncés clairs de champ d'exercice pour la pratique interprofessionnelle.</p> <p>Manque de clarté des énoncés d'obligation redditionnelle et de responsabilité professionnelle pour la pratique interprofessionnelle.</p> <p>Évolution des tendances de la pratique qui cause des écarts de services (en obstétrique, par exemple).</p>	<p>Épuisement professionnel, lourde charge de travail, heures supplémentaires excessives et absentéisme important.</p> <p>Mouvement de retraite anticipée dans certains groupes (personnel infirmier, par exemple).</p> <p>Insuffisance des programmes de recrutement et de maintien en poste.</p> <p>Inattention aux questions de santé, de sécurité et de bien-être des travailleurs.</p> <p>Répartition inéquitable du personnel.</p> <p>Information insuffisante pour la plupart des professions autres que les professions médicale et infirmière.</p>	<p>Absence de cadres de planification en fonction des besoins.</p> <p>Passage à de nouveaux modèles de soins sans examen des répercussions sur les ressources humaines de la santé.</p> <p>Vieillesse des effectifs des services de santé.</p> <p>Évolution des attentes des jeunes professionnels en matière d'équilibre travail-vie personnelle.</p>

	Éducation et formation	Champs d'exercice	Pratiques en milieu de travail	Planification
Solutions proposées	<p>Accroître le nombre de postes financés d'éducation et de formation pour toutes les professions.</p> <p>Réglementer les majorations de frais de scolarité et accroître l'aide financière aux étudiants et étudiantes; subventionner tout ce qui est frais de scolarité (directement ou par l'intermédiaire des établissements).</p> <p>Accroître le nombre de programmes universitaires et collégiaux multidisciplinaires; normaliser les exigences de compétence de base.</p> <p>Normaliser l'évaluation des titres et établir des programmes de transition.</p> <p>Accroître le nombre d'enseignants et de précepteurs.</p> <p>Intégrer au système des programmes d'études et des possibilités de formation culturellement adaptés.</p>	<p>Harmoniser les lois et les règlements applicables à l'échelle des secteurs de compétence.</p> <p>Élaborer de nouveaux modèles d'assurance en responsabilité professionnelle.</p> <p>Réformer le droit de la responsabilité délictuelle.</p> <p>Créer des mécanismes destinés à faciliter la collaboration.</p>	<p>Améliorer les conditions de travail (lourdeur de la charge de travail, rigidité des horaires et des régimes d'avantages sociaux, etc.).</p> <p>Étendre les programmes de recrutement et de maintien en poste (possibilités pour les conjoints, soutien des familles, soutien en suppléance, formation continue, etc.).</p> <p>Cibler les programmes de bourses en fonction des secteurs où les effectifs sont insuffisants.</p> <p>Créer des mécanismes destinés à faciliter la collaboration.</p>	<p>Dresser un cadre pancanadien de planification.</p> <p>Lier la gestion des effectifs aux besoins en santé de la population.</p> <p>Améliorer la collecte de données pour tous les groupes professionnels, réglementés ou non.</p>

	Éducation et formation	Champs d'exercice	Pratiques en milieu de travail	Planification
Analyse d'écarts	<p>Absence d'entente sur l'équilibre à ménager entre l'autosuffisance de l'offre de main-d'œuvre, le recrutement de diplômés de l'étranger et le recyclage de ces diplômés déjà présents au Canada, mais ne travaillant pas dans le domaine de la santé.</p> <p>Non-prise en compte dans le financement des besoins en personnel d'enseignement et en infrastructure.</p> <p>Répercussions inconnues des majorations de frais de scolarité.</p> <p>Manque d'uniformité des exigences de formation et des critères d'autorisation d'exercer.</p> <p>Manque de disponibilité générale de programmes multidisciplinaires d'éducation et de formation.</p> <p>Conséquences peu claires des nouveaux modèles de prestation de soins sur les besoins en ressources humaines de la santé.</p> <p>Méconnaissance des contributions apportées par les diverses professions.</p>	<p>Constat peu clair encore du degré de correction des écarts une fois que les groupes professionnels occuperont tous leurs champs respectifs d'exercice.</p> <p>Constat peu clair du degré actuel de chevauchement des champs d'exercice à mesure qu'évoluent les domaines et les tendances de la pratique (les sages-femmes, les médecins de famille et les obstétriciens sont autant de groupes qui se chargent des accouchements à faible risque, par exemple).</p> <p>Constat peu clair de l'importance actuelle de la sous-utilisation ou de la surutilisation des compétences.</p>	<p>Absence de consensus sur des stratégies, des encouragements et des interventions.</p>	<p>Lien peu clair entre les nouveaux modèles de prestation et les efforts de planification.</p> <p>Absence de mécanismes permettant de rassembler les intervenants, bien qu'on reconnaisse le besoin d'une démarche de collaboration.</p>

	Éducation et formation	Champs d'exercice	Pratiques en milieu de travail	Planification
	Constat peu clair des niveaux de soutien de la formation en milieu de travail.			

Au Canada, les activités abondent qui portent sur les effectifs des services de santé. Instruits par l'histoire, les gouvernants et les intervenants conviennent que la gestion des ressources humaines en santé commande une attention soutenue et ne saurait représenter un effort ponctuel. Ils admettent aussi que la recherche de solutions simples ou rapides nous masque la complexité de l'entreprise. Au moment où les gouvernements tracent les voies du renouveau des services de santé, la question des besoins de ressources humaines dans ce domaine doit parallèlement être soumise au même exercice. Il faut changer la façon dont les professionnels de la santé sont éduqués, formés, employés, financés et réglementés afin d'aider les premiers ministres à tenir leurs engagements en matière de renouveau des soins à l'échelle nationale.

Introduction

Le secteur de la santé emploie beaucoup de main-d'œuvre et dépend de celle-ci. Ainsi, la prestation et la qualité des soins sont directement fonction de l'affectation aux besoins des patients d'un nombre suffisant de soignants bien formés. Au Canada, les tendances démographiques, le vieillissement de la population active, le progrès technique, la quête d'un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle et les décisions passées des artisans des politiques sont autant de facteurs qui peuvent influencer négativement sur les effectifs des services de santé.

Dans son premier rapport annuel intitulé *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, le Conseil canadien de la santé a reconnu qu'une réforme efficace de la santé est étroitement liée aux disponibilités en ressources humaines. Dans le présent document, on entend généralement par ressources humaines de la santé les gens qui fournissent des services de santé à la population. Ce sont des travailleurs réglementés ou non, syndiqués ou non, des gens qui se trouvent dans des modèles de prestation de soins en financement public ou en financement privé. Récemment, on a proposé d'inclure dans le débat au pays sur les ressources humaines de la santé les dirigeants et les responsables des services de santé.

Le Conseil est fermement d'avis que les objectifs de renouveau des soins qu'ont fixés les premiers ministres ne sauraient se réaliser sans des efforts concertés en vue de résoudre les questions complexes de ressources humaines dans le domaine de la santé. Pour porter fruit, la réforme des soins dépendra de la prestation de services efficaces, efficients, accessibles, durables et de grande qualité par des soignants en nombre suffisant qui seront bien formés aux nouveaux modèles de prestation et seront équitablement répartis sur le territoire canadien. Ce sont des réalités qui font ressortir le pressant besoin de moderniser nos modes de gestion des ressources humaines de la santé au Canada.

Pour gérer efficacement ces ressources au pays, il faut y aller d'efforts soutenus. Les responsables de l'éducation, de la formation, de l'emploi, de la réglementation et du financement des effectifs des services de santé doivent travailler ensemble, tout comme les chercheurs et les spécialistes du domaine des ressources humaines en santé. C'est pourquoi le Conseil canadien de la santé a voulu, en organisant le Sommet national sur les ressources humaines en santé, engager un dialogue et passer en revue les solutions possibles et les cas de réussite. Les discussions porteront avant tout sur quatre domaines thématiques :

- éducation et formation;
- champs d'exercice;
- pratiques en milieu de travail;
- planification.

Un autre centre d'intérêt est les ressources humaines en santé autochtone et les secteurs de la réadaptation et de l'hygiène bucco-dentaire.

Pour préparer la rencontre, son personnel a procédé à une analyse environnementale des vues actuelles sur les enjeux nationaux sur le plan des ressources humaines de la santé.

Plus précisément, cet exercice permet :

- de reconnaître, dans le domaine des politiques, les grandes prises de position des organismes intervenants et des gouvernements dans les quatre domaines thématiques retenus;
- de dégager les solutions proposées comme facteurs qui influent sur la démarche actuelle de planification et d'élaboration de politiques;
- de sonder les divers écarts entre les problèmes constatés et les solutions avancées.

Méthodologie

Nous avons recueilli l'information de cette analyse de trois façons :

- nous avons fait une recherche sur les énoncés de position et les communiqués relatifs aux politiques aux sites Web des grands organismes intervenants du domaine de la santé (on trouvera une liste de certains de ces intervenants à l'annexe I);
- nous avons écrit à certains organismes intervenants et aux gouvernements pour nous renseigner sur les énoncés de position qui existent et ainsi compléter l'information puisée aux sites Web (voir l'annexe II);
- nous avons brièvement passé en revue les données des principaux rapports publiés par les organismes intervenants au pays.

Nous avons appliqué un cadre conçu au départ par Bleich et coll. (2003) pour une analyse d'écart problèmes-solutions de la crise de main-d'œuvre infirmière aux États-Unis.

Grâce à ce cadre décrit à la figure 1, nous avons pu recenser les problèmes et les solutions présentés par les intervenants et les gouvernements et évaluer les écarts entre les deux.

Figure 1 : Cadre d'analyse environnementale

Thèmes	Éducation et formation	Champs d'exercice	Pratiques en milieu de travail	Planification
Analyse				
Problèmes constatés				
Solutions proposées				
Analyse d'écarts				

On trouvera aux annexes III à VIII une récapitulation des problèmes et des solutions d'après le constat établi par les organismes intervenants et les gouvernements. À la section suivante, nous présenterons notre analyse d'écarts.

Thème I : Éducation et formation

Les questions d'éducation et de formation qui se posent sont notamment les suivantes : contenu des programmes d'études, formation en milieu de travail, formation continue ou en cours d'emploi, agrément et autorisation, équilibre entre diplômés du pays et diplômés de l'étranger.

Analyse d'écarts

- On se demande encore si on doit rechercher l'autosuffisance dans l'offre de main-d'œuvre, veiller à l'équilibre entre professionnels formés au Canada et diplômés de l'étranger ou s'employer à recycler les diplômés étrangers qui se trouvent déjà au Canada, mais qui ne travaillent pas actuellement dans le domaine de la santé. Les vues varient selon les groupes.
- Le personnel d'enseignement et l'infrastructure nécessaires au soutien d'un plus grand nombre d'inscriptions aux programmes de formation peuvent ne peuvent pas être suffisants, plus particulièrement dans les petits secteurs de compétence. On craint que ces éléments de soutien de la formation ne soient pas pris en compte dans les nouvelles mesures de financement.
- Les intervenants ont l'impression que l'alourdissement des coûts de l'éducation est de nature à restreindre la mobilisation et la diversité des populations étudiantes dans les professions de la santé. On n'a guère pour l'instant de données qui nous éclairent sur les conséquences des majorations des frais de scolarité sur les étudiants.
- Les exigences de formation pour une même profession varient selon les secteurs de compétence. Ce manque d'uniformité nuit à la compréhension qu'a le public des compétences exigées, de la mobilité du personnel, de la souplesse des pratiques en milieu de travail et des critères d'agrément des établissements.

- Presque tous les organismes intervenants et les gouvernements conviennent de l'importance des équipes en pratique multidisciplinaire. Ils reconnaissent aussi que, pour faciliter ce passage à la pratique interprofessionnelle, il faudra que l'éducation et la formation se fassent en collaboration. Pour l'instant, les perspectives qui s'offrent sont limitées pour de tels programmes d'éducation et une telle formation en milieu de travail.
- La mise en place d'équipes multidisciplinaires a encore tout d'un phénomène naissant dans la plupart des régions du pays. On craint une méconnaissance des façons dont les différents professionnels de la santé apportent leur contribution aux soins aux patients. On ne sait au juste comment cette évolution de la prestation des soins influera sur les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé, ainsi que sur les besoins d'éducation et de formation.
- Pour ceux et celles qui travaillent déjà dans le système de santé, le milieu de travail devient le foyer de formation en pratique interprofessionnelle ou multidisciplinaire, par exemple. On dispose de très peu de renseignements sur l'ampleur de la formation qui se fait en milieu de travail et on appréhende de plus en plus que, malgré la volonté de changement, les éléments de soutien nécessaires ne soient pas en place (temps à réserver, par exemple, loin des soins directs aux patients à la participation à des programmes de formation).

Thème II : Champs d'exercice

Les questions de champs d'exercice qui se posent sont notamment les suivantes : fait pour les professionnels de la santé d'occuper tout leur domaine de pratique, application de modèles de soins en collaboration, responsabilité professionnelle et assurances, critères d'accession à la pratique.

Analyse d'écarts

- Les champs d'exercice, les titres professionnels et les critères d'autorisation d'exercer dans une même profession peuvent varier selon les secteurs de compétence.
- À l'heure actuelle, une certaine confusion règne pour la question de savoir qui peut faire quoi : il y a des groupes qui disent ne pas être utilisés dans la pleine mesure de leurs attributions et d'autres, que l'on devrait élargir leur domaine de pratique; parfois aussi, des soignants diront qu'ils exercent des attributions qui sortent du champ d'exercice que leur assigne la loi, ce qui nuit à la sécurité des patients et crée des risques en matière de responsabilité civile.
- Pour les professionnels de la santé, les champs d'exercice paraissent s'établir à différents niveaux : il y a d'abord le domaine de pratique réglementé que détermine l'organisme d'autorisation compétent, ensuite le champ d'exercice délimité par l'employeur et enfin les attributions qui s'exercent en milieu clinique par les nécessités du service.
- Les tendances de la pratique évoluent dans le cas de la prestation de services, plus particulièrement en médecine familiale. On ne sait au juste quelles en sont les conséquences sur les autres professions. Les rapports nombre de professionnels-nombre d'habitants peuvent demeurer les mêmes, mais la composition et les niveaux des services changent dans les professions.

- On ne sait au juste quelles sont les questions de responsabilité professionnelle qui se posent dans une pratique interprofessionnelle. En matière de responsabilité civile, cette pratique est actuellement incompatible avec les régimes de responsabilité individuelle des organismes de réglementation et des assureurs des professions.
- Jusqu'à présent, le débat sur les champs d'exercice a surtout porté sur les attributions du personnel médical et du personnel infirmier. Comme les équipes multidisciplinaires comprendront des groupes professionnels autres que le corps médical et infirmier, on devra mieux cerner la nature des conséquences sur les domaines de pratique des groupes et apprendre à optimiser leur productivité dans les nouveaux modèles de prestation de soins.
- Nombreux sont les organismes intervenants et les gouvernements qui conviennent de la nécessité de modifier les lois et les règlements pour le soutien de l'évolution des champs d'exercice, mais on ne sait au juste si de tels changements seront apportés d'une manière uniforme dans tout le pays.
- On ne sait au juste non plus si, dans la conception des modèles de financement, on tient compte des soins multidisciplinaires ou du plein exercice des attributions des groupes professionnels.
- Enfin, on ne sait au juste dans quelle mesure on remédiera, en clarifiant les attributions et en adoptant des modèles de prestation par lesquels les professionnels occuperont un domaine de pratique entier ou élargi, aux problèmes actuels de répartition inéquitable des effectifs et aux pénuries appréhendées de main-d'œuvre de la santé.

Thème III : Pratiques en milieu de travail

Les questions de pratiques en milieu de travail qui se posent sont notamment les suivantes : stratégies de recrutement et de maintien en poste, pratiques de « milieu de travail sain » qui accroissent la satisfaction et combattent l'épuisement en matière professionnelle.

Analyse d'écarts

- Malgré de solides données indiquant que l'amélioration des conditions de travail à court et à long terme est la clé pour qui veut optimiser la productivité et répondre aux exigences croissantes de prestation de services, les intervenants jugent qu'on n'a pas beaucoup fait dans ce domaine.
- On semble pourtant s'accorder à dire qu'une telle amélioration est essentielle si on entend ménager une offre suffisante de nouveaux soignants pour les besoins futurs en santé de la population. On semble moins convenir cependant que l'amélioration des conditions de travail est de nature à largement atténuer les problèmes de maintien en poste des professionnels de la santé.
- Dans les programmes de recrutement et de maintien en poste, on vise en grande partie le personnel infirmier et le personnel médical, mais il n'y a guère de données disponibles sur les stratégies de recrutement et de maintien en poste d'autres soignants comme les pharmaciens et les sages-femmes.
- Les intervenants reconnaissent que, pour accroître la qualité du milieu de travail, il faut une collaboration des chercheurs, des praticiens et des représentants syndicaux et patronaux qui se concertent sur les besoins propres aux divers milieux de travail et sur les mesures à prendre pour y répondre. On ne sait guère toutefois quels seraient les meilleurs mécanismes d'application de ce modèle de collaboration à la santé du milieu de travail.

- Les intervenants s'entendent sur l'importance d'un milieu de travail de qualité et conviennent largement de l'importance des encouragements, financiers ou non, comme moyen efficace de recrutement et de maintien en poste, mais il n'y a guère de consensus qui se dégage sur les stratégies, les stimulants (plus particulièrement d'ordre financier) et les priorités d'intervention.
- Jusqu'à présent, il a surtout été question d'encouragements financiers, mais on peut s'étonner qu'on n'ait guère évalué l'incidence de ces incitatifs sur l'amélioration des mécanismes de recrutement et de maintien en poste.
- Vu les cycles et les contraintes budgétaires des gouvernements, il est difficile aux établissements de soins de faire de la planification de ressources humaines à plus long terme et d'assurer le perfectionnement des travailleurs.

Thème IV : Planification des ressources humaines en santé

Les questions de planification des ressources humaines de la santé qui se posent sont notamment les suivantes : modes objectifs (par données probantes) de planification des ressources humaines de la santé et alignement sur les besoins en santé de la population; offre de main-d'œuvre professionnelle permettant de répondre à ces besoins et objectifs à fixer en fonction des besoins estimés; besoins non comblés des collectivités éloignées, rurales et (plus récemment) urbaines; nécessité de disposer de bases de données nationales.

Analyse d'écart

- À l'heure actuelle, le Canada n'a pas de stratégie nationale pour les ressources humaines de la santé. Les provinces et les territoires ont conçu leurs propres plans et la Conférence des sous-ministres est en train d'élaborer un cadre pancanadien dans ce domaine.
- Abstraction faite du corps médical et infirmier, on constate que les activités de collecte de données pour les professions de la santé se limitent avant tout au contrôle des effectifs en place. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) travaille à un ensemble de données de base qui viendra grandement améliorer en quantité et en nature l'information disponible à des fins de planification.
- L'information est restreinte sur les professions en autoréglementation (pharmaciens, sages-femmes, chiropraticiens, etc.) et nulle sur les professions non réglementées. Compte tenu de l'adoption de nouveaux modèles de prestation de soins, de l'évolution des domaines de pratique et du recours accru à la multidisciplinarité dans le domaine de la santé, ces lacunes de notre information deviennent criantes.

- De tout temps, les associations professionnelles ont constitué notre grande source de renseignements sur les ressources humaines de la santé, ainsi que de prévisions et d'estimations de l'offre de main-d'œuvre. Toutes prédisent que les pénuries se feront de plus en plus grandes, mais il n'y a pas de prévisions systématiques qui se fassent.
- Les gouvernements investissent de plus en plus dans des activités de gestion de l'information, mais seulement pour certaines professions de la santé.
- Malgré le besoin avoué d'une collaboration en planification, il n'y a pas de mécanismes clairs de collecte de données à jour pour les efforts de planification qui visent actuellement les besoins en santé de la population.

Observations en conclusion

Au Canada, les activités abondent qui portent sur les effectifs des services de santé. Instruits par l'histoire, les gouvernants et les intervenants conviennent que la gestion des ressources humaines en santé commande une attention soutenue et ne saurait représenter un effort ponctuel. Ils admettent aussi que la recherche de solutions simples ou rapides nous masque la complexité de l'entreprise. Au moment où les gouvernements tracent les voies du renouveau des services de santé, la question des besoins de ressources humaines dans ce domaine doit parallèlement être soumise au même exercice. Il faut changer la façon dont les professionnels de la santé sont éduqués, formés, employés, financés et réglementés afin d'aider les premiers ministres à tenir leurs engagements en matière de renouveau des soins à l'échelle nationale.

Les gouvernements ont nettement un rôle à jouer dans cette entreprise, mais d'autres intervenants doivent y être associés. Il est encourageant de constater que les gouvernants et les intervenants au pays comprennent cette réalité et désirent aller de l'avant. La question est maintenant de savoir comment s'y prendre.

Les énoncés de position et les rapports recensés dans cette analyse environnementale nous livrent divers points de vue sur la nature et l'étendue du cadre canadien des ressources humaines de la santé. Dans une moindre mesure, ils nous offrent des solutions pour éviter ce que beaucoup appréhendent comme crise imminente. Certaines des solutions avancées sont concrètes et précises, mais d'autres le sont moins.

De notre recensement des prises de position, il ressort que l'ampleur et les caractéristiques des maux canadiens dans le domaine des ressources humaines de la santé sont encore en voie d'être définies. Dans maintes solutions proposées, on met l'accent sur l'accroissement de l'offre de main-d'œuvre. On s'est moins attaché à l'incidence d'une gestion et d'une utilisation plus efficaces de la main-d'œuvre en place, ce qui est d'une importance particulière si on considère que nombre de solutions « du côté de l'offre » aux problèmes de capacités se présentent à plus long terme.

Les problèmes de définition se remarquent aussi dans le débat consacré à l'importance des équipes multidisciplinaires. Faute d'une compréhension commune de la nature, de l'étendue, de la composition et de l'incidence de la pratique multidisciplinaire, il devient difficile de discerner si l'évolution des modèles de prestation de soins aura ou non pour effet d'atténuer certains des problèmes de ressources humaines de la santé pour l'avenir.

Si on ne sait faire la clarté sur ces enjeux, les efforts de renouveau de la santé au Canada pourraient se révéler vains. Le Conseil canadien de la santé espère jouer un rôle en favorisant une collaboration nationale dans ce domaine primordial du renouveau du système de santé. Le sommet qu'il organise se veut un premier pas dans cette direction.

Annexe I : Liste de certains organismes intervenants consultés (recherche Web)

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Association canadienne des institutions de santé universitaires
Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations
Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie
Association canadienne de soins et services communautaires
Association canadienne des infirmières et infirmiers de pratique avancée
Association canadienne des ergothérapeutes
Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Association chiropratique canadienne
Collège canadien des directeurs de services de santé
Conseil canadien des techniciens et technologues
Association dentaire canadienne
Fédération canadienne des organismes de réglementation de la chiropratique
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers
Association canadienne des soins de santé
Association médicale canadienne
Association canadienne de protection médicale
Association canadienne pour la santé mentale
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Association canadienne de physiothérapie
Société canadienne de psychologie
Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada
Collège des médecins de famille du Canada
Association canadienne des secrétaires généraux de pharmacie
Les diététistes du Canada
Fédération des ordres des médecins du Canada
Inuit Tapiriit Kanatami
Conseil médical du Canada
Organisation nationale de la santé autochtone
Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
Réseau des nouveaux professionnels de la santé
Association des opticiens du Canada
Association canadienne du personnel paramédical
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Ordre des infirmières de Victoria

Annexe II : Gouvernements et certains grands organismes intervenants consultés (lettre de sollicitation)

Gouvernement du Canada
Gouvernement de l'Alberta
Gouvernement de Colombie-Britannique
Gouvernement du Manitoba
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Gouvernement de Nouvelle-Écosse
Gouvernement du Nunavut
Gouvernement de l'Ontario
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard
Gouvernement du Québec
Gouvernement de la Saskatchewan
Gouvernement du Yukon

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie
Collège canadien des directeurs de services de santé
Fédération canadienne des organismes de réglementation de la chiropratique
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers
Association canadienne des soins de santé
Association médicale canadienne
Association canadienne de protection médicale
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Collège des médecins de famille du Canada
Association canadienne des secrétaires généraux de pharmacie
Fédération des ordres des médecins du Canada
Organisation nationale de la santé autochtone
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Annexe III : Éducation et formation

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI)

Solutions :

- L'aide financière directement destinée aux écoles de sciences infirmières et l'accroissement du personnel d'enseignement dans un grand nombre de domaines infirmiers sont essentiels si on entend mettre fin à la crise de l'offre d'infirmières et infirmiers autorisés et praticiens. En soutenant mieux financièrement la formation et la recherche en sciences infirmières, on disposera de plus d'infirmières et d'infirmiers de formation universitaire pour les soins aux Canadiens.

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI) et Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

Prise de position commune sur la prestation flexible de programmes d'éducation en sciences infirmières, 2004

Solutions :

- Les programmes souples favorisent l'accès et la richesse des possibilités de formation du personnel infirmier par le recours à des modèles novateurs d'exécution de programmes où entrent les technologies des communications et d'autres méthodes permettant de rendre l'apprentissage plus accessible.
- La souplesse d'exécution des programmes de baccalauréat, de maîtrise, de doctorat, de spécialité et de formation continue en sciences infirmières est essentielle pour le corps infirmier canadien.
- Cette « prestation flexible » peut répondre aux besoins d'apprentissage continu de manière à aider le personnel infirmier :
 - à acquérir, maintenir et enrichir ses connaissances et ses compétences à mesure qu'évolue le système de santé;
 - à assurer une prestation de soins qui repose sur des données objectives ou probantes et se caractérise par sa sécurité et sa grande qualité;
 - à trouver un juste équilibre entre les responsabilités familiales, les responsabilités professionnelles et les besoins de formation.
- En ce qui concerne la préparation scolaire à la pratique, les deux organismes jugent que l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières représente la norme d'accession à la pratique du personnel infirmier autorisé au Canada et que les gouvernements ont pour responsabilité :
 - d'assurer le financement nécessaire de programmes de baccalauréat de grande qualité, ce qui comprend la conversion des programmes de diplôme en programmes de baccalauréat;

- de créer assez de places en formation infirmière pour que l'on puisse répondre aux besoins de santé des Canadiens;
- de cultiver la collaboration entre les milieux infirmiers et les ministères de la Santé et de promouvoir la formation infirmière pour qu'elle comble les besoins, aujourd'hui et demain.

Association chiropratique canadienne (ACC)

L'ACC et la question des équipes multidisciplinaires

Solutions :

- Soutenir la collaboration interprofessionnelle.
- Pour les ministres fédéraux et provinciaux, nécessité de mieux chercher à écarter les obstacles à la collaboration interprofessionnelle de sorte que les patients reçoivent les meilleurs soins du personnel de la santé le plus compétent pour les donner en toute rentabilité.

Fédération canadienne des étudiants en médecine (FCEM)

Système de formation médicale : point de vue des étudiants canadiens en médecine (énoncé de position, 2003)

Problèmes :

- Un système où les diplômés canadiens en médecine (DCM) ne jouissent pas d'un accès garanti à la formation médicale postdiplôme (FMPD ou postes en résidence) est inacceptable. Les étudiants canadiens pourraient alors être moins désireux de consentir un investissement important en temps et en ressources, ce qui diminuerait le nombre de demandes adressées aux écoles de médecine. À long terme, cela risque de sérieusement compromettre l'autosuffisance canadienne dans le domaine des ressources humaines de la santé.
- En accordant aux diplômés internationaux en médecine (DIM) un accès égal à la FMPD, on risquerait d'inonder le système de formation en résidence. Au Canada, le système FMPD est déjà exploité à sa capacité. La situation ne changera sans doute pas au cours des cinq prochaines années, puisque ce système a de la difficulté à absorber le nombre croissant de DCM par suite de l'augmentation des effectifs des écoles de médecine.

Solutions :

- Seuls les DCM devraient être admis en première étape au Service canadien de jumelage des internes et des résidents (SCJIR). La FCEM est fermement convaincue que le système canadien de formation médicale postdiplôme doit accueillir tous les DCM. De plus, ce système doit toujours fonctionner au mieux des intérêts des gens qui étudient en médecine au Canada, c'est-à-dire servir ceux-ci avant même de songer à accueillir des diplômés de l'étranger.

- Si les DIM ont accès au SCJIR plutôt qu'à un système distinct de formation en résidence, ils ne devraient jouir de cet accès qu'en deuxième étape. La formation des diplômés de l'étranger a été et devrait rester un important volet de notre système FMPD.
- On devrait créer un ensemble distinct de places en formation FMPD uniquement pour les DIM.
- Le système canadien de formation médicale devrait produire des ressources médicales qui conviennent aux besoins de notre système de santé.
- On devrait prendre des mesures suffisantes pour évaluer la qualité des diplômés de l'étranger admis en formation et des médecins sur visa préalablement à toute adoption dans notre système.

La FCEM et la formation interprofessionnelle

Solutions :

- Les programmes d'études des écoles de médecine devraient continuer à traduire l'importance de la pratique interdisciplinaire en encourageant la formation aux divers rôles que joue chaque discipline participante.
- Les divers intervenants des milieux médicaux devraient continuer à promouvoir la souplesse et l'accessibilité du système au double niveau de la formation de base et de la formation supérieure.

Position de la FCEM sur la menace que représente l'escalade des frais de scolarité imposés par les écoles médicales pour l'accès à la formation médicale au Canada, 2000

Problèmes :

- Malgré le besoin des plus évidents de rajeunir et de renouveler les effectifs médicaux au Canada, on constate de plus en plus que les tendances actuelles sont un facteur restrictif d'accès pour un grand nombre de futurs médecins. La montée des frais de scolarité et le nombre insuffisant de places dans les écoles de médecine privent les Canadiens d'effectifs médicaux diversifiés et se trouvent à fermer la porte à un groupe de gens très talentueux.

Solutions :

- Décréter un moratoire sur les majorations de frais de scolarité jusqu'à ce que les décisions en cause et leurs effets aient pleinement été évalués;
- accroître l'aide financière en fonction des besoins pour qu'elle suive la montée des frais de scolarité;
- accroître le nombre de places dans les écoles de médecine et les services de formation en résidence pour à la fois enrichir les choix de carrière et répondre aux exigences d'accès aux soins de la population canadienne;

- veiller à ce que les modalités d'agrément des établissements garantissent que, par la procédure d'admission aux écoles de médecine du pays et par le cadre où les candidats font leurs choix, on accueille les étudiants en fonction de leur dossier scolaire, et non pas selon l'état de leurs ressources financières;
- financer intégralement les activités de formation (stages au choix en milieu rural, par exemple) pour mieux maintenir la diversité culturelle des classes par opposition à une situation où les étudiants sont tout simplement absorbés par les milieux de soins tertiaires (on constate que l'exposition des étudiants en médecine à la vie rurale représente une bonne technique de recrutement);
- décourager les mesures coercitives de recrutement des étudiants avant et après le diplôme en reconnaissant que les programmes avec « services en retour » ont un caractère imposé et coercitif dans un contexte d'escalade des frais de scolarité;
- étudier les méthodes voulues pour un rapatriement équitable et conforme à l'éthique des médecins canadiens formés à l'étranger, et ce, jusqu'à ce que les écoles canadiennes créent une autosuffisance en ce qui concerne les besoins du système de santé.

Association médicale canadienne (AMC)

Problèmes :

Les hausses de frais de scolarité, jointes à des systèmes insuffisants d'aide financière, nuisent grandement non seulement aux étudiants en médecine d'aujourd'hui et de demain, mais aussi au système de santé du pays et à l'accès de la population aux services médicaux.

Solutions :

- Accroître le financement public destiné aux écoles de médecine pour atténuer les pressions qui font monter les frais de scolarité; faire en sorte que toute majoration de ces frais soit réglementée et raisonnable, que les régimes d'aide financière soient adaptés préalablement à toute hausse et que l'aide accordée soit en proportion directe des frais majorés et se situe à des niveaux qui répondent aux besoins des étudiants.
- Assouplir les règles applicables à la formation de base, à la formation supérieure et à la formation de réaccession ou de réintégration en reconnaissant que les besoins qui s'attachent aux services des spécialistes peuvent évoluer.
- Fixer et maintenir un ratio de 120 postes de formation médicale postdiplôme pour 100 diplômés en médecine.

Association médicale canadienne (AMC), Association canadienne des soins de santé (ACSS), Association des pharmaciens du Canada (APC) et Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

Déclaration commune, 2004

Solutions :

- Soutenir l'application d'une stratégie pancanadienne des ressources humaines en santé, ainsi qu'un mécanisme permettant de réunir les intervenants de manière à intégrer les politiques de la santé, du travail, de l'immigration et de l'éducation et à assurer une planification en fonction des besoins qui s'appuie sur le savoir et la recherche de pointe.
- Nécessité de consentir immédiatement un investissement important pour revitaliser l'éducation et l'emploi dans des groupes professionnels comme ceux des infirmières et infirmiers, des pharmaciens, des technologues et des médecins.
- Nécessité d'investir pour soutenir l'intégration des professionnels de la santé qui viennent de l'étranger et favoriser la productivité dans la main-d'œuvre en place du système de santé.
- Accroître le nombre d'inscriptions aux programmes canadiens d'éducation en sciences de la santé, améliorer la formation continue et créer des emplois permanents à plein temps.
- À plus long terme, nécessité d'investir dans des modèles de prestation de soins multidisciplinaires et autres de même nature, ainsi que dans des recherches sur la productivité d'une pratique « factuelle » ou par données probantes, les résultats de santé et un régime national d'autorisation d'exercer.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

L'AIIC et la question des infirmières et infirmiers praticiens (IP)

Solutions :

- L'AIIC juge que l'obtention d'un diplôme de deuxième ou troisième cycle en sciences infirmières est le meilleur moyen pour les IP d'acquérir les compétences nécessaires. Si on entend optimiser et maintenir les avantages pour le système de santé, on doit institutionnaliser le rôle des IP par des mécanismes appropriés de formation, de réglementation et de rémunération.
- L'AIIC recommande aux gouvernants, aux décideurs, aux employeurs, aux syndicats, aux organismes de réglementation, aux organisations infirmières, aux éducateurs et aux autres professionnels de la santé de travailler ensemble à un cadre national de coordination qui assurerait une féconde intégration du rôle des IP au système de santé, faciliterait la vérification des compétences, accroîtrait la mobilité professionnelle de ce personnel infirmier, renforcerait les programmes de formation et stimulerait une recherche qui alimente une pratique « factuelle » ou par données probantes.

L'AIC et la réglementation et l'intégration des infirmières et infirmiers de l'étranger dans le système de santé canadien

Solutions :

- Veiller à ce que les infirmières et infirmiers formés à l'étranger aient accès tant à de l'information à jour qu'à des outils et des ressources (formation de transition, par exemple) qui les aident à répondre aux exigences de la réglementation au moment, par exemple, de démontrer leur compétence linguistique et de subir l'« Examen d'autorisation infirmière au Canada » (EAIC). On devrait prévoir une aide pour une meilleure intégration clinique et culturelle au milieu canadien des services de santé.
- Assurer la protection du public, tout en donnant aux infirmières et infirmiers formés à l'étranger les meilleures possibilités de réaliser tout leur potentiel dans l'exercice de la profession de leur choix au pays. L'AIC a conçu un cadre de réglementation pour l'intégration des postulants de l'étranger.
- Uniformiser à l'échelle nationale l'évaluation des titres et des compétences, de la maîtrise de la langue et des autres éléments visés par la réglementation. L'AIC soumet actuellement à un examen les mécanismes de réglementation de tout le pays avec les ordres infirmiers (infirmières et infirmiers autorisés (IA), infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) et infirmières et infirmiers praticiens (IP)), les gouvernements, les éducateurs, les employeurs, les syndicats et le personnel infirmier formé à l'étranger.
- Établir un service national pour la création d'un cadre normalisé et objectif d'évaluation des infirmières et infirmiers formés à l'étranger, ce qui comprend une évaluation de la formation reçue, des acquis (évaluation et reconnaissance des acquis) et de la compétence clinique (en pratique surveillée, par exemple), ainsi qu'un examen type de langue comme le CELBAN (Canadian English-Language Benchmark Assessment for Nurses).
- Mettre en place des programmes de transition souples et normalisés à l'échelle nationale pour être sûr que les infirmières et infirmiers formés à l'étranger auront des compétences conformes aux normes canadiennes des soins infirmiers.
- Concevoir des stratégies pour régler les difficultés financières que connaissent les infirmières et infirmiers formés à l'étranger lorsqu'ils s'inscrivent à des programmes de transition.

L'AIC et l'étude du secteur infirmier « Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada »

Solutions :

Étant un des groupes d'intervenants associés à cette analyse triennale du marché du travail, l'AIC appuie les recommandations que présente le rapport définitif de la phase I. Plus précisément, elle entérine la recommandation suivante avec les mesures proposées d'éducation et de formation :

- Il faut trouver des moyens novateurs d'enrichir l'expérience clinique en formation infirmière. Il s'agit entre autres d'étudier la façon d'optimiser les ressources actuelles de pratique clinique et de formation et d'entreprendre des recherches sur l'efficacité de la formation interprofessionnelle du point de vue de l'amélioration des résultats des patients, des soignants et des systèmes.
- Il s'opère un mouvement vers la pratique en collaboration et les moyens novateurs de formation interprofessionnelle. Les programmes de formation interprofessionnelle peuvent produire des diplômés ayant les compétences voulues pour la pratique en collaboration et la mise en place d'équipes interdisciplinaires efficaces en soins primaires améliorera les résultats des patients, des soignants et des systèmes, favorisera des soins de qualité, donnera aux Canadiens un meilleur accès aux bons soignants au bon moment et réduira donc des temps d'attente jugés inacceptables. Un grand moyen d'y parvenir est de changer la façon de former les soignants, dont les infirmières et les infirmiers, et de faire en sorte qu'ils acquièrent le savoir et la formation nécessaires à une bonne exécution des tâches au sein d'équipes de soins en collaboration axés sur le patient. Il nous faudrait bien plus de données indiquant que la formation interprofessionnelle fera naître une pratique efficace en collaboration.

Association canadienne de physiothérapie

Problèmes :

- L'ACP reconnaît qu'il est de plus en plus difficile aux physiothérapeutes en milieu clinique de travailler à contrat, à titre temporaire ou à temps partiel, d'où aussi la difficulté de coordonner les services avec les horaires et les besoins des stagiaires. Nombreux sont les organismes qui ne soutiennent ni ne reconnaissent suffisamment les précepteurs et leur rôle en formation clinique ou choisissent de ne pas assurer du tout une telle formation aux étudiants.

Solutions :

- Bien former les enseignants et les précepteurs en milieu clinique dans les établissements d'enseignement et les établissements de soins.

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

Le SISPFC et les diplômés internationaux en médecine

Problèmes :

- Tant que les écoles canadiennes de médecine n'auront pas accru le nombre de leurs diplômés et que ceux-ci ne seront pas passés à la pratique médicale, notre pays aura besoin des services de médecins formés à l'étranger.

Solutions :

- On estime que les écoles de médecine devront porter annuellement leurs effectifs à 2 500 étudiants d'ici 2007 simplement pour maintenir le rapport actuel nombre de médecins-nombre d'habitants à 1,9 médecin pour 1 000 habitants (ICIS, 2004).
- Il faut aussi une injection de 500 diplômés en médecine de l'étranger chaque année pour maintenir ce rapport (Association des facultés de médecine du Canada, 2003).
- Le gouvernement canadien a récemment lancé une initiative de reconnaissance des titres acquis à l'étranger en ciblant en priorité les médecins, les infirmières et infirmiers et les ingénieurs.

Société canadienne de science de laboratoire médical (SCSLM)

Problèmes :

- On manque de professionnels pour les laboratoires.
- Selon les prévisions, près de la moitié des technologues des laboratoires médicaux canadiens devraient prendre leur retraite au cours des 13 prochaines années.
- Les risques de grave pénurie sont les plus sérieux en Nouvelle-Écosse où il n'y a pas de programme de formation des technologues de laboratoire médical.

Solutions :

- Veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de professionnels qualifiés pour les laboratoires médicaux.
- Prévoir plus d'argent (ministères provinciaux de l'Éducation et de la Santé) pour le financement des programmes de formation; ce n'est qu'en investissant convenablement dans la formation des technologues de laboratoire – ce qui doit comprendre le financement d'une formation clinique essentielle – que le Canada pourra affronter les nouvelles menaces qui planent sur le système de santé.
- Créer au moins 300 postes de formation dans la prochaine décennie et veiller à ce que ces postes soient comblés. Le financement de nouveaux postes de formation n'est qu'une solution partielle à un problème bien plus vaste.

- Lancer une campagne nationale de recrutement de jeunes dans les carrières scientifiques du laboratoire médical.
- Créer un programme de formation en Colombie-Britannique.
- Créer au moins deux programmes de formation en Ontario, dont l'un pour le Nord.
- Doubler le nombre de postes de formation dans les programmes en place en Colombie-Britannique, en Ontario, en Saskatchewan et au Manitoba.
- Surveiller attentivement l'offre de ressources humaines en Alberta, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec.
- Adapter le nombre de programmes de formation à la demande grandissante d'examens médicaux d'une population qui vieillit.
- Établir de nouveaux postes de formation pour les étudiants de l'Île-du-Prince-Édouard dans les programmes des provinces voisines de l'Atlantique.
- Préparer les technologues de laboratoire médical au travail en collaboration au sein d'équipes multidisciplinaires de soignants (les connaissances requises des technologues qui débutent doivent dépasser le niveau purement technique et comprendre des aptitudes plus générales à la réflexion critique, à la solution de problèmes, à la communication, etc.).
- Veiller à ce que les futurs technologues de laboratoire médical général qui débutent aient acquis les capacités et les connaissances nécessaires à la prestation de services de grande qualité en laboratoire médical.
- La SCSLM est pour la polyvalence à condition de faire des évaluations de compétences qui confirment l'acquisition de ces capacités supplémentaires et le respect des normes professionnelles des associations professionnelles et des organismes de réglementation compétents.

Groupe de travail sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine

Recommandations à la Conférence des sous-ministres de la Santé, 2003

Solutions :

- Intégrer les diplômés internationaux en médecine (DIM) à la planification des ressources médicales en veillant à ce que les capacités et les fonds suffisent à leur évaluation et à leur formation.
- Travailler à un cadre normalisé d'évaluation pour l'autorisation d'exercer.
- Étendre ou développer les éléments de soutien et les programmes pour aider les DIM à se conformer à la procédure et aux exigences d'octroi du permis d'exercer au Canada.
- Mettre en place des programmes de soutien des enseignants et des médecins qui travaillent avec de tels diplômés.

- Créer une capacité de suivi et de recrutement des DIM.
- Établir un programme national de recherche sur les DIM avec une évaluation des recommandations relatives à l'octroi du permis d'exercer dans leur cas, ainsi que de l'incidence de la stratégie adoptée sur l'offre de main-d'œuvre médicale.

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)

La médecine familiale au Canada – Une vision d'avenir, 2004

Problèmes :

- Les médecins de famille sont pour de nouveaux modèles de soins primaires qui incitent au travail en équipe interdisciplinaire, mais les étudiants en médecine craignent que le rôle de ces médecins ne soit largement réduit dans certains des modèles, leurs responsabilités se mêlant ou cédant même la place à celles d'autres soignants de première ligne.

Solutions :

- Nécessité de démontrer l'importance des médecins de famille comme ressource de première ligne hautement valorisée et respectée.
- Dans les efforts de promotion de la collaboration interdisciplinaire, on devrait continuer à reconnaître la valeur et l'importance uniques de chaque soignant dans l'équipe de soins du fait de son éducation, de sa formation et de son expérience particulières. Les modèles devraient être axés sur le patient de manière à faciliter l'accès au soignant de qualité et de choix ayant le juste dosage de compétences. Ils devraient aussi tenir compte de l'évolution des préférences des soignants dans leur pratique.

Ressources humaines en santé des Inuits

Problèmes :

- Insuffisance des soins en raison du peu d'accès aux professionnels de la santé en dehors du personnel infirmier en santé communautaire;
- méconnaissance chez les soignants du contexte culturel et des façons d'aborder les questions propres aux patients inuits;
- incapacité pour la plupart des soignants de parler inuktitut, qui est la langue de la plupart des Inuits;
- manque d'intégration au système de soins des connaissances des Inuits en santé;
- manque de permanence des soins à cause du roulement du personnel.

Solutions :

- *Enfants et jeunes* : Créer des bases solides en alphabétisation et en santé. Veiller à ce que les Inuits aient l'information, les outils et le soutien nécessaires pour passer du palier secondaire au palier postsecondaire. S'assurer que les normes des écoles du Nord sont égales ou supérieures à celles des écoles du Sud (de sorte que les élèves n'aient pas à faire de rattrapage pour poursuivre leurs études). Renseigner les élèves sur les possibilités de carrière en santé par des activités scolaires et parascolaires (camps, visites du centre de santé ou de l'hôpital local, présentations). Veiller enfin à ce qu'il y ait des gens capables de soutenir les élèves (conseillers en orientation, aînés, autres mentors, etc.).
- *Inuits travaillant dans le domaine de la santé* : Soutenir les Inuits qui travaillent déjà dans le domaine de la santé pour qu'ils accomplissent bien leurs tâches et poursuivent leur carrière grâce à des activités permanentes de mentorat, de soutien, d'aide financière et de formation. Ainsi, un représentant en santé communautaire pourrait vouloir devenir infirmier, un interprète pourrait aspirer au rôle de technicien en radiologie ou un adjoint administratif, à celui d'interprète médical.
- *Non-Inuits travaillant dans le domaine de la santé* : Livrer sans cesse de l'information sur les coutumes, les valeurs et le savoir en santé des Inuits et donner des connaissances en Inuktitut pour que les non-Inuits puissent rendre des services culturellement adaptés. Soutenir les intéressés dans leurs tâches (par la formation, une réduction des heures supplémentaires, etc.).
- *Connaissances des Inuits* : Intégrer les connaissances des Inuits en santé au système de soins et regarder les fructueux modèles de l'Alaska.
- *Formation postsecondaire* : Veiller à constamment soutenir les Inuits qui étudient au palier postsecondaire (services scolaires, financiers et familiaux, garderies, etc.). Soutenir les programmes de transition du palier secondaire au palier postsecondaire. Soutenir les programmes collégiaux universitaires en santé dans le Nord; appuyer enfin le dialogue entre les écoles dans les secteurs soumis aux revendications territoriales.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)

Solutions :

- On a besoin de changements systémiques à apporter aux services d'éducation et aux programmes d'études en place.
- L'existence de systèmes éducatifs sous direction et contrôle locaux et de programmes d'études culturellement adaptés est essentielle au maintien et à la formation de la main-d'œuvre de demain.
- On a besoin de transformer les mécanismes actuels d'agrément au Canada en y intégrant des concepts de compétence et de protection culturelles, ce qui mènerait un jour aux changements si nécessaires à apporter aux programmes d'études en médecine.

- On doit poursuivre les efforts en vue de mieux comprendre l'importance de la formation en milieu de travail pour la pratique en collaboration multidisciplinaire, de la formation continue, de la formation en cours d'emploi et des diplômés internationaux en médecine dans le cas des peuples autochtones.

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP)

Problèmes :

- Le Canada ne peut s'en remettre aux diplômés en pharmacie de l'étranger pour répondre à des besoins grandissants.
- Pour chaque postulant admis en première année à un des neuf programmes canadiens de baccalauréat en pharmacie, il y en a cinq qui sont refusés.

Solutions :

- Reconnaître les acquis et les titres étrangers des immigrants, mais dans un cadre qui aide les organismes de réglementation à s'assurer que des professionnels autorisés de la pharmacie donnent des soins aux patients en toute compétence et que la population est protégée.
- Favoriser l'uniformité des exigences de compétence de base et reconnaître le besoin d'accroître les capacités dans les programmes nationaux de formation.
- Étudier les mesures correctrices à prendre dans le cas des diplômés en pharmacie de l'étranger qui échouent aux contrôles d'octroi du permis d'exercer au Canada de manière à aider ceux-ci à se conformer aux exigences de compétence de base et aux critères d'autorisation d'exercer.

Ordre des infirmières de Victoria (OIV)

Solutions :

- L'OIV appuie le Conseil dans l'accent général qu'il met sur la facilitation de la collaboration interprofessionnelle (équipes multidisciplinaires de soins) au lieu de s'attacher uniquement aux questions d'offre de main-d'œuvre dans des professions en particulier.

Annexe IV : Champs d'exercice

Association médicale canadienne (AMC)

La planification des effectifs médicaux (mise à jour 2003 – Politique de l'AMC)

Problèmes :

- Il faut plus clairement délimiter les champs d'exercice et mieux définir les interactions optimales entre les médecins en soins primaires, les omnipraticiens et les spécialistes, plus particulièrement dans les grandes régions urbaines où ces groupes sont appelés à coexister. Il est également bon de définir le rôle à jouer et les meilleures interactions possibles avec les autres professionnels de la santé, ce qui comprend notamment les infirmières et infirmiers de spécialité, les nutritionnistes, les physiothérapeutes et les pharmaciens.

Association médicale canadienne (AMC), Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et Association des pharmaciens du Canada (APC)

Déclaration commune, 2003

Solutions :

- Les décisions de politique publique qui portent sur les champs d'exercice doivent mettre les patients au premier plan.
- L'habilitation des champs d'exercice devrait faire appel à des principes de professionnalisme, d'apprentissage continu et de protection des patients.
- Il est nécessaire de reconnaître la nécessité de modifications des lois et des règlements pour le soutien de l'évolution des champs d'exercice.
- Les professionnels de la santé doivent être associés aux décisions qui se prennent dans ce domaine.
- L'AMC, l'AIIC et l'APC proposent les principes et les critères suivants comme garantie de sécurité, de compétence et d'éthique des soins aux patients, ce qui devrait guider les gens dans la délimitation des champs d'exercice des professionnels de la santé :

Principes

- *Orientation* : L'énoncé de domaine de pratique devrait favoriser des soins de sécurité, d'éthique et de qualité qui répondent aux besoins des patients et de la population, et ce, par des soignants compétents en temps utile et à un prix abordable.
- *Souplesse* : Il faut une stratégie de souplesse qui permette aux soignants d'exercer dans la mesure de leur éducation, de leur formation, de leurs capacités, de leurs connaissances, de leur expérience, de leurs compétences et de leur jugement, tout en restant à l'écoute des besoins des patients et du public.

- *Collaboration et coopération* : Pour le soutien de modes interdisciplinaires de prestation de soins et de l'obtention de bons résultats de santé, les médecins, les infirmières et infirmiers et les pharmaciens devraient s'adonner à une pratique en collaboration avec d'autres soignants qualifiés et convenablement formés qui adhèrent dans la mesure du possible à une pratique « factuelle » ou par données probantes.
- *Coordination* : Un soignant qualifié devrait coordonner les soins individuels aux patients.
- *Choix du patient* : Dans la délimitation des champs d'exercice, on devrait tenir compte du choix d'un soignant que fait le patient.

Critères

- *Reddition de comptes* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte du degré d'obligation redditionnelle, de responsabilité et d'autorité qu'assume le soignant pour les résultats de sa pratique.
- *Formation* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte de l'étendue, de la profondeur et de l'utilité de la formation et de l'éducation reçues par le soignant. Il faut notamment prendre en considération l'importance du (des) programme(s) d'études autorisé(s) ou approuvé(s), de l'agrément de l'intéressé et du maintien de sa compétence.
- *Compétences et normes de pratique* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte de l'importance des connaissances, des valeurs, des attitudes et des capacités du groupe de soignants.
- *Assurance et amélioration de la qualité* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte des mesures d'assurance et d'amélioration de la qualité qui ont été adoptées pour la protection des patients et du public.
- *Évaluation des risques* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte des risques pour les patients.
- *Pratique « factuelle » ou par données probantes* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte de l'importance de données scientifiques valables – s'il en existe – pour la pratique du groupe de soignants.
- *Cadre et culture* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte du lieu, du contexte et de la culture où se fait la pratique.
- *Responsabilité professionnelle et assurances* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte de la jurisprudence et de la responsabilité professionnelle qu'assume le soignant, ce qui comprend la protection mutuelle pour faute professionnelle ou l'assurance en responsabilité civile.
- *Réglementation* : La délimitation des champs d'exercice devrait tenir compte, s'il y a lieu, des pouvoirs conférés aux soignants par les lois et les règlements.

Association canadienne de protection médicale (ACPM)

Problèmes :

- La pratique en collaboration présente de sérieux risques aussi pour la prestation de soins en estompant les lignes de démarcation entre les responsabilités établies et en soulevant de nouvelles questions de reddition de comptes et de responsabilité civile. Cette évolution en cours est source de nouvelles difficultés en matière de responsabilité professionnelle pour les médecins en particulier.
- Le phénomène est peut-être difficile à chiffrer, mais on constate de plus en plus que des problèmes de ce genre « refroidissent » les médecins dans leur volonté de participer à l'application des nouveaux modèles de prestation de soins. Ces conditions risquent de compromettre les fruits à tirer de la pratique en collaboration et de la sortie de certains actes médicaux du coûteux cadre hospitalier.

Solutions :

- Pour que le système soit viable et durable, on doit s'attacher aux problèmes de responsabilité civile que posent les nouveaux modèles de prestation.
- La grande solution à ce problème est relativement simple : le législateur devrait exiger de tous les professionnels de la santé qu'ils acquièrent une protection suffisante en responsabilité professionnelle comme condition préalable de l'autorisation d'exercer.

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC)

Problèmes :

- Pour l'instant, il n'y a pas de titre par lequel le législateur reconnaisse dans tous les secteurs de compétence canadiens les infirmières et infirmiers autorisés s'adonnant à une pratique élargie ou étendue.
- On peut s'inquiéter de la sécurité des patients lorsque les effectifs se trouvent réduits à des niveaux que le personnel infirmier juge dangereux pour la qualité des soins aux patients.
- On s'inquiète aussi de la capacité de ce personnel à continuer à donner des soins aux patients en toute sécurité lorsqu'on l'oblige à faire de longues heures supplémentaires et des quarts en succession sans repos.

Solutions :

- *Voir ci-après la prise de position commune de l'ACPM et de la SPIIC « sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative ».*

Association canadienne de protection médicale (ACPM) et Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC)

Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative, 2005

Problèmes :

- Si un patient intente des poursuites à l'égard du traitement qu'il a reçu, il est probable que tous les professionnels de la santé associés à ce traitement soient mis en cause comme défendeurs, de même que l'établissement de traitement. Si le tribunal conclut à la négligence, il peut y avoir une triple incidence financière sur les défendeurs (1) en responsabilité directe, (2) en responsabilité du fait d'autrui et (3) en responsabilité conjointe et solidaire.
 - Il est donc essentiel que les médecins et les infirmières et infirmiers praticiens dans une pratique en collaboration vérifient si tous les membres de l'équipe et l'établissement se sont dotés d'une protection suffisante en responsabilité professionnelle au début de cette collaboration et s'ils la maintiennent.

Solutions :

- Tous les membres de l'équipe de soignants et l'établissement doivent jouir d'une protection appropriée et suffisante en responsabilité professionnelle à leur propre bénéfice et au profit des patients qu'ils traitent.
- Les soignants devraient prendre les mesures suivantes pour diminuer les risques auxquels sont exposés les professionnels de la santé dans une pratique en collaboration:
 - ils devraient acquérir une protection et/ou une assurance appropriées et suffisantes en responsabilité professionnelle;
 - ils devraient vérifier l'acquisition et le maintien d'une protection et/ou d'une assurance correspondantes chez les autres membres de l'équipe de soins.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

Prise de position de l'AIIC sur des milieux de travail de qualité pour les infirmières, 2001

Solutions :

- Les modèles de prestation de soins doivent reconnaître le rôle unique que jouent les infirmières et les infirmiers dans le système de santé et leur permettre d'exercer dans toute la mesure de leur formation et de leur expérience.
- À tous les paliers de l'organisme, le personnel infirmier doit être associé aux décisions qui influent sur la pratique infirmière, les soins aux patients ou le milieu de travail.
- Les infirmières et infirmiers autorisés doivent déterminer comment et quand des travailleurs non réglementés de la santé peuvent aider en toute sécurité à l'accomplissement des tâches

infirmières. Il ne faudrait jamais compromettre la sécurité des patients en recourant à des travailleurs moins qualifiés pour des tâches exigeant les compétences du personnel infirmier autorisé.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI)

Énoncé de position commun sur les exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière, 2004

Solutions :

- L'obtention du baccalauréat en sciences infirmières est la norme de formation pour l'accession à la pratique des infirmières et infirmiers autorisés au Canada.
- La responsabilité de l'application de cette règle d'accession à la profession est partagée par les divers infirmiers et infirmières, les organismes de réglementation de la profession, les associations infirmières, les organismes employeurs, les établissements d'enseignement et les gouvernements.
- À l'heure actuelle, les normes d'accession à la pratique des infirmières et infirmiers praticiens (IP) varient selon les régions du pays. Il reste que, en mars 2006, l'Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens (ICIIP) recommandera des critères d'accession à la pratique pour les IP en soins primaires au Canada.

Collège des médecins de famille du Canada

Problèmes :

- Les pénuries de médecins de famille et l'évolution des tendances de la pratique chez d'autres spécialistes ont créé des indisponibilités dans certains services, plus particulièrement dans les services de santé mentale et d'obstétrique.
- Plus de médecins de famille sont entrés en spécialité, d'où un rétrécissement de disponibilités déjà moindres en médecins de famille.

Solutions :

- Comme pierre angulaire de la médecine familiale, il devrait y avoir des soins personnels, globaux et continus assurés par des médecins de famille intégrés ou rattachés à des groupes, à des réseaux ou à des équipes.
- On devrait instituer dans les diverses provinces et territoires des encouragements financiers à la prestation de soins globaux par les médecins de famille et les groupes, réseaux et équipes de médecine familiale.

- On devrait reconnaître les médecins de famille et leur prêter, dans leur formation et leur pratique, un soutien approprié pour qu'ils puissent faire intégrante du système de santé publique au Canada.

Organisation nationale de la santé autochtone

Solutions :

- La question des champs d'exercice doit être l'objet de recherches, de collaborations et de partenariats plus poussés.

Annexe V : Pratiques en milieu de travail

Collège canadien des directeurs de services de santé

Questions de leadership

Problèmes :

- La difficulté de recruter et de maintenir en poste les dirigeants, l'épuisement professionnel, le roulement rapide de la main-d'œuvre, le vieillissement des cadres supérieurs, l'absence de planification de la relève, les défis que présentent la formation et le mentorat de la prochaine génération de cadres et enfin la difficulté que l'on a à persuader les gens d'accepter des tâches de plus en plus exigeantes de direction sont autant de signes avant-coureurs d'une crise sinon présente du moins imminente du leadership.
- On a du mal à trouver des dirigeants ayant une expérience de l'étendue et de la profondeur voulues pour la direction des organismes aux facettes multiples du monde de la santé d'aujourd'hui. Le maintien en poste de dirigeants qualifiés est aussi un sujet d'inquiétude grandissant. Les exigences qui se multiplient et la politisation croissante des tâches de direction font souvent que les candidats qualifiés se mettent en quête d'autres perspectives de carrière.

Solutions :

- On devrait tenir compte des questions de leadership dans une stratégie complète de ressources humaines de la santé pour pouvoir résoudre les problèmes de pénurie.

Association médicale canadienne

Problèmes :

- Il se pose un problème de répartition géographique des ressources médicales. Il devrait y avoir des encouragements qui permettent de maintenir le personnel en place à long terme.
- Le cadre actuel de pratique qu'ont fait naître les compressions radicales de dépenses en santé rend le recrutement de médecins plus difficile que jamais.
- Les caractéristiques démographiques de la population canadienne ajoutent aux difficultés de la pratique médicale.
- Une population qui vieillit demande plus de soins.
- On s'attend à ce que les médecins accroissent leur pratique de manière à compenser le départ des collègues qui ont pris leur retraite ou gagné des lieux plus cléments.

- Au milieu de ces nouvelles contraintes que connaissent les services de santé, le public est exaspéré de ce qu'il perçoit comme le démantèlement du système de santé publique. L'obligation de retenir les médecins établis tient une bien plus grande place dans le reste de sympathie que peut manifester le public.
- Des changements s'opèrent dans la nature de la pratique, surtout en médecine familiale. Les médecins de famille rendent, après les heures ou en disponibilité, moins de services qu'ils n'avaient l'habitude de le faire.

Solutions :

- Pour résoudre les problèmes de répartition géographique, il faudra prendre les mesures suivantes :
 - se donner des programmes conçus pour attirer les médecins et les retenir dans les collectivités mal desservies (dans de tels programmes, on devrait instituer les encouragements systématiques et souples et répondre aux besoins professionnels, personnels et sociaux des médecins dans la planification de leur carrière);
 - créer des possibilités de perfectionnement personnel, des stimulants financiers, un soutien en suppléance, des perspectives d'emploi du conjoint et des possibilités d'éducation pour les enfants, autant de facteurs clés dont il faut tenir compte;
 - augmenter le nombre et la valeur des bourses pour les stages au choix en milieu rural;
 - désigner des centres de recyclage pour les médecins qui terminent des affectations dans des collectivités mal desservies;
 - concevoir des mesures de recrutement et des encouragements plus efficaces pour les futurs médecins des programmes de pratique familiale qui ont plus de chances d'exercer en milieu rural et qui, fait étonnant, ont été négligés jusqu'à présent dans les stratégies de recrutement.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

Prise de position de l'AIIC sur des milieux de travail de qualité pour les infirmières (2001)

Solutions :

- Le personnel infirmier a l'obligation devant ses clients d'exiger un *milieu de travail qui prête le soutien organisationnel et humain nécessaire à la sécurité, à la compétence et à l'éthique des soins infirmiers*. Un milieu de qualité pour le travail infirmier est un milieu qui épouse les besoins et les buts de l'infirmière ou de l'infirmier, tout en aidant le patient ou le client à atteindre ses propres objectifs en matière de santé dans les limites des coûts et le cadre de qualité imposés par l'établissement de soins.
- L'AIIC s'engage à donner en permanence des possibilités et de l'aide au personnel infirmier pour l'acquisition et le maintien de ses compétences en formation continue, dans les études, en formation en cours d'emploi et par le mentorat.

- On doit appliquer dans tous les milieux des politiques de promotion de la santé, de la sécurité et du bien-être personnel des infirmières et infirmiers. Les conditions suivantes doivent être réunies :
 - Il faut des politiques de tolérance zéro de la violence en milieu de travail.
 - Il faut un matériel moderne et bien entretenu et des locaux suffisants – on doit alors tenir compte de la participation des soignants de première ligne à la prise de décisions – pour les besoins des patients.
 - Il faut que le personnel infirmier ait la souplesse voulue pour régler ses heures de pratique en fonctions des besoins tant individuels qu’organisationnels.
 - Il faut que l’infirmière ou l’infirmier soit maître de ses décisions au moment de déterminer quand et si il peut faire des heures supplémentaires (on ne devrait pas assimiler à une « grève du zèle » l’aveu de l’incapacité de faire des heures supplémentaires).
 - Il faut que le milieu de travail favorise de libres communications.
 - Il faut que des politiques et des protocoles de soutien soient en place pour que le personnel infirmier puisse résoudre les questions professionnelles de pratique.
 - Il faut de ces politiques et de ces protocoles pour que le personnel infirmier puisse résoudre les questions éthiques, dont les questions de dénonciation des mauvaises pratiques.

L’AICC et la sécurité des patients, 2003

Problèmes :

- Les pénuries de personnel infirmier autorisé qui s’accroissent, l’adoption de pratiques de dotation peu appropriées et les mesures de sous-dotation et de « déqualification » des services de santé représentent une sérieuse menace pour la sécurité des patients et jouent un rôle dans les cas de « défaut de porter secours ».
- Le milieu de pratique aide ou nuit à la prestation sécuritaire de soins par la profession infirmière et les autres professions de la santé. La création et le soutien de milieux professionnels de qualité pour la pratique sont une responsabilité que partagent les praticiens, les employeurs, les gouvernants, les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les établissements d’enseignement, les syndicats et le public.

Solutions :

- Pour assurer la protection des patients, il faut une grande diversité de mesures au niveau de l’infirmière ou de l’infirmier, de la profession, de l’équipe multidisciplinaire, de l’établissement de soins et du système de santé. On doit notamment prévoir dans les soins infirmiers un soutien clinique suffisant du personnel par les gestionnaires. Il est également

essentiel pour la sécurité des patients que des données sur ces soins soient recueillies et interprétées à l'échelle nationale aux fins de la recherche sur les pratiques infirmières exemplaires.

Organisation nationale de la santé autochtone

Solutions :

- Promouvoir des milieux de soutien et d'adaptation culturelle tant dans les établissements d'enseignement que dans les lieux de travail afin de renforcer la mobilisation et le maintien en place de la population étudiante autochtone et des effectifs (autochtones ou non) des professions de la santé.

Rapports nationaux de recherche

Problèmes :

- De 1997 à 2002, le taux d'absentéisme a augmenté de 16,2 % chez les infirmières et infirmiers autorisés (IA) et, chaque année, le taux des travailleurs à plein temps était de moitié environ supérieur à celui des travailleurs à temps partiel. Ajoutons que, en 2002, le taux des IA à plein temps dépassait de 83 % celui des travailleurs en général. Cette année-là, il s'est perdu au total 19,6 millions d'heures par absentéisme, ce qui équivaut à 10 808 postes à plein temps (CSPC, 2002).
- En ramenant le taux d'absentéisme des IA à la moyenne canadienne en 2001, on aurait remis dans le système l'équivalent de 3 500 postes à plein temps (CSPC, 2002).
- Dans le cas du personnel infirmier, l'âge moyen de la retraite est de 56 ans. À supposer que tous les IA restent au travail jusqu'à l'âge de 55 ans, le Canada devrait perdre d'ici 2006 64 248 IA par passage à la retraite ou décès, ce qui équivaut à 28 % de la main-d'œuvre en 2001 (O'Brien-Pallas, 2003).
- À l'heure actuelle, on dénombre 44 499 IA de moins de 35 ans; c'est 19 749 de moins que le nombre d'IA s'appêtant à prendre leur retraite (ICIS, 2004).

Solutions :

- Il faut 16 000 infirmières et infirmiers de plus pour que le rapport nombre d'infirmiers-nombre d'habitants soit le même aujourd'hui qu'il y a 10 ans au Canada (CCCSI, 2002).
- En améliorant les conditions de travail, on se trouverait en réalité à réduire cette pénurie de plus de 35 % (CCCSI, 2002).

Étude du secteur infirmier – Construire l’avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada, 2005

Solutions :

- Recourir à des pratiques « factuelles » ou par données probantes pour éclairer les décisions de dotation et, plus précisément, les décisions de recrutement et de maintien en poste.
- Recourir à des mécanismes efficaces et efficients pour résoudre les problèmes de charge de travail et améliorer les résultats des patients, des soignants et des systèmes.
- Créer des milieux de travail qui optimisent les résultats des patients, des soignants et des systèmes.
- Améliorer et sauvegarder la santé et la sécurité du personnel infirmier.
- Trouver des moyens novateurs d’enrichir l’expérience clinique en formation infirmière.
- Rendre le personnel infirmier le plus capable d’occuper tout le champ de ses attributions.

Annexe VI : Planification des ressources humaines en santé

Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Problèmes :

- À l'heure actuelle, on ne produit pas assez de médecins pour répondre à la demande future.

Solutions :

- Pour conserver le rapport actuel nombre de médecins-nombre d'habitants de 1,9:1 000, le Canada devra porter annuellement les effectifs des écoles de médecine à 2 500 étudiants d'ici 2007; le nombre approximatif d'inscriptions est maintenant de 2 000.
- Il faudra aussi chaque année 500 diplômés en médecine de l'étranger pour compenser les départs par l'émigration et d'autres voies de sortie.

Association canadienne des radiologistes

Problèmes :

- On dénombre actuellement 150 postes vacants de radiologiste à plein temps au Canada (c'est 8 % de toute la main-d'œuvre en radiologie). Le nombre de ces vacances est presque triple aujourd'hui qu'en 1995 (avant que les compressions ne fassent sentir leurs effets). Ces vacances correspondent à des postes approuvés du gouvernement et font voir un problème d'accès aux soins pour les patients canadiens.
- Chaque année, de 30 à 40 radiologistes font part de leur intention de prendre leur retraite dans les quelques années qui suivent et près de 10 % de la main-d'œuvre en place est déjà âgée de plus de 65 ans.
- Comme on prévoit que la population canadienne s'accroîtra de 18 % ces 20 prochaines années, on peut s'attendre à une pénurie estimée à plus de 500 radiologistes d'ici 2024 si on ne remédie pas à la situation. Dans cette estimation, on ne tient pas compte de ce que la population âgée augmentera de 63 % dans la même période, ce qui fera encore plus monter la demande de services d'imagerie médicale.
- Le rapport actuel nombre de radiologistes-nombre d'habitants s'établit à 1:18 000, mais il conviendrait de viser un rapport 1:13 000.

Solutions :

- Accroître immédiatement (au moins du quart) le nombre de postes de résidence en radiologie au Canada.
- Enrichir les choix de carrière des étudiants en médecine de tout le pays en permettant des changements de programmes de formation en période de résidence.

- Accroître le nombre de postes de formation de réaccession ou de réintégration en radiologie pour que les médecins en exercice aient la possibilité d'entrer dans un programme de résidence.
- Créer un programme de maintien en poste et de rapatriement des radiologistes canadiens.

Association médicale canadienne (AMC)

Problèmes :

- Le Canada a besoin de produire au moins 2 500 diplômés en médecine chaque année pour répondre aux besoins de la population, mais on estime à seulement 1 773 le nombre de diplômés cette année (2005). Autre aspect important, l'âge moyen des médecins canadiens est de 49 ans; il y en a 30 % qui ont 55 ans et plus.
- On prévoit que quelque 3 800 médecins canadiens prendront leur retraite ces deux prochaines années; c'est plus du double du taux de recrutement.
- Le Canada se classe au 24^e rang parmi les 30 pays membres de l'OCDE pour ce qui est de l'accès à un médecin.
- Près de 4 millions de Canadiens (un sur six) n'ont pas accès à un médecin de famille.
- La population québécoise est privée d'un médecin de famille dans une proportion de 25 %.
- Dans une proportion de 60 %, les médecins limitent le nombre de nouveaux patients qu'ils reçoivent en consultation ou n'en reçoivent pas du tout de nouveaux.
- Dans une proportion de 26 %, les médecins prévoient réduire le nombre de leurs heures de travail; il y en a que 4 % qui envisagent de faire le contraire et d'ainsi allonger leur semaine de travail.
- La planification des ressources médicales est complexe. On doit trouver un équilibre « abordable » entre les besoins et les attentes de la population en matière de santé et d'activité médicale, d'une part, et la répartition des médecins, d'autre part.
- Il faut tenir compte des besoins uniques des collectivités rurales ou éloignées du pays en général et des populations dispersées des régions septentrionales en particulier.
- Dans la planification de l'offre de main-d'œuvre, il est essentiel non seulement de prévoir le nombre de médecins dont on a besoin, mais aussi de mesurer l'offre probable d'activité professionnelle.
- L'évolution des modes de vie chez les médecins et les variations de la composition démographique (proportion croissante de femmes, par exemple) influent sur l'accès des Canadiens aux médecins.

- Un autre facteur est l'incidence des modèles de pratique et des régimes de rémunération nouveaux qui sont adoptés afin d'assurer des soins plus complets aux divers patients. Le passage qui s'opère à de nouveaux modèles de rémunération et de pratique en collaboration est de nature ou non à alourdir les charges administratives des médecins et à diminuer le nombre de patients qu'ils peuvent recevoir en consultation et traiter, d'où l'éventuelle nécessité d'ajouter des médecins.

Solutions :

- Pour répondre aux besoins de la population, le Canada doit produire au moins 2 500 diplômés en médecine chaque année.
- Pour concevoir et réaliser des initiatives en planification des ressources médicales, les gouvernements doivent collaborer avec la profession médicale à l'élaboration de politiques à la fois adaptées aux besoins de la population et abordables. Il faut donc se donner de la souplesse, notamment dans les rouages complexes des politiques de recrutement et de formation. Enfin, une planification efficace exige des consultations permanentes et significatives.
- Pour que la planification des ressources médicales ait un maximum d'efficacité, les conditions suivantes doivent être réunies : a) le gouvernement et la profession doivent revoir conjointement et constamment, dans un cycle de planification de cinq ans, les politiques relatives aux ressources médicales, y compris dans le secteur de la formation de base et de la formation supérieure des médecins; b) dans les tentatives de gestion de la croissance de l'offre de médecins par des changements de recrutement en formation médicale de base ou des changements de places en formation postdiplôme, on doit tenir compte de tous les facteurs qui contribuent à l'existence d'une main-d'œuvre médicale suffisante, notamment du nombre de diplômés canadiens en médecine, de l'offre et du type de diplômés de l'étranger, des taux d'attrition et de l'évolution des tendances de la pratique.
- Dans la planification de la prestation de services médicaux en fonction de l'évolution des besoins en santé, on devrait s'employer à disposer des bons médecins aux bons endroits pour les bonnes choses. Il faut ainsi évaluer l'offre, la répartition et le champ d'activité des différents groupes de médecins et des autres professionnels de la santé. On doit également reconnaître l'évolution de la prestation de services qui s'opère avec l'apparition de nouvelles technologies et les variations de la prévalence d'un certain nombre d'affections.
- L'équilibre entre médecins de famille et spécialistes et les types de services spécialisés disponibles influent sur la nature des services médicaux. Dans la planification, on doit prendre acte de l'incidence sur l'offre de médecins de l'accent que l'on met actuellement sur un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à une grande diversité de services médicaux et de services de santé; on doit tenir compte tant de la montée des préoccupations populaires au sujet de l'accès aux médecins de famille que de la demande qui s'attache aux services plus avancés qu'assurent les spécialités.
- L'AMC reconnaît l'importante contribution que les diplômés internationaux en médecine (DIM) ont apportée et continuent à apporter aux services médicaux, à l'enseignement et à la

recherche au Canada. Il reste que l'objectif de la recherche d'un degré raisonnable d'autosuffisance doit primer pour toute la diversité des disciplines médicales. Par autosuffisance, on entend le fait que la production annuelle en formation de base et en formation supérieure des écoles canadiennes de médecine réponde aux besoins de la population du pays en services médicaux. Si on corrige les insuffisances actuelles des effectifs médicaux et garantit une offre suffisante de médecins pour l'avenir, un plus grand nombre de citoyens et d'immigrants reçus pourront rivaliser avec succès pour l'accession aux écoles médicales. On aura moins besoin d'attirer des médecins de l'étranger, souvent de pays où les besoins en services médicaux excèdent les besoins canadiens.

- Dans ce contexte, il importe aussi de faciliter tant le maintien en place des médecins qui reçoivent une formation supérieure au Canada que le rapatriement de ceux qui ont émigré. À cette fin, il faut promouvoir un milieu de travail et une infrastructure des services de santé – avec sa partie « formation » – favorables à ce maintien et à ce rapatriement.
- On a besoin d'un nombre suffisant de postes de formation postdiplôme pour accueillir les diplômés du pays et de l'étranger en médecine et les médecins en exercice désireux de se recycler dans une spécialité.
- On devrait constituer un nouveau fonds de réinvestissement en santé, dont les coûts seraient partagés par les gouvernements fédéral et provinciaux, afin de s'attaquer aux pénuries criantes de soignants.
- On a besoin d'une stratégie nationale des ressources humaines de la santé pour mieux mettre fin à l'évolution en dents de scie de ces ressources, et ce, en se dotant d'une stratégie d'intégration en matière de planification des ressources humaines en santé.
- Dans une telle stratégie nationale, on tiendrait compte des variations démographiques et reconnaîtrait le besoin d'accroître le nombre de postes de formation médicale postdiplôme pour comprimer cet arriéré de plusieurs centaines de diplômés de l'étranger qui se trouvent déjà au Canada, mais qui sont incapables d'entrer dans des programmes de formation pour répondre aux exigences de compétence déterminant l'accession à la pratique au pays.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

Mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes, 2002

Solutions :

- Le gouvernement fédéral devrait jouer un grand rôle dans l'élaboration d'une stratégie d'intégration pancanadienne qui porte sur les questions d'éducation, de milieu de travail et d'emploi, ainsi que sur les champs d'exercice, l'éducation permanente et la formation.
- Il doit en particulier diriger les efforts de recherche et de collecte de données nécessaires au soutien de l'élaboration et de l'évaluation de cette stratégie.

- Il devrait créer un institut des ressources humaines de la santé qui :
 - ferait de la recherche sur la productivité et l'organisation de ces ressources avec les modèles de prestation de soins, les dosages de compétences, les structures d'équipe et l'efficacité des interventions;
 - soutiendrait la formation infirmière et la création de capacités dans ce domaine;
 - faciliterait l'accès à l'éducation permanente et à l'apprentissage continu;
 - coordonnerait les encouragements à l'affectation des professionnels de la santé aux régions rurales ou éloignées.

- Le gouvernement fédéral devrait assurer l'avenir de notre système de santé en financement public et sans but lucratif en :
 - investissant dans l'élaboration d'un cadre pancanadien de planification des ressources humaines dans le secteur de la santé;
 - investissant dans des mesures visant à ménager une pleine intégration du personnel infirmier formé à l'étranger au système de santé du pays;
 - affectant des fonds à la conception et à l'application d'un plan de gestion des ressources humaines comme soutien de la prestation de services de santé de qualité aux Premières nations et aux Inuits;
 - dirigeant les travaux d'élaboration d'un cadre pancanadien à l'intérieur duquel les gouvernements provinciaux et territoriaux puissent concevoir et coordonner leurs plans de mobilisation et de maintien du capital humain dans le secteur de la santé. Ce cadre comporterait des principes comme les suivants :
 - pratique interdisciplinaire;
 - soins en fonction des besoins;
 - intégration à l'échelle des provinces et des territoires;
 - responsabilité budgétaire;
 - orientation globale, c'est-à-dire embrassant toutes les parties du secteur de la santé;
 - planification à court, à moyen et à long terme;
 - utilisation maximale des capacités de tous les fournisseurs de services de santé.

Prise de position de l'AHC sur la collecte de données pour illustrer l'impact de la pratique infirmière, 2001

Solutions :

- Les infirmières et infirmiers autorisés et les autres intervenants du système de prestation de soins ont besoin de renseignements sur la pratique infirmière et ses liens avec les résultats des patients.
- Il est essentiel de disposer d'un système aux éléments coordonnés de collecte, de stockage et d'extraction de données sur les soins infirmiers au Canada, ainsi que d'enrichir les connaissances et les recherches sur les facteurs déterminants de la qualité des soins infirmiers.

Société canadienne de science de laboratoire médical

Problème :

- Près de la moitié des technologues canadiens de laboratoire médical seront admissibles à la retraite au cours des 10 prochaines années.

Solutions :

- Adopter un cadre plus intégré et plus objectif (par données probantes) de planification des ressources humaines en santé; pour être efficace, cette planification ne saurait se faire dans l'isolement ni sans données précises.
- Centraliser la planification des ressources humaines de la santé sous la direction du Conseil canadien de la santé et selon les recommandations du rapport Romanow; les gouvernements et les professions de la santé doivent travailler ensemble à cette fin.
- Constituer une base nationale de données pour constater l'étendue du problème et définir les besoins à court et à long terme.
- Coordonner et échanger les données sur le marché du travail pour mieux établir de justes prévisions dans un horizon d'au moins trois à cinq ans.
- Coordonner et échanger les données sur les programmes d'études pour s'assurer qu'un nombre suffisant de postes sont disponibles pour la formation des futurs technologues de laboratoire médical.

Collège des médecins de famille du Canada

Sondage national auprès des médecins de famille (SNMF), 2004

Problèmes :

- Les variations démographiques que fait voir le SNMF sont source de profonds changements pour le système de santé et les décideurs des gouvernements devront s'y attaquer.

- Une offre resserrée de médecins nuit à l'accès aux soins et aux temps d'attente de la population. La situation s'aggraverait, puisque environ 10 % des pathologistes, des spécialistes en médecine interne, des chirurgiens généralistes et des oto-rhino-laryngologistes prévoient prendre leur retraite ces deux prochaines années.
- Dans leurs grandes lignes, les données régionales livrent d'autres sombres prévisions; ainsi, 10 % environ des médecins de Terre-Neuve-et-Labrador prévoient quitter cette province d'ici deux ans.
- Un grand nombre de médecins approchent de la retraite. Si on extrapole les données de sondage à l'échelle de la population médicale, jusqu'à 3 800 médecins prévoient prendre une retraite entière dans les deux prochaines années seulement; c'est plus du double du taux actuel de recrutement.
- Les femmes dominent aujourd'hui dans l'accession à la profession, formant plus de la moitié des gens frais émoulus des écoles de médecine; en moyenne, les femmes médecins travaillent environ sept heures de moins par semaine que leurs collègues du sexe opposé; si elles travaillent moins d'heures, c'est surtout qu'elles ont habituellement des responsabilités familiales de plus à assumer.

Solutions :

- D'ici 2008, il devrait y avoir 2 500 places d'entrée en école de médecine au Canada.
- Les écoles de médecine devraient modifier leurs critères d'admission afin d'accueillir plus d'étudiants des milieux autochtones, ruraux ou éloignés et des autres collectivités mal desservies.
- Elles devraient réserver au moins 45 % de toutes les places PGY-1 (première année de formation supérieure) au Canada à la médecine familiale, ainsi qu'inciter et aider les étudiants à choisir ces postes de formation en résidence.
- En collaboration avec les organismes médicaux, les planificateurs de la santé doivent définir ce qui peut être considéré comme un bon dosage durable de diplômés canadiens et étrangers en médecine en fonction des besoins permanents de la population du pays.
- Il faut établir des objectifs et des points de repère nationaux qui soient centrés sur le patient et qui favorisent le bon usage des ressources humaines de la santé, ce qui comprend les médecins de famille.

Les diététistes du Canada

Problèmes :

- Le nombre de praticiens en nutrition est insuffisant compte tenu des besoins de la collectivité et de l'absence de mécanismes de financement de l'accès aux services nutritionnels en fonction de la population; on ignore toutefois le nombre de diététistes qu'il faudrait pour les

besoins non comblés en services de nutrition et un complément de recherche s'impose dans ce domaine.

- Il faut un nombre suffisant de diététistes agréés membres d'équipes interdisciplinaires de soins primaires pour appliquer efficacement les stratégies canadiennes en santé de la population et en habitudes de vie saines.
- L'absence de financement en fonction des besoins de la population crée un accès inéquitable aux services nutritionnels requis malgré des démonstrations répétées de la rentabilité de ces services.

Solutions :

- Les stratégies de santé de la population exigent un rapport minimal de 1 nutritionniste en santé publique pour 50 000 habitants.

Organisation nationale de la santé autochtone

Solutions :

- La planification des ressources humaines de la santé doit innover pour que l'on puisse répondre à la demande d'accès aux guérisseurs traditionnels et aux sages-femmes, ainsi qu'aux pratiques curatives.

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie

Problèmes :

- Le Canada fait face à une pénurie qui correspond à une proportion de 7 % à 9 % de la main-d'œuvre de ce secteur ou à un nombre approximatif de 2 000 à 2 500 pharmaciens.

Étude du secteur infirmier – Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada, 2005

Solutions :

- Élaborer une stratégie pancanadienne de formation infirmière en collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral de manière à produire le nombre voulu de diplômés qualifiés pour les besoins de main-d'œuvre.
- Améliorer la collecte des données pour une meilleure planification des ressources humaines.
- Aux fins de la planification des ressources infirmières, appliquer un cadre de planification des ressources humaines de la santé en fonction des besoins en santé de la population.

- Élaborer des normes qui favoriseront l'attribution d'un numéro d'identification unique aux infirmières et aux infirmiers et faciliteront ainsi le suivi longitudinal de ce personnel dans son cheminement de formation et de carrière, d'où la possibilité d'observer la mobilité interprovinciale, d'établir plus facilement les prévisions de main-d'œuvre et de brosser le tableau des besoins futurs en programmes d'études.

Annexe VII : Initiatives fédérales, provinciales et territoriales dans le domaine des ressources humaines de la santé

INITIATIVES FÉDÉRALES ET FÉDÉRALES-PROVINCIALES-TERRITORIALES :

Santé Canada nous a fourni les renseignements suivants en mai 2005 :

1. STRATÉGIE PANCANADIENNE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

La Stratégie pancanadienne de gestion des ressources humaines de la santé vise généralement à assurer au Canada une main-d'œuvre stable et optimale pour le système de santé, ainsi qu'à soutenir le mouvement général de renouveau des soins. On parviendra à ces fins par trois grandes initiatives :

- « Planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé » (planification RHS);
- « Éducation interdisciplinaire au service de la pratique en collaboration axée sur le patient » (EISPCAP);
- mesures de recrutement et de maintien en poste.

Voici une description sommaire des activités qui soutiennent la réalisation des objectifs de la stratégie pancanadienne RHS :

Planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé

Grâce à l'initiative de planification pancanadienne RHS, on pourra mieux garantir que le Canada disposera en nombre suffisant des bons types de soignants pour les besoins des Canadiens, aujourd'hui et demain.

Voici de grandes activités qui relèvent de cette initiative : amélioration de la collecte de données, de la modélisation et des prévisions RHS et élaboration d'un *cadre de planification pancanadienne en collaboration des ressources humaines de la santé*. Voici ces activités plus en détail :

Amélioration de la collecte de données RHS :

Projet de l'ensemble de données de base

Avec des fonds venant en partie de Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi un ensemble national de données de base (EDB) afin d'orienter la collecte de données RHS pour les autres professions de la santé au Canada. Des consultations publiques sur l'EDB ont eu lieu aux fins de ce projet. Le rapport définitif de l'exercice a été diffusé au site Web de l'ICIS en février 2005.

Projet d'élaboration de bases de données RHS

Santé Canada s'est lié par un accord de contribution pluriannuel à l'ICIS en vue de l'élaboration – pour la première fois – d'une base de données sur l'offre de main-d'œuvre et de systèmes de déclaration à l'échelle nationale dans les groupes professionnels suivants du domaine de la santé : pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, technologues de laboratoire médical et technologues en radiation médicale.

Projet d'amélioration des données sur l'éducation RHS

Santé Canada et Statistique Canada collaborent à l'évaluation et à la déclaration des indicateurs sur l'éducation nécessaires à l'observation de l'offre de main-d'œuvre professionnelle de la santé. Les rapports ainsi produits permettront aux décideurs de mieux comprendre comment les étudiants des professions de la santé déterminent ce que sera leur carrière et de cerner les raisons des déperditions d'effectifs et des changements d'orientation des diverses professions de la santé. La collecte de ces données facilitera la planification RHS. Fidèle au cadre de collaboration qu'il s'est donné, Statistique Canada a consulté les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et de l'Éducation, les associations de soignants, l'ICIS, les chercheurs en ressources humaines de la santé et d'autres personnes ou groupes intéressés afin de juger des besoins en données sur l'éducation.

Modélisation et prévision RHS :

Inventaire pancanadien, évaluation et analyse d'écart des modèles de modélisation et de prévision des ressources humaines en santé : Cette activité vise à l'élaboration d'une base de données objectives sur les capacités fédérales, provinciales et territoriales de modélisation en vue d'une évaluation de l'offre et des besoins de soignants.

Cadre de planification pancanadienne en collaboration des ressources humaines de la santé :

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris de dresser un *cadre de planification pancanadienne RHS en collaboration*. Ils élaborent ainsi un cadre de collaboration en se reportant à des exemples éloquentes de bonne planification RHS parmi les secteurs de compétence, le but étant de faciliter une telle collaboration et d'éviter les risques et les chevauchements que crée une planification RHS qui varie selon les secteurs de compétence. Le cadre de planification pancanadienne est mis au point par un sous-comité de planification RHS.

Éducation interprofessionnelle au service d'une pratique en collaboration axée sur le patient (EISPCAP)

Dans le cadre de la stratégie pancanadienne RHS, l'initiative EISPCAP cherche à faciliter l'adoption d'un tel régime de formation interprofessionnelle dans tous les secteurs de la santé. Il s'agit généralement d'accroître la satisfaction des patients et des soignants et, à la fin, les résultats des patients. Voici les objectifs bien précis de l'initiative EISPCAP :

- promouvoir et démontrer les avantages du régime;
- accroître le nombre d'éducateurs prêts à former dans la perspective d'une pratique en collaboration interdisciplinaire axée sur le patient;
- accroître le nombre de professionnels de la santé formés à la pratique interdisciplinaire axée sur le patient aux divers niveaux de la formation d'accession à la pratique, de la formation supérieure et de la formation continue;
- stimuler la communication et le partage des meilleures pratiques en éducation pour cette même pratique.

Cette initiative de cinq ans a donné naissance à plusieurs activités intéressantes en fonction de ses objectifs. Voici des exemples :

Première année (2003-2004) : Établissement des bases

- On a chargé un comité national d'experts de guider les auteurs de l'initiative.
- On a recensé les meilleures pratiques de formation interprofessionnelle par un bilan documentaire et une analyse environnementale.
- On a commandé dix documents de travail et de synthèse traitant d'importantes questions EISPCAP comme les suivantes :
 - entraves tenant aux attitudes, aux perceptions, aux structures et aux règlements sur le plan de la formation interdisciplinaire;
 - principes et méthodes de la formation interdisciplinaire et de la pratique en collaboration axée sur le patient;
 - perfectionnement nécessaire des enseignants en formation interprofessionnelle EISPCAP.
- On prévoit diffuser à l'hiver de 2005 une monographie bilingue de ces recherches.
- En février 2004, on s'est rendu à cinq endroits en tournée d'études au Royaume-Uni pour se renseigner sur l'évolution internationale EISPCAP.
- On a dressé un cadre de communication stratégique pour la diffusion de renseignements sur l'initiative.
- On a tenu une réunion nationale des intervenants à laquelle ont assisté plus de 100 personnes le 31 mars 2004.

- On a commandé des documents de travail sur les questions d'agrément et d'autorisation, ainsi qu'un plan de diffusion.
- On a préparé une demande de propositions pour un programme de financement en deux cycles; le lecteur peut s'y reporter au site Web RHS de Santé Canada à l'adresse www.health-human-resources.ca.

De la deuxième à la cinquième année (2004-2008) : Financement de projets de maillage et d'apprentissage pour la pratique en collaboration axée sur le patient

- Dans le cadre de la demande de propositions en deux cycles, on commencera à financer des projets prioritaires au printemps de 2005. Les projets en question dureront jusqu'en mars 2008. Dans le second cycle, le financement de projets débutera en novembre 2005.

Recrutement et maintien en poste

L'initiative de recrutement et de maintien en poste qui relève de la Stratégie pancanadienne RHS aborde les questions qui précèdent en se fixant les objectifs suivants :

- accroître l'intérêt des carrières en santé tant dans l'ensemble que dans les secteurs particuliers où se présentent des pénuries;
- augmenter l'offre de soignants pour en assurer la disponibilité là et où on en a besoin;
- réduire les obstacles auxquels se heurtent les soignants formés à l'étranger;
- améliorer l'utilisation et la répartition actuelles des soignants;
- rendre les lieux de travail plus sains pour les travailleurs de la santé et, ce faisant, soutenir la prestation de soins de grande qualité.

Voici une brève description de plusieurs projets qui sont financés et d'activités qui relèvent de l'initiative du recrutement et du maintien en poste :

Amélioration des ressources humaines médicales dans le Canada rural :

Santé Canada a octroyé des fonds à la Société de la médecine rurale du Canada en vue de l'élaboration de stratégies visant à améliorer le recrutement et le maintien en poste des médecins ruraux, ainsi que les programmes de formation en médecine rurale.

Médecins de famille :

Le Collège des médecins de famille du Canada a engagé des fonds pour relever l'image de la médecine familiale aux yeux de tous les Canadiens, rehausser le rôle de cette discipline médicale dans les programmes d'études du premier cycle des écoles

de médecine et assurer un meilleur soutien aux médecins de famille en soins primaires.

Stratégies d'affectation des ressources humaines de la santé :

Santé Canada a versé des fonds à l'école d'administration publique de l'Université Dalhousie pour l'organisation d'une conférence nationale sur l'innovation en stratégies de déploiement des ressources humaines de la santé.

Campagne de promotion des professions de la santé :

Santé Canada a versé des fonds à l'Association médicale canadienne pour que, en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, celle-ci conçoive et réalise une campagne nationale multimédia portant sur les professions de la santé. En voici les objectifs :

- mieux faire connaître que les soignants sont dignes de notre estime et de notre respect, ce qui est de nature à valoriser moralement les carrières dans les professions de la santé;
- mieux faire connaître que les professionnels de la santé non seulement donnent des soins exemplaires et rendent un précieux service à la population, mais aussi ajoutent de la valeur à l'économie du pays;
- faire valoir l'image des soignants.

Formation continue des soignants :

Santé Canada a produit un bilan documentaire et une analyse environnementale qui ont été à la base d'un rapport sur la formation continue des soignants au Canada. Le document indique les difficultés d'accès à cette formation et les pratiques exemplaires qui amélioreront l'accès et la prestation de services d'éducation permanente pour les soignants des collectivités rurales, éloignées, septentrionales et autochtones du Canada et des quartiers pauvres des villes.

Professionnels de la santé formés à l'étranger :

Diplômés internationaux en médecine (DIM)

Le gouvernement canadien affecte des fonds, en grande partie en provenance de Santé Canada et de RHDC, pour la mise en application des recommandations du groupe de travail qui a étudié les diplômés internationaux en médecine. Pour la plupart, les activités DIM sont bien engagées et un comité directeur en surveille la réalisation. Voici les recommandations du groupe de travail et les activités qui en sont issues :

1. Accroissement des capacités d'évaluation et de préparation des DIM

Santé Canada a engagé des fonds sur trois ans au profit des provinces et des territoires pour des évaluations des DIM sans permis d'exercer qui sont des

citoyens ou des résidents permanents du pays. Chaque secteur de compétence reçoit 60 000 \$ et un surcroît de fonds en proportion de sa population.

2. *Normalisation des critères appliqués aux fins de l'autorisation d'exercer*
Avec un « groupe de concertation nationale en matière d'évaluation » des DIM que finance Santé Canada et que dirige le Conseil médical du Canada, on continue à étudier un mode commun d'évaluation des DIM qui sollicitent l'autorisation d'exercer.

3. *Extension ou élaboration de programmes destinés à aider les DIM à se conformer aux exigences d'octroi du permis d'exercer*
Santé Canada a versé 112 000 \$ à l'Association of International Physicians and Surgeons of Ontario (AIPSO) pour la création d'un site Web; celui-ci a effectivement été lancé en avril 2005 à l'intention des DIM et des intervenants et il renseigne sur les questions d'intégration professionnelle au secteur canadien de la santé.

De plus, RHDCC a affecté des fonds au Conseil médical du Canada (CMC) pour la mise au point d'un outil d'autoévaluation par lequel les candidats puissent juger de leur état de préparation et mieux reconnaître les domaines où ils se doivent d'accroître leurs connaissances et leur compétence.

Enfin, RHDCC a fourni des fonds au CMC en vue de la création d'une « agence nationale de vérification de titres » de manière à rationaliser tout ce qui est vérification des titres de compétence des DIM.

4. *Élaboration de programmes d'initiation pour le soutien des enseignants et des médecins qui travaillent avec les DIM*
Santé Canada a versé des fonds au Conseil médical du Canada pour la création d'un programme interactif d'apprentissage Web portant sur les aspects culturels, juridiques, éthiques et organisationnels de la pratique médicale au Canada.

Ce même ministère a affecté des fonds à l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) pour la mise en place d'un programme national de perfectionnement des enseignants des écoles qui travaillent avec les DIM et d'autres professionnels formés à l'étranger.

5. *Création de capacités de suivi et de recrutement des DIM*
RHDCC a financé le Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (SISPFC) pour l'élaboration d'une base de données qui indique le nombre, les activités et les lieux d'établissement des DIM.

L'Association médicale canadienne (AMC) a reçu 25 000 \$ d'Industrie Canada afin de fournir aux DIM des outils électroniques de rédaction de curriculum vitae en ligne et de recherche et sollicitation d'emplois en médecine et en santé par l'initiative en place *medconnexions.ca*.

6. *Élaboration d'un programme national de recherche et évaluation de la stratégie DIM*

Le Comité d'orientation de la mise en œuvre des recommandations concernant les diplômés internationaux en médecine prévoit l'élaboration d'une grille d'évaluation des initiatives et de la stratégie générale DIM.

Personnel infirmier formé à l'étranger (IFE)

On a chargé un groupe de travail fédéral-provincial-territorial d'examiner la situation des infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE). RHDCC a versé des fonds à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour une analyse des IFE au pays. Les résultats de l'exercice et un rapport rendu public en mai 2005 livreront des indications à ce groupe de travail.

Autres professionnels formés à l'étranger

Le budget de 2005 prévoit 75 millions sur 5 ans pour que l'on puisse hâter et étendre l'évaluation et l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger et ainsi apaiser les inquiétudes des Canadiens au sujet des retards d'accès aux services de santé. Les fonds serviront à évaluer la maîtrise clinique, les connaissances, la compétence linguistique et les activités antérieures d'apprentissage des professionnels de la santé formés à l'étranger, ainsi qu'à accroître le nombre de stages cliniques pour le corps médical, le corps infirmier et les autres professions réglementées de la santé.

On a récemment entrepris des consultations concernant les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les technologues de laboratoire médical, les technologues en radiation médicale et les pharmaciens formés à l'étranger. Les représentants de ces cinq professions et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont réunis en septembre et décembre 2004 pour examiner les obstacles communs à ces professions et recommander des changements collectifs possibles.

Champs d'exercice

On a réservé une partie des fonds de la stratégie RHS pour des travaux de développement dans ce domaine.

Initiative en matière de milieu de travail sain (IMTS) :

L'IMTS vise principalement à soutenir ce que font actuellement les organismes de santé pour créer et conserver un milieu de travail sain. C'est qu'un tel milieu donne des résultats positifs chez les travailleurs et est source de gains de qualité des services de santé, de rentabilité et de renouveau de la main-d'œuvre.

Les progrès dépendent de ce qu'on s'attaque aux symptômes d'un milieu de travail malsain, qu'on s'attache à la façon dont les soins de première ligne ou les services de santé liés sont assurés et qu'on soutienne des initiatives locales qui hâtent les progrès à court terme dans un ou plusieurs des secteurs suivants : conditions de travail; santé et bien-être des soignants; satisfaction professionnelle et qualité de la vie au travail.

L'IMTS trouvera et financera directement au niveau local des initiatives novatrices qui favorisent l'adoption de pratiques de milieu de travail sain, frayant ainsi la voie à des changements positifs et jetant les bases d'une vision commune de ce que peut être la santé du milieu de travail.

Santé Canada a versé des fonds à des projets novateurs IMTS de divers organismes proposés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et choisis en vue d'un financement devant débiter au printemps de 2005 en complément – et non en remplacement – d'activités de ces gouvernements et/ou de leur financement.

Activités visant les Premières nations et les Inuits dans le cadre de la stratégie pancanadienne RHS

Les activités qui visent les Premières nations et les Inuits relèvent des trois initiatives de la Stratégie pancanadienne de gestion des ressources humaines de la santé. Elles seront entreprises avec les Premières nations, les Inuits et les partenaires de la Stratégie. Les objectifs de ce volet stratégique sont les suivants :

- concevoir et appliquer une stratégie RHS qui répondra aux besoins particuliers en services de santé des Premières nations et des Inuits;
- s'occuper des enjeux et des priorités actuels, nouveaux ou en émergence dans le domaine des services de santé;
- intégrer les activités RHS qui concernent les Premières nations et les Inuits dans la Stratégie pancanadienne RHS là où il y a lieu de le faire.

Voici des activités qui se rattachent à ce volet stratégique :

- soutenir le programme Journées-carrières de *Feu vert pour l'avenir* de la Fondation nationale des réalisations autochtones (FNRA), qui renseignera les jeunes Autochtones sur les carrières en santé dans une série de salons régionaux des carrières;
- fournir des fonds pour le soutien des travaux de l'APN et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), organisme inuit national, dans la participation aux activités de planification et d'affectation des ressources humaines et dans l'expression des vues des Premières nations et des Inuits en la matière;
- soutenir l'École de médecine du Nord de l'Ontario pour une étude des étudiants autochtones refusés en école de médecine et un projet pilote d'immersion culturelle (avec fonds de contrepartie du Bureau national de l'Ontario de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada), ce qui aidera à rendre les études médicales plus accessibles à ces étudiants et procurera des stages en médecine aux collectivités des Premières nations;
- soutenir l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire pour un projet de poursuite de l'étude des questions de champ d'exercice et de permis d'exercer des représentants en santé communautaire (RSC), ce qui garantira que ces représentants seront bien préparés à la prestation de soins de qualité en santé communautaire et permettra d'établir un mécanisme d'autorisation;
- s'occuper de changements de programmes d'études et de politiques d'admission et de soutien pour les écoles de médecine par l'intermédiaire de l'Association des facultés de médecine du Canada et de son groupe de travail sur les Autochtones;
- mettre en œuvre le programme d'information en classe sur les carrières de la santé de la FNRA, lequel est un programme multimédia de promotion des carrières en santé qui est conçu et réalisé pour la formation en classe des jeunes des Premières nations;
- travailler avec l'Organisation nationale de la santé autochtone à « l'ensemble de données de base » national de l'ICIS pour l'élaboration d'indicateurs sur les travailleurs autochtones de la santé et pour la collecte de données relatives à ces indicateurs;
- soutenir l'Organisation nationale de la santé autochtone pour la tenue d'un forum national sur les sages-femmes autochtones le 27 avril 2005;
- assurer la direction et le compte rendu d'une séance de planification stratégique sur les ressources humaines autochtones en santé avec les partenaires provinciaux, territoriaux et autochtones et les autres partenaires RHS (cette séance a eu lieu les 28 et 29 avril 2005).

2. FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (FASSP)

Entre autres objectifs communs – et convenus par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux – du FASSP, on vise à :

- constituer des équipes interdisciplinaires en soins primaires de sorte que les meilleurs soins soient donnés par les meilleurs soignants;
- accroître la proportion de la population ayant accès à des établissements de soins primaires devant répondre de la prestation planifiée d'un ensemble bien défini de services globaux à une population déterminée;
- assurer un accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux services essentiels.

Voici des projets FASSP qui concernent plus précisément l'initiative RHS :

Amélioration de la collaboration interdisciplinaire (PACI) en soins primaires : Un processus de changement pour le soutien de la pratique en collaboration

La Société canadienne de psychologie a reçu des fonds pour l'élaboration de recommandations et de mécanismes de soutien de l'implantation du rôle des infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires à l'échelle du pays.

Aider à maintenir le système de santé du Canada : Les infirmières et les infirmiers praticiens en soins de santé primaires

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a reçu des fonds en vue de l'élaboration de recommandations et de procédures propres à appuyer l'implantation du rôle des infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires partout au Canada.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada – Stratégie pour les soins infirmiers et Initiative pour l'intégration des soins de santé

Cette initiative vise à régler les questions persistantes de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier, à créer des ressources et des éléments de soutien professionnels durables pour les infirmières et infirmiers travaillant dans les collectivités des Premières nations et des Inuits et à mettre au point des stratégies qui accroîtront le nombre d'Autochtones qui entrent dans les professions de la santé en général et dans la profession infirmière en particulier.

INITIATIVES PROVINCIALES ET TERRITORIALES

Nouvelle-Écosse

Les renseignements suivants ont été fournis par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse en mai 2005.

Planification des ressources humaines en santé

- Un expert-conseil dont les services ont été retenus par les ministres de la Santé et de l'Éducation de la région de l'Atlantique a conçu des méthodes d'établissement de prévisions pour les diverses professions de la santé.
- À l'aide de fonds de Santé Canada pour les activités de planification des ressources humaines en santé, on travaille avec la faculté de médecine de l'Université Dalhousie à une étude de financement où l'accent est mis sur l'imputabilité sociale.
- À l'aide de fonds de Santé Canada pour ces mêmes activités, on apporte des améliorations au répertoire InfoRoute de manière à intégrer les prévisions de planification RHS.
- Grâce à ces mêmes fonds de Santé Canada, on élabore et met en place un programme d'orientation des élèves de l'école secondaire vers les professions de la santé. En visant les jeunes en planification de carrière, on sensibilisera les gens aux possibilités qui s'offrent dans ces professions.
- Avec les fonds mentionnés de Santé Canada, on consulte les intervenants sur les améliorations à apporter au matériel informatique pour accroître l'accès à l'outil Web (HSPnet) de stages cliniques. Ces améliorations faciliteront les tâches de placement des stagiaires dans les collectivités de toute la province.

Soins de santé primaires

- Élaboration d'un cadre de réglementation pour l'inclusion des sages-femmes dans les équipes interprofessionnelles de soins primaires de maternité.
- Initiative « Building a Better Tomorrow » : Avec la Nouvelle-Écosse comme maître d'œuvre, les quatre provinces de l'Atlantique collaborent à la conception et à la réalisation d'un programme de formation des soignants primaires dans l'optique d'une meilleure pratique en collaboration. On a fait l'évaluation des besoins de la région et les travaux de conception des modules de formation sont en cours. La mise en œuvre devrait débuter en juin 2005.

Stratégie relative aux soins infirmiers en Nouvelle-Écosse

- On continue à appliquer la stratégie relative aux soins infirmiers en Nouvelle-Écosse. L'affectation de fonds à la réalisation d'initiatives précises doit passer par le cadre de planification des activités pour l'exercice 2005-2006.
- On termine la planification à long terme des activités qui intéressent le développement du leadership, le champ d'exercice et la formation des infirmières et infirmiers.

Stratégie de recrutement et de maintien en poste en milieu rural ou éloigné pour le personnel infirmier

- On a approuvé en principe la stratégie de recrutement et de maintien en poste en milieu rural ou éloigné pour le personnel infirmier. Dans le cadre budgétaire de cette année, on continue à appliquer les recommandations. On demande des fonds complémentaires en passant par le cadre de planification des activités pour l'exercice 2005-2006.

Territoires du Nord-Ouest

Les renseignements suivants ont été fournis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest en mai 2005.

Initiative de perfectionnement professionnel (IPP)

L'initiative de perfectionnement professionnel (IPP) vise la prestation de services sociosanitaires déterminés par les professionnels et les gestionnaires de première ligne par de meilleures possibilités de perfectionnement professionnel, d'éducation et de formation et par l'affectation de sommes réservées à tout ce qui est facilitation de ce perfectionnement.

Programme de perfectionnement du personnel infirmier en santé communautaire

Le programme de perfectionnement du personnel infirmier en santé communautaire contribuera à assurer des effectifs stables d'infirmières et infirmiers autorisés aux centres de santé communautaire des Territoires du Nord-Ouest par les mesures suivantes :

- aider le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies des services sociosanitaires qui s'y rattachent à faire passer les infirmières et infirmiers autorisés en place dans les régions septentrionales au rôle d'infirmières et infirmiers en santé communautaire;
- faciliter l'acquisition des connaissances, des capacités et des qualités nécessaires à l'exercice des fonctions d'infirmière/infirmier en santé communautaire par des activités de perfectionnement indiquées par un programme de perfectionnement axé sur les compétences.

Certaines de ces initiatives ne se limitent pas aux bourses. Pour attirer et retenir les étudiants du Nord dans les programmes destinés au personnel infirmier, on a créé des bourses avec « services en retour » et ainsi aidé financièrement les intéressés.

Programme de mentorat infirmier

Le programme de mentorat infirmier intègre le nouveau personnel infirmier des régions septentrionales aux milieux de travail des Territoires du Nord-Ouest en prévoyant un perfectionnement professionnel et un soutien clinique pour les nouveaux diplômés. On détermine la nature et la durée du soutien par un programme individualisé de perfectionnement professionnel animé par un éducateur-mentor infirmier.

Optimisation de l'emploi dans le Nord : programme de placement des diplômés en sciences infirmières

On a instauré en 2001 le programme de placement des diplômés en sciences infirmières dans un souci bien arrêté de recruter et de garder tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest qui parviennent au grade ou au diplôme en sciences infirmières, et ce, en offrant des emplois d'une durée indéterminée.

Ce programme contribuera à établir et à maintenir un effectif infirmier autorisé dans les Territoires du Nord-Ouest par les mesures suivantes :

- recruter les nouveaux diplômés dans des postes des Territoires du Nord-Ouest;
- faciliter aux intéressés l'acquisition et le développement des compétences cliniques et de la confiance personnelle pour une pleine intégration aux divers milieux communautaires et professionnels, et ce, en procurant des possibilités de perfectionnement professionnel en milieu de travail.

Bourses destinées aux infirmières et infirmiers praticiens pour des études à temps partiel

Cette bourse est mise à la disposition des résidents des Territoires du Nord-Ouest membres de l'association professionnelle « RNA NT/NU » qui sont admis soit dans un programme d'études à temps partiel destiné aux infirmières et infirmiers praticiens au Collège Aurora à Yellowknife, soit à un programme de baccalauréat ou de maîtrise en pratique avancée dans un établissement postsecondaire reconnu au Canada.

Bourses de congé d'études pour les infirmières et infirmiers praticiens

La bourse de congé d'études du programme destiné aux infirmières et infirmiers praticiens est mise à la disposition des résidents des Territoires du Nord-Ouest qui sont admis à un programme de baccalauréat ou de maîtrise à plein temps dans un établissement postsecondaire reconnu au Canada. Ceux et celles qui postulent cette bourse doivent être des infirmiers autorisés ayant le permis d'exercer dans les Territoires du Nord-Ouest et occupant à plein temps un poste d'une durée indéterminée à la régie des

services sociosanitaires du GTNO ou de Hay River. Les postulants doivent accepter de revenir ou de rester dans les Territoires du Nord-Ouest à la fin de leurs études pour s'acquitter des obligations que leur impose le contrat qu'ils ont signé avec services en retour.

Programme de mentorat en travail social

Ce programme à caractère obligatoire contribuera à retenir les travailleurs sociaux dans les Territoires du Nord-Ouest par les mesures suivantes :

- prêter un soutien aux travailleurs sociaux et à leurs superviseurs nouvellement embauchés;
- favoriser le perfectionnement personnel et professionnel des intéressés, ce qui leur permettra de pleinement s'intégrer aux divers milieux communautaires et professionnels.

Manitoba

Les renseignements suivants ont été fournis par le gouvernement du Manitoba en mai 2005.

Stratégie relative aux soins infirmiers du Manitoba : rapport d'étape quinquennal

Le Manitoba s'est engagé envers le personnel infirmier à deux grands égards :

- formation et recrutement d'un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans une diversité de secteurs d'activité de ce personnel;
- maintien du personnel infirmier dans des lieux de travail qui respectent et optimisent la compétence et l'expérience professionnelles des infirmières et infirmiers pour le bien-être des patients ou des clients.

Le gouvernement manitobain a annoncé l'adoption d'une *stratégie en cinq points* pour les soins infirmiers de manière à répondre aux questions soulevées par les infirmières et infirmiers et les autres intervenants du système de santé. De nets progrès ont été accomplis et plus de mesures encore peuvent être prises et le seront. On prévoit :

1. accroître l'offre de personnel infirmier;
2. rendre le perfectionnement professionnel plus accessible à ce personnel;
3. améliorer l'utilisation du corps infirmier;
4. améliorer les conditions de travail;

5. donner plus de possibilités aux infirmières et infirmiers d'avoir voix au chapitre dans la prise de décisions.

Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones

Dans ce programme, on apprendra à de futures sages-femmes un ensemble mixte de méthodes professionnelles « traditionnelles » (autochtones) et « occidentales » dans une formation qui se donnera tant en classe qu'en milieu clinique. À l'achèvement du programme, les intéressés assureront des services d'obstétrique culturellement adaptés surtout dans les collectivités autochtones éloignées ou septentrionales du Manitoba, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest.

Examen des services médicaux et des services de santé en milieu rural

On a soumis à un examen les services de santé de la régie régionale de la santé d'Assiniboine (ARHA) en milieu rural. Les conclusions suivantes se dégagent du sommaire des résultats :

- Les défis à relever dans l'ARHA ressemblent à ceux qui se présentent en milieu rural partout au Canada et dans le monde.
- Pour le recrutement et le maintien en poste d'un plus grand nombre de médecins en milieu rural, il faudra une meilleure rotation en disponibilité et moins de partage entre les collectivités des responsabilités en matière de services à la demande. On doit résoudre la question des horaires excessifs du personnel en disponibilité à prévoir pour les petites salles d'urgence. Dans les collectivités de moindre taille qui ne peuvent accueillir plus de deux médecins, le régime actuel impose souvent à ceux-ci d'être en disponibilité 24 heures durant tous les deux jours.
- L'établissement d'un régime acceptable de services médicaux à la demande représente une sérieuse difficulté pour le maintien des 20 hôpitaux de l'ARHA.
- La population rurale entend être mieux associée aux décisions qui se prennent sur l'avenir des soins qui leur sont destinés.
- Le « Bureau de la santé en milieu rural et nordique » (Office of Rural and Northern Health) doit continuer à développer son rôle de promotion de la formation, du recrutement et du maintien en poste des médecins et des autres professionnels de la santé en milieu rural ou septentrional au Manitoba.
- Pour améliorer les soins donnés en milieu rural, il faudra une collaboration de la province, des régies régionales de la santé, des collectivités, du « Bureau de la santé en milieu rural et nordique » et des facultés de médecine.

Cadre de recrutement et de maintien en poste pour les médecins en milieu rural

Ce cadre vise à stabiliser l'offre de personnel médical dans le Manitoba rural. Voici les grandes caractéristiques de ce nouveau cadre :

- réduction des responsabilités en disponibilité et en services intercommunautaires des médecins ruraux;
- soutien de méthodes souples de rémunération en fonction des besoins uniques de ces médecins;
- soutien des médecins ruraux qui cherchent à acquérir des spécialités et à parfaire leurs compétences;
- amélioration des services de soutien et d'orientation destinés aux médecins ruraux et à leur famille;
- maintien du soutien prêté aux activités du « Bureau de la santé en milieu rural et nordique ».

Ontario

Les renseignements suivants ont été fournis par le gouvernement ontarien en mai 2005.

L'Ontario s'est doté de plans précis de gestion des ressources humaines de la santé pour le corps médical et le corps infirmier. Une stratégie plus générale est en cours d'élaboration.

L'Ontario a financé un projet coréalisé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Université McMaster et l'Université de Toronto en vue de l'établissement d'un modèle de prestation de services en collaboration et de programmes d'études interdisciplinaires à l'intention des médecins de famille, des infirmières et infirmiers praticiens et des pharmaciens.

De plus, la province a produit divers rapports dont les recommandations ont éclairé la planification RHS sur son territoire. Voici ces documents :

- *Soins infirmiers de qualité : Un gage pour le XXI^e siècle : Rapport du Groupe de travail sur les infirmiers* (janvier 1999);
- *Les médecins de l'Ontario : Trop ou pas assez? L'an 2000 et au-delà;*
- *L'Ontario : chef de file en éducation : Rapport et recommandations* (février 2005, Bob Rae);
- *Accroître la capacité de l'Ontario de planifier les ressources et de former, recruter et maintenir en poste des médecins afin de répondre aux besoins en matière de santé.*

Voici les grandes recommandations du dernier de ces rapports :

1. planifier les services médicaux en fonction des besoins;
2. assurer une formation appropriée;
3. réaliser une juste offre et un juste dosage de services médicaux;
4. attirer les médecins là où on en a besoin.

Terre-Neuve-et-Labrador

Les renseignements suivants ont été fournis par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador en mai 2005.

La planification RHS a débuté dans cette province en 1999 et, depuis, son groupe de planification des ressources humaines (Human Resource Planning Unit) a produit un grand nombre de rapports décrivant des indicateurs clés des effectifs.

Dans son rapport définitif de juillet 2003, le comité directeur de la planification des ressources humaines a fait des recommandations en ce qui concerne la planification intégrée, la direction du système, une offre de main-d'œuvre appropriée, des milieux de travail de qualité et l'obtention de données suffisantes. Voici les grandes recommandations présentées en bref :

- il faut intégrer les ressources humaines de la santé aux buts et objectifs de planification stratégique de la santé au double niveau provincial et régional;
- il faut que les gouvernements provincial et fédéral collaborent avec les intervenants au moment de songer à relever les exigences de formation pour l'accession à la pratique, ce qui doit comprendre une analyse du besoin d'un tel relèvement et de son incidence sur la stabilité des effectifs;
- il faut que les gouvernements et les régies de la santé définissent les compétences minimales que doivent posséder les gestionnaires de système dans les services de santé et les services communautaires et conçoivent des plans d'apprentissage qui déterminent le mode d'acquisition de ces compétences;
- il faut que les établissements d'enseignement ayant des programmes d'études en santé contrôlent les principales questions qui influent sur la disponibilité de personnel enseignant;
- il faut que les régies de la santé assurent un meilleur soutien du préceptorat de concert avec les établissements d'enseignement;
- il faut que les régies de la santé et les établissements d'enseignement collaborent à l'élaboration de programmes d'initiation complets qui préparent les diplômés au monde du travail;

- il faut que le gouvernement soutienne un programme de bourses;
- il faut que les régies de la santé, les associations professionnelles, les syndicats et les autres intervenants dressent un plan de recensement et d'adoption des meilleures pratiques pour des milieux professionnels de qualité;
- il faut que le gouvernement et les régies de la santé travaillent à un plan quinquennal où sera réservé au moins 1 % de la masse salariale à la formation, à l'éducation permanente et aux autres activités de perfectionnement professionnel;
- il faut que les gouvernements et les régies de la santé arrêtent des exigences minimales de déclaration de données sur la charge de travail;
- il faut que les régies de la santé effectuent un sondage type de fin d'emploi pour se renseigner sur les motifs pour lesquels les employés quittent les régies;
- il faut que le gouvernement collabore avec les associations professionnelles à la conception et à la réalisation d'un « ensemble de données de base » que devront produire ces organismes tous les ans.

Saskatchewan

Les renseignements suivants ont été fournis par le gouvernement de la Saskatchewan en 2004 pour le rapport annuel 2005 du Conseil canadien de la santé; un complément d'information a été puisé au site Web de ce même gouvernement en mai 2005.

Un plan d'action provincial produit en 2001 pour les ressources humaines de la santé porte notamment sur le maintien en poste, le recrutement et la formation des professionnels de la santé.

Programme de bourses

Le programme de bourses de Santé Saskatchewan vise au recrutement et au maintien en poste du nombre nécessaire de professionnels de la santé pour les besoins de la population de cette province. Il s'adresse aux étudiants dans une diversité de disciplines de la santé. Comme service en retour, le boursier doit s'engager à occuper un poste en financement public en Saskatchewan.

Le programme comporte trois volets :

1. **Bourses destinées aux soignants.** On vise ici un certain nombre de disciplines de la santé où on éprouve le plus de difficulté à recruter des gens et à les maintenir en poste. Les disciplines bien précises qui sont admissibles changent tous les ans, car on entend adapter la stratégie de recrutement et de maintien en poste à l'évolution des marchés et des systèmes de santé.

2. **Bourses destinées au personnel infirmier.** Il s'agit de bourses qui vont aux gens qui étudient dans diverses disciplines infirmières, que ceux-ci aspirent à devenir infirmières ou infirmiers autorisés (IA), infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés (IPA), infirmières/infirmiers praticiens (IP) ou infirmières/infirmiers praticiens en soins primaires (IPSP). Il s'agit aussi de bourses de réaccession ou de réintégration qui vont à des gens qui ont été formés et ont travaillé en soins infirmiers par le passé et qui désirent revenir à la pratique et être réautorisés. Il s'agit enfin d'infirmières et d'infirmiers en quête d'une maîtrise ou d'un doctorat en éducation dans le domaine infirmier.
3. **Bourses destinées aux médecins.** Dans un large éventail d'initiatives de recrutement et de maintien en poste qui visent les médecins, on prévoit une aide financière pour le personnel médical à divers stades et pour différents types de formation et de pratique.

La brève description qui suit des initiatives RHS des provinces et des territoires est tirée de renseignements fournis en 2004 par les gouvernements provinciaux pour le rapport annuel 2005 du Conseil canadien de la santé. Nous n'avons pas obtenu de renseignements plus à jour pour notre analyse environnementale.

Alberta

« Apprentissage Alberta » et les régies régionales de la santé ont élaboré un plan RHS. « Santé Alberta » et l'Alberta Medical Association ont mis un modèle prévisionnel au point.

Colombie-Britannique

On élabore un plan RHS avec des objectifs de santé et des éléments distincts de planification décennale.

Programme international de stages en milieu rural

Créé en 2003, ce programme vise à favoriser le recrutement rural de professionnels de la santé et à promouvoir la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration axée sur le patient.

Québec

On élabore actuellement un plan RHS en relation avec la refonte en cours du système de santé. La province a lancé un certain nombre d'initiatives en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier et médical.

Nouveau-Brunswick

La province s'est dotée de modèles de prévision de l'offre de main-d'œuvre pour toutes les professions de la santé, donc aussi pour la profession médicale. Elle participe à l'élaboration d'un modèle prévisionnel pour l'éducation et la formation dans la région de l'Atlantique. Elle travaille avec les provinces partenaires de l'Atlantique à la prestation de services de formation interdisciplinaire au profit des professionnels de la santé. Ce programme appelé « *Bâtir un meilleur lendemain* » (*Building a Better Tomorrow*) est financé par l'enveloppe des projets régionaux d'un fonds de transferts pour les soins primaires (Primary Care Transfer Fund). Le Nouveau-Brunswick a lancé des initiatives pour le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé.

Île-du-Prince-Édouard

On a terminé la phase I d'un exercice visant à dresser le profil de toutes les professions de la santé et des services sociaux. La phase II est en cours. On en est à mettre la dernière main à un plan quinquennal pour les ressources humaines du système de santé. L'Île-du-Prince-Édouard met plus l'accent sur la collaboration en milieu de travail, ne disposant pas d'une école de médecine pour faciliter la formation interprofessionnelle. Mentionnons enfin qu'elle a lancé des initiatives pour le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé.

Yukon

Le gouvernement yukonnais a actuellement pour point de mire les questions de recrutement et de maintien en poste, de collaboration en milieu de travail et de prise en charge interdisciplinaire des maladies chroniques.

Nunavut

Le gouvernement met actuellement l'accent sur la télésanté et les questions de recrutement et de maintien en poste.

Liste de documents de référence choisis

Association canadienne de physiothérapie. 2000. *Le personnel de soutien en physiothérapie (prise de position)*. Toronto : ACP.

Association canadienne de protection médicale et Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. 2005. Énoncé commun de l'ACPM et de la SPIIC sur la protection en matière de responsabilité professionnelle des infirmières praticiennes et des médecins en pratique collaborative. Ottawa : ACPM et SPIIC.

Association canadienne des ergothérapeutes. 2001. *Report on the education, supply and distribution of occupational therapists in Canada*. Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.

Association canadienne des radiologistes. 2001. Accès en temps opportun à des soins de qualité – obligation du gouvernement et droit des Canadiens. *Forum de la CAR* 45(3) : 3-4.

Association canadienne des radiologistes. 2001. *Vision 2000: medical imaging services in Canada*. Consultation à l'adresse www.car.ca/politics/index.html.

Association des facultés de médecine du Canada. 2003. Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada 2003. Ottawa : Association des facultés de médecine du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2001. *Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Consultation de ce document et d'autres énoncés de position à l'adresse www.cna-nurses.ca.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2002. *Planifier pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*. Ottawa : AIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2003. Fiche d'information de l'AIIC sur la formation des infirmières et infirmiers autorisés. Ottawa : AIIC.

Association médicale canadienne. 2004. *Les vents du changement : Vers des effectifs médicaux viables au Canada*. Ottawa : AMC.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., et coll. 2001. *Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Fondation pour le changement.

Bleich, M., Hewlett, P., Santos, S., et coll. 2003. Analysis of the nursing workforce crisis: a call for action. *American Journal of Nursing* 103(4) : 66-74.

Centre syndical et patronal du Canada. 2002. *Full-time equivalents and financial costs associated with absenteeism, overtime, and involuntary part-time employment in the nursing profession*. Rapport commandé pour le compte du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Ottawa : Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé et Santé Canada.

Chan, B. 2002. *Du surplus perçu à la pénurie perçue : L'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990?* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Collège canadien des directeurs de services de santé. 2005. An open letter to the Health Council of Canada. *Communiqué* 1(6).

Collège des médecins de famille du Canada. 2003. « Nouveau sondage : Les Canadiens disent que les médecins de famille sont les intervenants les plus importants pour leurs soins de santé et veulent qu'ils soient présents à leur chevet à l'hôpital. » (communiqué et document d'information, 23 octobre 2003). Consultation à l'adresse www.cfpc.ca.

Collège des médecins de famille du Canada. 2004. *La médecine familiale au Canada : Une vision d'avenir*. Mississauga (Ontario) : CMFC. Consultation à l'adresse www.cfpc.ca.

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. 2002. *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes – rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa : CCCSI et Santé Canada.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. 2003. Bulletin intérimaire – Aînés au Canada 2003. Ottawa : Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Étude du secteur infirmier. 2005. *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport final de la phase I*. Consultation à l'adresse www.buildingthefuture.ca/e/study/phase1/reports/PhaseI-Final-Report.pdf.

Fédération canadienne des étudiants en médecine. 2000. *Double jeopardy: the CFMS position on the threat of escalating medical school tuition fees limiting access to medical education in Canada*. Consultation de ce document et d'autres énoncés de vues à l'adresse www.cfms.org/representation/papers.cfm.

Institut canadien d'information sur la santé. 2003. *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2002*. Ottawa : ICIS.

Institut canadien d'information sur la santé. 2004. *Tendances du personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002*. Ottawa : ICIS.

Les diététistes du Canada. 2001. *Le rôle des diététistes professionnels(le)s dans le cadre des soins primaires – Une perspective nationale*. Toronto : Les diététistes du Canada.

Ministère de la Santé de Nouvelle-Écosse. Physician recruitment (page Web). Consultation à l'adresse www.gov.ns.ca/health/physicians/.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Underserviced area program (page Web). Consultation à l'adresse www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap_mn.html.

O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Wang, S., et coll. 2003. Early retirement among RNs: estimating the size of the problem in Canada. *Longwoods Review* 1(4). Consultation à l'adresse www.longwoods.com.

Ordre des infirmières de Victoria. 2005. VON Canada welcomes Health Council of Canada report (communiqué, 28 janvier 2005).

Pearson, P., et Jones, K. 1994. The primary health care non-team? *BMJ* 309 :1387-1388.

Santé Canada. 2004. Les ressources humaines en santé : L'offre et la demande en équilibre. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, numéro 8.

Santé Manitoba. Healthy opportunities, caring careers (page Web). Consultation à l'adresse <http://web3.gov.mb.ca/healthcareers/>.

Société canadienne de science de laboratoire médical. 2004. Énoncés de position. Consultation à l'adresse www.csmls.org/english/position.htm.

Thurber, D. 2003. *International medical graduates in Canadian post-MD training programs, 1990-2002*. Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (SISPFC). Consultation à l'adresse www.caper.ca.

Les organismes suivants ont produit un résumé de leurs prises de position en matière de politiques aux fins de cette analyse environnementale du Conseil canadien de la santé :

Association canadienne des soins de santé

Association médicale canadienne

Association canadienne de protection médicale

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Analyse environnementale des vues actuelles : document d'information produit pour le Sommet national sur les ressources humaines en santé

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

Collège des médecins de famille du Canada

Organisation nationale de la santé autochtone

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie