Connexion : ressources humaines en santé

Meilleurs Voeux. Nous vous souhaitons la bienvenue à cette deuxième édition de Connexion : ressources humaines en santé de la Division des stratégies des ressources humaines en santé (DSRHS) relevant de la Direction des politiques de soins de santé de Santé Canada. Une copie de ce bulletin figure sur le site Web de la DSRHS à l'adresse : www.health-human-resources.ca

Une stratégie pancanadienne

À la suite de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le gouvernement fédéral a mis sur pied la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (la Stratégie) en vue de répondre aux besoins pancanadiens et à ceux des administrations en matière de ressources humaines en santé. L'Accord a souligné qu'une bonne planification et une bonne gestion des ressources humaines sont essentielles pour que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux fournisseurs de soins de santé dont ils ont besoin. La Stratégie comprend trois initiatives clés : la planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé (RHS), la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient et le recrutement et le maintien en poste. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) est responsable du volet Premières nations et Inuits de la Stratégie relative aux RHS.

Cliquez sur la page couverture pour consulter le site Web du Rapport annuel 2005-2006.

Compte rendu de la planification des ressources humaines en santé

Le Comité consultatif fédéral provincial territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) est mandaté par la Conférence des sous-ministres de la Santé pour donner des conseils de politique et de stratégie sur la planification, l'organisation et la prestation des services de santé.

Le CCPSSRH est composé des principaux représentants des gouvernements fédéral-provinciaux-territoriaux et d'experts du domaine des soins de santé et des ressources humaines en santé.*

Le 18 octobre 2006, le CCPSSRH s'est réuni à Gatineau (Québec) pour tenir un atelier de consultation sur le cadre de planification pancanadien avec plus de 70 participants provenant d'associations d'intervenants et d'organisations.

Les responsables de la séance de planification ont communiqué aux intervenants les résultats de la consultation du CCPSSRH et présenté un plan d'action révisé du cadre de planification pancanadien et des activités courantes de planification pancanadienne des RHS. Aux ateliers en petits groupes, les intervenants se sont engagés à l'égard de la mise en place du plan d'action.

Au nombre des conférenciers de l'atelier, mentionnons les coprésidents du Sous-comité de planification des RHS du CCPSSRH, Lyne St. Pierre-Ellis, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et Robert Shearer, Santé Canada, aussi bien que Pamela Fralick, Groupe d'intervention action santé et Bev Ann Murray, ministère de la Santé du Manitoba.

* Le Québec considère que la planification des ressources humaines en santé relève de sa responsabilité exclusive. Il n'a pas contribué aux initiatives du CCPSSRH et n'entend pas y participer. Il reste toutefois ouvert aux échanges de données et de pratiques exemplaires avec les autres administrations.

Le cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne reconnaît que les administrations ne peuvent planifier de façon cloisonnée et rend compte de l'importance d'une stratégie pancanadienne relative à la planification des RHS.

Division des stratégies des ressources humaines en santé : rayonnement des activités à l'échelle régionale

La Division des stratégies des ressources humaines en santé (DSRHS) a accru cette année le rayonnement de ses activités à l'échelle régionale. D'abord avec sa première réunion tenue à Vancouver, le 27 février 2006, puis sa plus récente, à Halifax, le 5 octobre 2006, la Division a organisé des séances de travail d'une journée avec le personnel régional de Santé Canada.

Tous les bureaux des régions de l'Ouest et du Nord de SC ont participé à la 27e séance tenue en février à Vancouver. Celle-ci a été organisée conjointement par Gary Larkin, gestionnaire de programme (DSRHS), Debra Gillis, directrice, Soins primaires (DGSPNI) et Mary Fulton, directrice régionale, Politiques/relations intergouvernementales (Colombie-Britannique et Yukon). Plus de 20 représentants participant à la séance ont assisté à une présentation spéciale donnée par Peter Gibson, directeur administratif, Forum de planification des ressources humaines des régions de l'Ouest et du Nord (FPRHRON) et consultant en planification et en gestion dans le domaine de la santé. Le 5 octobre, une séance d'une journée a été tenue pour la région de l'Atlantique. La séance a été organisée conjointement par Gary Larkin, Simon Brascoupe, directeur associé, Initiative de développement de ressources

Suite à la page 7.

ISSN 1911-8325

Recrutement et maintien en poste

Comme le vieillissement de la main-d'œuvre du secteur de la santé se poursuit et que la population devient de plus en plus diversifiée, la demande de soins de santé s'accroît et le besoin de recruter et de maintenir en poste des fournisseurs de soins de santé devient progressivement critique.

Cette section du bulletin donne un aperçu des projets faisant partie de l'initiative de recrutement et de maintien en poste (RMP) qui vise les objectifs suivants : susciter un plus grand intérêt pour les carrières dans le domaine de la santé, accroître la diversité des fournisseurs de soins de santé, augmenter l'offre des fournisseurs de soins de santé afin d'en assurer la disponibilité, là et au moment où on en a besoin, réduire les obstacles que doivent franchir les fournisseurs de soins de santé formés à l'étranger, améliorer l'utilisation et la répartition des fournisseurs de soins de santé déjà en place et rendre les milieux de travail actuels des travailleurs de la santé plus sains (dans le cadre de l'initiative de la santé en milieu de travail, un volet de l'initiative de RMP - voir p. 4).

En 2006, Santé Canada a financé 36 ententes dans le cadre de l'initiative de RMP. Pour obtenir d'autres renseignements sur le financement de ladite initiative, communiquez avec Lise Labonté à l'adresse électronique suivante : lise_labonte@hc-sc.gc.ca

Création d'une norme canadienne pour les inf. aux. aut. dans l'Ouest

Au cours des années précédentes, les infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.) ont dû relever des défis liés à l'autorisation d'exercer, à l'employabilité et au déplacement entre les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba. Cependant, des suites du travail accompli par Alberta Health and Wellness, en collaboration avec les quatre provinces de l'Ouest et le FPRHRON, un profil de compétences normalisé a été établi afin d'aider à améliorer l'utilisation et la répartition de ces travailleurs de la santé. Le Forum, qui donne le ton à ce projet, a été mis en vedette sous la rubrique *Le « Forum » de l'Ouest et du Nord pour une réelle collaboration et des résultats concrets* publiée dans le premier bulletin électronique de Connexion : ressources humaines en santé que l'on peut consulter à l'adresse suivante : www.health-human-resources.ca

« Vous êtes toujours à la merci des politiques qui ne sont pas toujours adéquates », affirme Rita McGregor, conseillère en formation et pratique pour le College of Licensed Practical Nurses of Alberta (CLPNA), en relatant sa propre expérience à titre d'inf. aux. aut. depuis 19 ans. « Les inf. aux. aut. ont toujours fait des compromis en sachant qu'elles possédaient un solide bagage de connaissances et de compétences, mais ce n'était pas quelque chose de connu ou qui pouvait être facilement exprimé, aussi, nous n'avions pas un champ de pratique qui rendait vraiment compte de nos compétences; il rendait plutôt compte d'hypothèses concernant ce que nous pouvions ou ne pouvions faire ».

En 1998, le gouvernement de l'Alberta et le College of Licensed Practical Nurses of Alberta ont créé un profil de compétences à l'intention des inf. aux. aut. œuvrant au sein de divers milieux de travail partout en Alberta. Rita McGregor ajoute que les résultats obtenus d'un ensemble normalisé de profils se sont traduits par une réduction des pénuries, une amélioration des soins aux patients et la satisfaction au travail des infirmières. De même en 1998, l'assemblée législative de l'Alberta a adopté la *Health Professions Act* (HPA) qui réglemente 30 professions de la santé, dont celle d'inf. aux. aut.

Pour obtenir d'autres renseignements sur la *Health Professions Act* de l'Aberta, veuillez cliquer sur cette case. Un autre format PDF s'ouvrira dans une nouvelle fenêtre.

« À une conférence tenue en 2003 à Vancouver par le ministère de la Santé et le ministère de l'Enseignement post-secondaire de la C.-B., le College of Licensed Practical Nurses of British Columbia a pris conscience qu'il fallait établir un profil de compétences similaire à l'intention des inf. aux. aut. et a reconnu les réalisations accomplies en Alberta », affirme Gordon MacDonald, directeur administratif du College of LPNs of British Columbia.

« Le manque de clarté fait qu'il est difficile pour les employeurs d'élaborer des stratégies appropriées en matière de ressources humaines en ce qui a trait à l'utilisation du personnel infirmier. Il est plutôt ardu d'élaborer une stratégie dans ce domaine lorsque vous ignorez avec quoi vous travaillez », ajoute Gordon MacDonald. « Tout le monde semblait avoir un point de vue différent sur ce à quoi elles devaient ressembler », soutient-il en parlant des compétences des inf. aux. aut. de l'Ouest antérieurement au projet. Les compétences avaient toujours été mal définies par un certain nombre de parties : des employeurs, des éducateurs et la profession.

Suite à la page 3.

Création d'une norme canadienne pour les inf. aux. aut. dans l'Ouest

Un an plus tard, le projet relatif à la Normalisation de la description des compétences des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ouest canadien a été financé par le gouvernement fédéral. Santé Canada a versé une contribution de 203 580 $ par le truchement du Western and Northern Health Human Resource Planning Forum.

> « Si nous ne pouvons optimiser l'utilisation du personnel que nous avons, nous ne pouvons exposer clairement nos besoins à venir ».
> Rita McGregor

Utilisant le modèle albertain, les profils de compétences ont été établis lors des ateliers tenus par les professionnels de la santé à Vancouver, à Prince George, à Victoria, à Regina, à Saskatoon, à Prince Albert, à Winnipeg et à Brandon. En Colombie-Britannique, cent trente-quatre inf. aux. aut. ont assisté à ces ateliers et ont apporté des changements ou des ajouts au profil des compétences de l'Alberta pour tenir compte de leur pratique. Selon Gordon MacDonald, le projet n'a pas modifié les cadres de fonctions des inf. aux. aut., mais il décrit dans un vocabulaire et cadre communs les compétences courantes approuvées qu'utilisent les inf. aux. aut.

Rita McGregor soutient qu'un profil commun apporte d'importantes modifications à la structure d'une organisation, car il permet au secteur de la santé de mieux utiliser et gérer les services des inf. aux. aut.

« Si nous ne pouvons optimiser l'utilisation du personnel que nous avons, nous ne pouvons exposer clairement nos besoins à venir », ajoute-t-elle, « notre plus grand problème actuellement est de faire en sorte que chacun travaille au niveau optimum de ses qualifications et de comprendre que nous n'exercerons plus certaines tâches et en assumerons d'autres et que nous aurons des cadres de fonctions partiellement communs lorsque cela sera nécessaire ».

Le Dr Bill DuPerron, directeur de Health Workforce Education and Immigration Alberta Health and Wellness, précise que les résultats du projet aideront également les inf. aux. aut. de la Colombie-Britannique et de l'Alberta à aller de l'avant avec l'accord sur le commerce, les investissements et la mobilité de la main d'œuvre, signé en avril 2006.

« Les provinces ont certainement commencé à remarquer un grand changement », ajoute Rita McGregor.
Dr DuPerron soutient que le projet a suscité beaucoup d'intérêt des autres provinces.

« Nous espérons faire la même chose dans la région de l'Atlantique et produire ensuite des documents portant sur le profil national des compétences pour chaque profession du domaine de la santé », précise-t-il. « Plus une infirmière assume des tâches correspondant à ses compétences, plus l'emploi et la carrière sont satisfaisants et moindre sont les chances qu'elle quitte la profession. Il importe de faire des changements si l'on veut continuer d'embaucher des infirmières et de les maintenir en poste à tous les niveaux du système de santé ».

Pour de plus amples renseignements sur le projet relatif à la Normalisation de la description des compétences des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ouest canadien, veuillez communiquer avec Bill DuPerron à l'adresse suivante : bill.duperron@gov.ab.ca

Au nombre des avantages d'un processus commun pour l'établissement des profils de compétences des inf. aux. aut. dans l'Ouest, mentionnons :

La création d'un ensemble commun de modalités en vue de réduire les obstacles à l'autorisation d'exercer, à l'emploi et à la mobilité interprovinciale.

Une meilleure information doit être communiquée par les établissements d'enseignement, dans le cadre de leurs programmes d'études, et par les organismes de formation en ce qui a trait aux qualifications et aux compétences que les diplômés doivent posséder pour assurer des services de santé de qualité.

Les employeurs peuvent utiliser pleinement les qualifications et les compétences des inf. aux. aut.

Une bonne définition des profils relatifs aux professions de la santé aidera à intégrer les fournisseurs de soins de santé formés à l'étranger.

(Repose sur le projet de Normalisation de la description des compétences des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ouest canadien - Rapport d'évaluation - mars 2005). Suite à la page 11pour FAITS : infirmières auxiliaires autorisées.

L'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail

Des milieux de travail plus sains constituent la pierre angulaire qui permettra d'améliorer les taux de recrutement et de maintien en poste des travailleurs de la santé. Les milieux de travail qui reconnaissent et appuient les besoins à long terme et la sécurité de leurs employés connaissent des améliorations en matière d'efficacité globale qui sont apparentes au niveau de la prestation des services de santé, du renouveau de l'effectif et de la rentabilité opérationnelle. À titre de pierre angulaire du volet Recrutement et maintien en poste de la Stratégie pancanadienne relative aux RHS, l'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail (IPSMT) appuie les démarches actuelles des organisations de soins de santé visant à créer et à maintenir des milieux de travail sains. L'IPSMT fournit du financement direct pour appuyer les initiatives novatrices en matière de promotion de la santé en milieu de travail à l'échelle locale.

En 2005-2006, Santé Canada a financé 15 accords en vertu de l'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail. Pour obtenir d'autres renseignements au sujet de l'IPSMT, communiquez avec Robin Buckland à l'adresse suivante : robin_buckland@hc-sc.gc.ca

Étude de VON portant sur les bénévoles et l'environnement de travail

VON (Infirmières de l'Ordre de Victoria) est une organisation caritative nationale sans but lucratif de soins de santé à domicile et communautaires. VON a recours à plus de 12 000 bénévoles, le double de la taille de son effectif, pour assurer des soins de santé aux Canadiens. Cependant, à l'instar de nombreux organismes sans but lucratif, les ressources humaines posent toujours un défi.

Santé Canada a attribué un montant de 299 949 $ à VON Canada pour un projet intitulé : « Milieux de travail sains liés aux soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire et l'incidence sur le recrutement et le maintien en poste ». Cette étude examine le rôle du recrutement et du maintien en poste, et analyse plus particulièrement l'incidence des bénévoles sur la mise en place de milieux de travail sains.

« Étant donné notre recours accru aux bénévoles et la diminution de leur nombre, nous devons mieux comprendre le rôle qu'ils jouent. Nous devons connaître de quelle manière ils contribuent à l'environnement de travail et quelle est leur incidence sur les processus de recrutement et de maintien en poste, afin que nous puissions planifier de façon appropriée », affirme Mary Sirotnik, coordinatrice de projet. « Le lien entre le bénévole et l'équipe de soins de santé en milieu communautaire est particulier et nous devons mieux le comprendre », ajoute-t-elle.

Membre du comité consultatif national

Barbara Mildon
Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire

Doris Grinspun
Association des Infirmières Accréditées de l'Ontario

Lynn Rempel
Université Brock

Nancy Lefebve
St. Elizabeth Health Care

Marlene Slepkov
Groupe chargé des initiatives de soins infirmiers en milieu communautaire

Linda Silas
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Norma Freeman
Association des infirmières et infirmiers du Canada

Robin Carriere
Institut canadien d'information sur la santé

Robin Buckland
Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada

Un comité consultatif national a été créé en vue de guider et de conseiller les chercheurs tout au long de ce projet.

« En examinant les obstacles à la participation des bénévoles, on a pu mettre au point des stratégies pour mieux intégrer les bénévoles en tant que partenaires actifs au processus de prestation des soins de santé », précise Mary Sirotnik.

L'étude sur les bénévoles, dans le cadre de laquelle seront formés des groupes de discussion, examinera trois domaines importants : contribution et relations; milieux de travail sains qui favorisent des résultats positifs au chapitre du recrutement et du maintien en poste; initiatives stratégiques qui favorisent des relations de travail efficaces au sein du milieu de travail. L'étude sera achevée au plus tard en janvier ou en février 2007 et sera menée aux cinq divisions canadiennes de VON au Canada (une dans l'Ouest, deux en Ontario et deux dans l'Est). L'étude cherchera des pratiques novatrices en matière de RH qui ont été essayées ou qui ne l'ont pas été en

Suite à la page 5.

Étude de VON portant sur les bénévoles et l'environnement de travail

Source: VON Canada.

Les bénévoles de VON Canada aident les patients au sein des collectivités partout au Canada.

raison du manque de personnes, d'argent ou d'autres ressources.

Le personnel infirmier qui travaille au sein de la collectivité est statistiquement plus âgé que celui des hôpitaux et a tendance à avoir une plus longue expérience de travail et ce, souvent auprès de multiples employeurs. Il est certainement nécessaire d'entreprendre davantage d'études concernant les infirmières qui dispensent des soins de santé communautaires et à domicile soutient Mary Sirotnik.

« Les caractéristiques qui permettent d'instaurer un milieu de travail sain varient d'un endroit à un autre. L'hôpital ou la clinique sont des milieux très contrôlés et organisés en ce qui a trait à la façon dont le travail se fait », affirme Faye Porter, vice -présidente des programmes nationaux et des activités de bénévolat pour VON Canada.

« Du point de vue de l'infirmière qui dispense des soins de santé communautaires et à domicile, à partir du moment où elle arrive sur lieux, elle évalue les questions de sécurité en milieu de travail pour les patients qu'elle soigne et elle-même. Nous sommes étroitement liées à l'organisation de nos milieux de travail de manière à ce que cette organisation respecte le domicile des patients », soutient-elle.

Faye Porter poursuit : « Une infirmière en milieu hospitalier n'a pas à résoudre des problèmes comme avoir à se pencher lorsque les lits ne sont pas à la bonne hauteur ou avoir un chat sur les genoux lorsqu'elle fait un changement de pansement. C'est une situation qui évolue ».

« Vous devez vous débrouiller tout seul et devez résoudre les problèmes pendant le transport », affirme-t-elle au sujet du rôle d'infirmière. « C'est une pratique très indépendante et délimitée. »

Richard McConnell, vice-président des ressources humaines chez VON Canada, note cette caractéristique particulière des soins à domicile et communautaires : « L'accès à une bonne supervision est un élément essentiel du milieu de travail en santé. Toutefois, nos fournisseurs de services de première ligne œuvrent dans un environnement dispersé. Nous mettons beaucoup l'accent sur la formation pour maintenir une bonne communication dans ce milieu différent et exigeant », précise-t-il.

Résumé de l'échéancier du projet

Première année (2005-2006) - analyse documentaire effectuée, rapport de synthèse et consultation nationale.

Deuxième année (2006-2007) - étude de cas en cours portant sur cinq endroits : Bayshore, St. Elizabeth Healthcare, Calgary Regional Health, Eastern Regional Health Services (services de santé régionaux de l'Est) et VON Saint John au Nouveau-Brunswick. L'étape du projet portant sur le bénévolat aura recours également à cinq divisions (l'une dans l'Ouest du Canada, deux en Ontario et deux dans l'Est du Canada). Les travaux futurs incluent la répartition et l'analyse des réponses des groupes de discussion, la rédaction d'un rapport et la diffusion des conclusions de l'étude au printemps 2007.

Troisième année (2007-2008) - La communication et l'évaluation seront des thèmes importants. Cela comprend notamment la présentation des faits saillants du rapport lors de l'assemblée générale annuelle de VON en novembre 2007 et la remise du rapport final.

Pour obtenir d'autres renseignements sur cette initiative de VON Canada, veuillez communiquer avec Bonnie Shroeder à l'adresse suivante : Bonnie.Schroeder@von.ca ou avec Mary Sirotnik à l'adresse suivante : sirotnik@sympatico.ca

Suite à la page 6.

FAITS : Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON)

Portée de VON - Un organisme de bienfaisance sans but lucratif disposant d'un réseau de plus de 6 500 employés et de 12 000 bénévoles qui assurent plus d'une cinquantaine de services de santé différents dans plus de 1 200 localités, y compris des soins de santé à domicile, la promotion de la santé, le soutien à domicile et le soutien communautaire.

Santé organisationnelle : la vallée de l'Annapolis intègre les outils axés sur les milieux de travail sains ou de qualité

Le comportement des dirigeants a une forte incidence sur la santé des organisations. En 2001, l'Autorité de santé du district de la vallée de l'Annapolis (ASDVA) a reconnu le besoin d'amener les fournisseurs de soins de santé à faire face au changement généralisé en procédant à un examen interne des structures de dotation des ressources humaines en santé. Santé Canada a accordé un montant de 290 033 $ pour financer le projet : « Santé organisationnelle : Intégration des milieux de travail sains et de qualité » pour 2005-2007.

Selon Sheila Rankin, directrice des ressources humaines, ASDVA : « La charge de travail posait problème pour les employés et les gestionnaires. Parce que nos gestionnaires supervisaient d'importants districts géographiques et assumaient une foule de responsabilités, les employés n'avaient pas la chance de voir leurs gestionnaires très souvent ou d'entretenir des relations avec eux ».

Elle décrit la situation en se plaçant du point de vue du travailleur de la santé. « Les travailleurs de la santé veulent être valorisés, obtenir des évaluations de rendement et échanger régulièrement, et ils veulent que leurs gestionnaires soient visibles », soutientelle, « l'un de nos employés a dit : 'Je veux mon 15 minutes de gloire'. Ils veulent que les gestionnaires leur accordent du temps et de l'attention, une rencontre individuelle avec eux - c'est ce qui les motive réellement ».

L'ASDVA s'est associée à l'Institut national de la qualité (INQ) et à deux autres organismes de santé pour élaborer des critères ayant trait à la qualité et au mieux-être de l'organisation. Selon Sheila Rankin, l'ASDVA planifie d'atteindre les quatre niveaux de critères de l'INQ en matière de soins de santé. Dans le cadre du projet, une équipe de la santé organisationnelle a été formée et se compose de représentants de la direction et des syndicats. Son rôle est de coordonner les conseils et équipes d'employés en vue de définir des indicateurs de santé et des outils destinés aux gestionnaires, et de trouver des façons d'améliorer le milieu de travail et la satisfaction des patients.

Les Critères canadiens d'un milieu de travail sain ont été élaborés par l'INQ en collaboration avec Santé Canada.

Sheila Rankin affirme que l'approche de l'INQ est utile parce qu'elle examine sous trois angles particuliers les éléments du lieu de travail : l'environnement physique, les mesures d'hygiène et l'environnement social/ressources personnelles. « Nous essayons réellement de modifier notre culture d'une manière graduelle et stratégique. Nous avons un plan et nous sommes conscients que les changements n'arriveront pas du jour au lendemain », précise Leanne Campbell, coordonnatrice de l'initiative pour des milieux de travail sains de l'ASDVA.

Elle mentionne que le comportement des gestionnaires influe sur la santé d'une équipe donnée et, d'une façon encore plus marquée, sur la santé entière d'une organisation. À son avis, « nous n'avons pas eu la possibilité d'appuyer et de former nos gestionnaires et je crois qu'un changement en ce sens aura un résultat positif sur les travailleurs de première ligne », ajoute Leanne Campbell. En finançant ce programme, on consacre du temps et des efforts en vue d'assurer que l'ASDVA voit à la formation de ses gestionnaires. « Nous procédons à des évaluations de perfectionnement professionnel pour nous assurer d'avoir un programme d'encadrement à leur intention. Nous savons que le leadership est l'élément moteur de la santé d'une organisation », ajoute-t-elle.

L'ASDVA créera également des programmes d'encadrement à l'intention des chefs d'équipe, des présidents de conseil d'administration et du personnel infirmier. Un programme d'encadrement des médecins est en cours d'élaboration, à la suite de demandes formulées à cet égard, affirme Sheila Rankin.

« Nous avons à présent pour philosophie de faire participer les gens de tous les échelons et d'examiner comment nous pouvons le mieux investir dans notre personnel », ajoute Sheila Rankin.

Selon Sheila Rankin, « Dans le passé, nous nous préoccupions uniquement de la manière de combler les postes de gestion. Nous avons l'intention dorénavant de former des chefs de file dans l'ensemble de l'organisation et de bâtir un système de soins de santé durable au

Suite à la page 7.

Santé organisationnelle : la vallée de l'Annapolis intègre les outils axés sur les milieux de travail sains ou de qualité

sein de l'Autorité de santé du district dela vallée de l'Annapolis ».

Leanne Campbell décrit la dynamique des RH à un niveau global comme processus de transformation de la culture du milieu de travail. Selon elle, « compte tenu des énormes défis auxquels nous faisons face en matière de ressources humaines, la retraite d'un nombre élevé de personnes appartenant à la génération du baby-boom et d'autres facteurs importants, c'est un résultat à long terme que nous recherchons ».

Pour obtenir d'autres renseignements sur l'outil en milieu de travail de l'ASDVA, veuillez communiquer avec Sheila à l'adresse suivante : SFoster@avdha.nshealth.ca

Principes de qualité et de mieux-être organisationnel

Participation au leadership et approche de gestion intégrée

Accent principal mis sur le patient/client et l'équipe de soins

Coopération, travail d'équipe et formation continue

Évaluation continue

Objectif axé sur l'amélioration continue et une façon de penser innovatrice

S'acquitter des obligations à l'égard de la collectivité environnante et de la société dans son ensemble

Il est possible de consulter gratuitement le document récapitulatif des Critères canadiens d'un milieu de travail sain à l'adresse suivante : http://www.nqi.ca/fr/nqistore/product_details.aspx?ID=60

(Source : Critères canadiens d'un milieu de travail sain, INQ, 2004)

Division des stratégies des ressources humaines en santé : rayonnement des activités à l'échelle régionale

(Suite de la page 1.)

humaines autochtones en santé (DGSP-NI) et Judith Wood- Bayne, directrice régionale, Politiques/relations intergouvernementales (région de l'Atlantique). Dans son discours d'ouverture, Simon d'Entremont, directeur général régional, a salué l'occasion qui lui était offerte de partager de l'information et de créer de solides liens de travail entre l'administration centrale et la région. Une présentation a également été donnée par les coprésidents du sous-comité de planification des RHS de la région de l'Atlantique, Jennifer Murdoch, ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse; Kelly McKnight, consultante principale, Nova Scotia Advisory Board of the Nova Scotia Community College et Bill Breckenridge, Conseil des premiers ministres de l'Atlantique.

La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP)

Dans son rapport de 2002 sur l'avenir des soins de santé au Canada, Roy Romanow recommandait que l'éducation et la formation des professionnels de la santé soient axées sur le renforcement d'une approche d'équipe interdisciplinaire en matière de prestation de soins de santé aux Canadiens.

La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP), une initiative de la Stratégie pancanadienne relative aux RHS, permet de concrétiser cette approche. L'initiative sur la FIPCCP offre un financement direct permettant de mettre sur pied un programme de formation interprofessionnelle qui facilitera l'adoption d'une approche professionnelle d'équipe pour l'ensemble des milieux de la santé où de nombreuses professions peuvent interagir, explorer et élaborer des solutions communes pour des soins individualisés. L'initiative tient compte de la collaboration active non seulement entre chaque profession qui fournit des soins aux patients, mais également avec le patient. La FIPCCP cherche à promouvoir et à démontrer les avantages de cette forme d'éducation, à faciliter le réseautage et les approches fondées sur les pratiques exemplaires et à assurer la présence de la collaboration interprofessionnelle aussi bien dans les établissements d'enseignement que dans la pratique.

En 2005-2006, Santé Canada a financé 29 accords de FIPCCP. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, communiquez avec Sue Beardall à l'adresse suivante : sue_beardall@hc-sc.gc.ca

Une équipe de recherche se penche sur la manière de communiquer du personnel et son lien avec les soins de santé centrés sur les besoins des patients

Même si une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient a été à la mode chez les éducateurs, les chercheurs et les fournisseurs de soins depuis le milieu des années 1990, le domaine d'étude n'a pas encore été entièrement exploré lorsqu'il est question de la nature de la communication non officielle entre les professionnels de la santé qui travaillent ensemble.

« Les hôpitaux sont au courant des possibilités d'amélioration et chacun à sa façon concentre son énergie sur l'amélioration des activités de collaboration interprofessionnelles », explique le Dr Merrick Zwarenstein, un préposé principal à la recherche au Sunnybrook Health Sciences Centre. Cependant, ajoute-t-il, une bonne partie de cette énergie est consacrée aux réunions officielles, aux technologies, aux cours et aux formulaires médicaux plutôt qu'à la manière dont les employés échangent quotidiennement entre eux des renseignements concernant leurs patients.

Source: Sunnybrook Health Sciences Centre.

Une photo aérienne de Sunnybrook, l'un des cinq sites de recherche.

« Comme on pouvait s'y attendre, l'espace informel dans lequel les praticiens et les professionnels de la santé se parlent spontanément fait plus ou moins l'objet de recherches et c'est sur quoi porte notre travail », affirme Merrick Zwarenstein au sujet du programme Structurer la relation de communication pour le travail en équipe interprofessionnel (SCRIPT).

SCRIPT examine de près la manière formelle et informelle de communiquer au travail des professionnels pour vérifier si leur façon de communiquer a une incidence sur la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients. L'étude se divise en trois sections : médecine générale interne, soins de santé primaires et réadaptation. Merrick Zwarenstein est responsable du volet médecine générale interne (MGI).

Suite à la page 9.

Une équipe de recherche se penche sur la manière de communiquer du personnel et son lien avec les soins de santé centrés sur les besoins des patients

En 2004, les Drs Ivy Oandasan et Merrick Zwarenstein ont procédé à une analyse de l'environnement aux fins de la FIPCCP de Santé Canada et ont conclu qu'il existe peu de données démontrant que la formation interprofessionnelle, plus particulièrement au niveau de la formation initiale, a amélioré les résultats des soins aux patients dans le cadre d'une pratique exercée en collaboration.

La première phase du volet MGI du SCRIPT comporte une série d'observations de nature qualitative effectuées dans cinq hôpitaux pour comprendre les interactions personnelles entre les professionnels de la santé, à l'échelle locale, au sein de chaque unité médicale.

Les chercheurs observent les équipes de soins de santé lorsqu'elles se réunissent pour échanger entre elles des renseignements au sujet de leurs patients, des plans de soins de santé, des plans relatifs aux congés des patients et des décisions relatives aux soins donnés aux patients.

En février et en mars 2006, des observations de nature qualitative ont été effectuées à Sunnybrook et au St. Michael's Hospital. Une troisième série a été menée au Mount Sinaï et deux autres seront effectuées, d'ici l'automne 2006, à deux hôpitaux du University Health Network, précise le Dr Zwarenstein.

Une fois les observations terminées, les chercheurs auront accumulé plus de 200 heures de données et rendu plus d'une cinquantaine de visites dans les hôpitaux.

Mme Lesley Gotlib Conn, une anthropologiste responsable de la recherche par observation, explique ce qui suit : « Nous assistons à des réunions de l'équipe et prenons des notes sur les différentes formes d'interaction que les membres de l'équipe ont entre eux et à propos de qui interagit avec qui ». Durant les temps libres, les chercheurs ont procédé à des observations préliminaires sur le service. « Nous nous assoyons au poste des soins infirmiers ou nous nous installons dans l'un des couloirs pour consigner les interactions », ajoute-t-elle.

Emplacements de la médecine générale interne :

University Health Network,
Toronto General Hospital
University Health Network,
Toronto Western Hospital
Sunnybrook Health Sciences Centre
St. Michael's Hospital
Mount Sinai Hospital

Équipes de la MGI

Les équipes de la MGI se composent de médecins, de médecins ayant une formation postdoctorale, de commis, d'infirmières principales et subalternes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de nutritionnistes et d'autres professions paramédicales.

Participation :

Les étudiants en sciences de la santé de l'Université de Toronto ainsi que des patients formulent des commentaires et des avis pendant la deuxième phase du projet.

La deuxième phase du volet MGI comporte l'analyse des observations et des discussions avec le personnel hospitalier portant sur les façons d'améliorer la communication interprofessionnelle. Suivra par la suite une étude pilote relative à un modèle final qui encourage une meilleure communication entre les employés.

L'étude pilote devrait être mise en œuvre à l'un des hôpitaux, d'ici la fin de l'automne 2006, mentionne le Dr Zwarenstein. Selon le succès obtenu au site de l'étude pilote, le programme sera modifié, puis mis en œuvre dans la moitié des unités d'enseignement clinique dans les quatre autres hôpitaux.

D'autres parties de l'étude incorporent un questionnaire d'enquête à l'intention du personnel et l'équipe utilisera les données administratives (congés, réadmissions, durée du séjour) pour procéder à des observations de nature qualitative et vérifier si elle peut noter des changements entre les interventions contrôlées et les interventions aléatoires.

Selon le Dr Zwarenstein, jusqu'à présent, les conclusions préliminaires issues des observations de nature qualitative révèlent qu'un manque de profondeur dans la communication réduit les chances des professionnels de la santé de comprendre ce que chacun a fait pour le patient.

« Parce que les personnes ne se connaissent pas, souvent, elles ne connaissent pas quel professionnel a vu le patient et a été mis au fait par un autre professionnel des traitements administrés, de telle sorte qu'il est impossible de communiquer à la famille un plan de soins coordonné », affirme la coordonnatrice de la recherche, Dre Ann Russell.

C'est parfois plus élémentaire que cela, ajoute le Dr Zwarenstein.
« Fondamentalement, sur le plan humain, si vous ne connaissez pas le nom des collègues, vous n'avez pas établi les liens encourageant la familiarité ou la confiance. La communication

Suite à la page 10.

Une équipe de recherche se penche sur la manière de communiquer du personnel et son lien avec les soins de santé centrés sur les besoins des patients

prend ainsi une forme très factuelle, restreinte, épisodique et formelle. Il s'ensuit qu'on ne peut avoir la profondeur nécessaire pour exercer, avec empathie et efficacité, une pratique centrée sur le patient », ajoute-t-il.

Il arrive aussi que vous connaissiez le nom d'un collègue, mais vous n'êtes pas tout à fait certain de la responsabilité que celui-ci assume à l'égard des soins donnés au patient. Selon le Dr Zwarenstein, « cette situation peut donner lieu à bien des occasions ratées et à des échanges futiles ». Il ajoute que ces formes d'interaction peuvent également conduire à des épisodes de communication unilatérale entre les professionnels de la santé plutôt qu'à une communication bilatérale.

Ann Russell donne un exemple : « On reconnaît une infirmière de par l'uniforme qu'elle porte, mais peut-être assume-t-elle un rôle spécialisé comme spécialiste en traitement de plaies. Un médecin ne saura pas comment l'utiliser comme ressource, parce qu'il ignore la portée de son rôle ».

« Il arrive souvent qu'un professionnel de la santé fasse part de son opinion, qu'il ait besoin de connaître un type de traitement, mais n'en informe pas directement ou efficacement un collègue », précise-t-elle. « Il en résulte des relations superficielles et formalistes exemptes d'une discussion et d'une planification en profondeur au sujet des soins à donner aux patients ».

Ann Russell mentionne qu'un exemple de séance idéale de planification conjointe serait d'inclure l'infirmière en tant que point de contact principal pour la famille du patient.

Le programme triennal SCRIPT vise à renforcer la base de preuve en faveur de la formation interprofessionnelle, au moyen de la recherche, de l'apprentissage et de l'évaluation de l'équipe de travail interprofessionnelle dans l'ensemble du Toronto Academic Health Science Network. Les résultats de la recherche seront communiqués, sur le campus et à l'extérieur de l'Université de Toronto, aux professionnels de la santé, à l'administration des hôpitaux et aux universitaires du domaine médical s'intéressant plus particulièrement à la MGI, aux soins de santé primaires, à la réadaptation, aux études anthropologiques et sociologiques, et à la formation interprofessionnelle.

Selon le Dr Zwarenstein, « si ces principes de base de la communication font partie de la culture organisationnelle et sont

Source: Doreen Day.

De gauche à droite : Lesley Gotlib Conn, Merrick Zwarenstein, Chris Kenaszchuk et Ann Russell assistent à une réunion de l'équipe de la MGI.

adoptés et soutenus par les cadres supérieurs de chaque profession, cela permettra d'instaurer un climat d'échange ouvert concernant le bien-être du patient et de développer un réel esprit d'équipe. Nous étudions les méthodes d'adaptation que les fournisseurs de soins de santé utilisent actuellement et déterminons les autres obstacles en vue de rendre plus efficace la communication informelle ».

Conclusions préliminaires fondées sur les observations de nature qualitative sur la MGI :

Les professionnels de la santé devraient toujours se présenter eux-mêmes en se nommant auprès des membres de l'équipe pendant les réunions officieuses. Cela devrait être répété plusieurs fois étant donné que le milieu des soins de santé est souvent très affairé et intense.

Le collègue qui amorce la conversation devrait donner son point de vue sur le problème, quel rôle il assume auprès du patient et demander aux autres professionnels de la santé de lui fournir la même information.

La collaboration découle de la communication. Chaque patient et, aussi, chaque journée de soins sont plutôt uniques et complexes de telle sorte qu'il est impossible d'établir une série des procédures interprofessionnelles qui s'appliquent à toutes les situations, affirme le Dr Zwarenstein. « Notre principal objectif est d'aider les professionnels de la santé dans le contexte clinique » conclut-il.

Suite à la page 11.

Une équipe de recherche se penche sur la manière de communiquer du personnel et son lien avec les soins de santé centrés sur les besoins des patients

L'équipe de la MGI :

Chercheurs principaux : Dr Ivy Oandasan (soins primaires), Dr Merrick Zwarenstein (médecine générale interne) et Lynne Sinclair (science de la réadaptation).

Collaborateurs des chercheurs principaux : Dr Lorelei Lingard (consultant en recherche qualitative), Dr Scott Reeves (consultant en recherche qualitative), Dr Zubin Austin (représentant de pharmacie) et Dre Diane Doran (représentante des soins infirmiers).

Associés en recherche qualitative : Dr Lesley Gotlib Conn et Allia Karim.

Associés de recherche en essais contrôlés randomisés (ECR) : Dre Ann Russell et Chris Kenaszchuk.

Coordonnatrice du projet : Doreen Day. Questions ou demandes de renseignements? Doreen.Day@uhn.on.ca

FAITS : volet MGI du programme SCRIPT

Site Web du programme SCRIPT : http://www.ipe.utoronto.ca/SCRIPT/index.htm

Le rapport final de l'étude sera publié au milieu de 2008. Il fournira des données sur des milliers de séjours de patient à l'hôpital, des entrevues et des observations découlant de centaines d'interactions interprofessionnelles. Les méthodes employées dans le cadre de l'étude combinent des approches qualitatives et quantitatives en matière de recherche. La façon de faire tient à la fois de l'essai pragmatique et du monde réel. C'est la seule étude de ce genre jamais réalisée qui utilise la recherche pour trouver des moyens d'améliorer la collaboration et la communication interprofessionnelles, puis, pour évaluer formellement par essai randomisé l'efficacité de ces approches à l'égard de la communication interprofessionnelle liée à la pratique centrée sur le patient.

Création d'une norme canadienne pour les inf. aux. aut. dans l'Ouest

(Suite de la page 3.)

FAITS : infirmières auxiliaires autorisées

Les inf. aux. aut. composent le deuxième groupe infirmier réglementé le plus important au Canada.

Professionnels en soins infirmiers dans l'Ouest du Canada - 2005

Province	IAA	IPA	IA	Total
Manitoba	2,590	952	11,263	14,805
Saskatchewan	2,194	933	8,549	11,676
Alberta	5,313	1,125	26,355	32,793
Colombie-Britannique	4,884	1,954	27,814	34,652
Total - Ouest	14,981	4,964	73,981	93,926
Total Canada	64,951	4,964	251,675	321,590

(Source : Institut canadien d'information sur la santé, Faits saillants sur la main-d'œuvre infirmière réglementée au Canada, 2005).

Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger

Un des objectifs de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé du gouvernement fédéral consiste à appuyer les initiatives permettant d'améliorer le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. Une approche intégrale envers l'atteinte de cet objectif est de diminuer les obstacles à la pratique pour les professionnels de la santé formés à l'étranger afin de leur permettre de s'intégrer avec succès au sein de l'effectif canadien.

L'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IRPSFE) a été lancée le 25 avril 2005 et fait partie intégrante de l'Initiative des travailleurs formés à l'étranger du gouvernement fédéral.

En 2005-2006, Santé Canada a financé 14 ententes dans le cadre de l'IRPSFE. Pour obtenir d'autres renseignements au sujet de l'initiative, communiquez avec Helga Loechel à l'adresse suivante : helga_loechel@hc-sc.gc.ca

Le Michener Institute met au point un outil linguistique pour aider les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE)

Le manque de personnel chez les technologues et les thérapeutes est une réa- lité dans un grand nombre de cliniques partout en Ontario, même s'il y a un afflux de résidents permanents formés en sciences de la santé appliquées. Il est peut-être impossible pour ces professionnels de la santé formés à l'étranger d'exercer leur métier en raison des barrières linguistiques, d'un manque d'expérience de travail au Canada ou des exigences provinciales/fédérales en matière d'accréditation qui diffèrent des exigences établies à l'étranger.

En janvier 2002, le Michener Institute for Applied Health Sciences, a créé le programme Access & Options (A&O) [accès et options] pour les professionnels de la santé formés à l'étranger. Cette initiative assure aux étudiants une formation linguistique et une formation axée sur les compétences de même qu'une expérience clinique et l'encadrement nécessaire pour passer les examens d'accréditation au Canada.

« Nous avons créé un modèle très original », affirme Cecil Canteenwalla, directrice de l'éducation internationale au Michener Institute for Applied Health Sciences, où les PSFE peuvent obtenir une évaluation personnalisée, suivie d'une formation linguistique propre à une activité particulière, d'une formation scolaire, d'une expérience clinique et d'un encadrement en vue de passer les examens d'accréditation au Canada.

Au départ, le modèle a été créé pour offrir des programmes personnalisés aux technologues en radiation médicale, aux technologistes médicaux, aux spécialistes de l'imagerie par résonance magnétique et aux PSFE spécialisés en cytologie diagnostique.

Depuis 2002, des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne l'évaluation des étudiants et les programmes cliniques simulés. Des outils d'évaluation ont été conçus et testés aux fins de l'enseignement des langues et de l'acquisition de compétences cliniques. Le succès du programme attire plus de 400 étudiants potentiels par année, mais environ la moitié d'entre eux ne sont pas admis au programme en raison d'obstacles liés notamment à la langue.

En tant qu'ancien gestionnaire du programme, Cecil Canteenwalla a constaté que le taux de réussite des étudiants pourrait être amélioré si un outil linguistique était élaboré en vue d'améliorer l'évaluation de la base linguistique que possèdent les étudiants avant de s'inscrire aux cours. Une meilleure compréhension des barrières linguistiques a aidé également l'institut à créer un nouveau programme d'études plus sensible aux besoins.

En 2005-2006, l'entente conclue entre Santé Canada et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario prévoyait l'octroi d'un montant de 811 044 $ à l'IRPSFE pour appuyer l'élargissement du programme A&O du Michener Institute.

Cecil Canteenwalla fait remarquer que « le financement de Santé Canada nous a permis d'examiner de nouvelles façons de rendre plus viable le programme en procurant au corps professoral et aux étudiants de meilleurs outils d'évaluation linguistique pour les besoins de la formation ».

Description des compétences linguistiques et des Standards linguistiques canadiens
(Site Web de Citoyenneté et Immigration, 2002)
Cliquez ici pour y accéder.

Suite à la page 13.

Le Michener Institute met au point un outil linguistique pour aider les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE)

Des représentants du Michener Institute ont consulté le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), d'autres universités et des spécialistes du langage.

Selon Cecil Canteenwalla, « nous avons découvert qu'il n'existait pas d'outil linguistique pour soutenir notre programme ».

Selon les Standards linguistiques canadiens (SLC), les personnes de niveau 5 doivent s'inscrire à ces cours d'anglais langue seconde, ajoute-t-il.

Source: Joyce Clithroe, Michener Institute.

Photo d'étudiants étrangers inscrits à un cours de clinique simulée dans un laboratoire médical (Medical Laboratory Simulated Clinical class) prise en 2005.

« Nos étudiants ont tendance à être aux niveaux 6 et 8 des SLC et ils doivent atteindre les niveaux 8 et 10 des SLC pour passer l'examen et pour assumer leurs fonctions efficacement en milieu de travail », poursuit Cecil Canteenwalla.

Elen Moyo, gestionnaire du programme A&O, affirme que les étudiants arrivent souvent avec une connaissance de base de l'anglais, mais qu'ils doivent acquérir des connaissances linguistiques plus poussées notamment pour exercer les activités suivantes : prise de notes, compétences en entrevue, lecture de revues, dissertation afin de mieux s'intégrer dans le milieu de travail.

L'aide financière fournie par le MSSLD, Citoyenneté et Immigration Canada et Santé Canada a permis au Michener Institute de créer son propre outil international d'évaluation linguistique se fondant sur les SLC. L'outil se nomme le Michener English Language Assessment (MELA) Tool (outil d'évaluation de la langue anglaise).

« Nous devions le créer », précise Elen Moyo au sujet de l'outil MELA.

« Nous devions faire valoir l'importance que revêtent les aptitudes linguistiques pour les professionnels de la santé », ajoute Cecil Canteenwalla.

Michener English Language Assessment Tool
(Site Web du Michener Institute, 2005)
Cliquez ici pour y accéder

« À l'aide d'évaluations, nous avons établi qu'une multitude de facteurs ont une incidence sur la performance des PSFE aux examens et non seulement le contenu, comme la plupart des gens ont tendance à le croire », soutient Cecil Canteenwalla. À son avis, l'intonation et la culture du milieu de travail peuvent influer sur le succès d'un candidat qui en est à la phase de formation initiale.

Selon Elen Moyo, « la communication joue un rôle clé non seulement sur la façon dont les professionnels de la santé s'en tirent aux examens mais aussi, au bout du compte, sur la façon dont ils s'acquittent de leurs fonctions ». Les nuances du langage sont très importantes, plus particulièrement, dans un milieu de soins de santé, précise Cecil Canteenwalla.

« Par exemple, la langue et le jargon propres à une profession existent. Nous avions un étudiant du Royaume-Uni qui ne connaissait pas le terme "stats" et ne cessait de se demander pourquoi les gens employaient le terme "stats"… Ce sont de petites choses qui peuvent effriter la confiance d'une personne », affirme Cecil Canteenwalla.

« Imaginez vous en train de communiquer dans un milieu de soins de santé bruyant et intense, où tout est important et urgent. Si vous n'avez pas de compétences linguistiques, vous passerez inaperçu ».

Suite à la page 14.

Le Michener Institute met au point un outil linguistique pour aider les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE)

En créant un programme linguistique accessible (le programme A&O) pour combler les lacunes relevées dans le cadre d'une évaluation, le Michener Institute compte éliminer les barrières linguistiques limitant l'accès aux professions de la santé et, ainsi, aider deux fois plus de PSFE à obtenir les compétences requises pour occuper un emploi dans le secteur de la santé.

Pour obtenir d'autres renseignements au sujet du programme A&O, communiquez avec Cecil Canteenwalla au 416-596-3150 ou à ccanteenwalla@michener.ca.

FAITS: Access and Options program (Programme Accès et Options) Michener Institute for Applied Health Sciences

Données : plus de 200 étudiants ont suivi le programme A&O et réussi les examens d'accréditation depuis 2002.
Objectif premier : PSFE œuvrant dans les domaines suivants : travail en laboratoire et radiographie.
Objectif second : PSFE formés dans les domaines suivants : inhalothérapie, imagerie par résonance magnétique et cytologie.
Prochain objectif : domaine de la médecine nucléaire

Site Web du programme A&O : http://www.michener.ca/access/expl.php

Santé des Premières nations et des Inuits

L'objectif du volet Santé des Premières nations et des Inuits de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé consiste à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie en matière de RHS qui permet de répondre aux besoins particuliers des Premières nations et des Inuits en services de santé, de résoudre les problèmes actuels, nouveaux et émergents, ainsi que de donner suite aux priorités de cette population dans ce domaine et d'intégrer le tout à la Stratégie pancanadienne, lorsqu'il convient de le faire.

En 2005-2006, Santé Canada a financé dix projets sous l'égide du volet Santé des Premières nations et des Inuits de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, communiquez avec Maureen Sweeny, gestionnaire des RHSOA, à l'adresse suivante : maureen_sweeny@hc-sc.gc.ca ou Simon Brascoupe, gestionnaire principal des RHSOA, à l'adresse suivante : simon_brascoupe@hc-sc.gc.ca

Santé en classe : Un module interactif d'enseignement encourage de jeunes Autochtones à ne pas quitter l'école et à envisager des carrières dans le domaine de la santé.

Selon la Fondation nationale des réalisations autochtones (FNRA), le fort taux de décrochage scolaire dans les réserves du Canada, est estimé à 70 %. Dans le cadre d'une campagne musclée en vue de faire infléchir cette tendance à la hausse, la FNRA a pris des mesures pour promouvoir certaines carrières auprès des jeunes à risque.

« Il s'agit d'inviter nos jeunes, qu'ils soient membres de Premières nations, qu'ils soient Métis ou Inuits, à ne pas abandonner l'école, à caresser de grands rêves et à songer réellement à viser des carrières qui leur procureront des emplois de qualité et qui répondront également aux besoins des communautés autochtones », affirme Roberta Jamieson, présidente de la FNRA.

Selon cette dernière, « le domaine de la santé a été retenu parce qu'il convient parfaitement. En effet, il s'agit d'un secteur en plein développement et il est bien connu que, dans l'ensemble du Canada, des besoins immenses existent en ce qui a trait à l'amélioration des soins de santé et à l'embauche d'un plus grand nombre d'Autochtones dans le secteur des ressources humaines en santé ».

Échéancier de Santé en classe :

Mai 2001 :

La FNRA a lancé Taking Pulse, une initiative destinée à augmenter les possibilités de formation et d'emploi offertes aux jeunes Autochtones. La FNRA a mené de vastes consultations auprès des éducateurs, des fonctionnaires provinciaux et fédéraux, des représentants du secteur privé et des Autochtones en vue d'examiner des façons d'améliorer l'emploi chez les Autochtones.

Septembre 2003 :

À la deuxième conférence Taking Pulse, la FNRA propose le programme « L'industrie dans la classe », fondé sur un programme d'études, pour accroître la sensibilisation et l'intérêt dans les secteurs clés de l'emploi notamment dans le domaine de la santé.

2005-2006 :

Santé Canada octroie 150 000 $ au module Santé en classe qui fait partie de la série « L'industrie dans la classe ».

Années subséquentes :

La FNRA espère élaborer des programmes d'étude, des documents de référence et un module en ce qui a trait à d'autres secteurs d'activité, notamment aux secteurs minier, bancaire/finan-

Le module met actuellement l'accent sur la promotion des professions suivantes : médecin, infirmière, sage-femme, diététiste et physiothérapeute. Un consensus a été obtenu dans le cadre des consultations du FNRA auprès du Groupe de référence sur les ressources humaines en santé et de l'Organisation mondiale de la santé autochtone.
« Nous disposons à présent d'un excellent outil qui touche à tous les domaines des ressources humaines en santé », soutient Roberta Jamieson au sujet du projet. « Je crois que nous devons dorénavant réfléchir à la façon de produire un module spécialisé portant sur les professions relatives à la médecine et aux soins infirmiers. Nous avons tendance à penser que les médecins sont des médecins de famille, mais, en réalité, il existe un large éventail de spécialités médicales ».

Aux dires de Roberta Jamieson, « le premier défi à relever est d'encourager nos jeunes à ne pas quitter l'école et de leur montrer qu'il existe des possibilités de carrière qui sont envisageables. Elle poursuit en disant que les jeunes sont stimulés par la présentation, sur fond de hip-hop, d'une vidéo sur les modèles de fonction professionnelle. Un programme de cours comprenant notamment des

Suite à la page 16.

Santé en classe :
Un module interactif d'enseignement encourage de jeunes Autochtones à ne pas quitter l'école et à envisager des carrières dans le domaine de la santé.

renseignements concrets sur les carrières, un cercle de la parole, des travaux de constitution d'équipe, des jeux-questionnaires et un jeu de mémoire/carte interactif a été conçu pour accompagner le module et renforcer la motivation.

« Nous avons demandé aux jeunes : Qu'est-ce qui vous intéresse? Que trouvez-vous ennuyant? Qu'est-ce qui est attrayant? Comment voulez-vous être informés de ces questions? Ils ont influencé la façon dont le contenu du module a été présenté », précise Roberta Jamieson.

Selon cette dernière, « les personnes à qui nous nous adressons sont plus motivées lorsqu'elles voient vos visages et nos modèles de fonction professionnelle et c'est pourquoi des initiatives comme celles-ci sont si importantes. C'est l'élément de motivation le plus puissant - voir ces personnes se réaliser. Montrer aux jeunes ce qui est possible lorsqu'on a le bon soutien et l'inspiration nécessaire pour réaliser son potentiel ».

Jennifer Podemski, productrice - création, Prix nationaux d'excellence décernés aux Autochtones, a visité des écoles secondaires à Calgary à titre de conférencière invitée pour motiver les jeunes.

« C'est difficile », voilà les propos de Jennifer Podemski au sujet de la motivation des jeunes. « Cela m'est arrivé souvent et je trouve qu'il est ardu de nos jours de susciter l'intérêt des jeunes pour autre chose que MTV, mais il semble que je sois parvenue à les intéresser réellement. Annoncer qu'un professionnel de la santé va venir vous parler lorsque vous êtes en 9e ou en 10e année n'a pas l'air très intéressant, mais nous avons fait en sorte que cela le soit ».

Commentaires :
Santé en classe

« C'était amusant. J'ai aimé. C'était comme rencontrer une célébrité. J'aimerais le revoir! »
Jeune fille de 15 ans, 9e année

« Je suis vraiment contente que vous soyez venus à notre école. »
Jeune fille de 16 ans, 9e année

« J'ai aimé. C'était vraiment intéressant. »
Jeune garçon de 13 ans, 8e année

« Cela m'aidera à ne pas quitter l'école. »
Jeune fille de 16 ans, 9e année

« J'ai beaucoup aimé le clip et la musique. »
Jeune fille de 16 ans, 9e année

« Le contenu a soutenu l'intérêt des élèves, ce qui veut dire que c'est bon et utile. Les étudiants peuvent s'identifier à ce qui leur est présenté. »
Enseignant

(Source : FNRA)

Lorne Cardinal, un acteur canadien d'origine cree, mieux connu pour son interprétation de l'agent de police, Davis Quinton, dans la populaire émission, « Corner Gas », a joué dans la vidéo le rôle d'un conseiller d'orientation.

« Il n'est pas facile de décrire ce rôle au téléphone », précise en riant Roberta Jamieson. « Il y a de l'humour et on s'adresse aux jeunes en parlant leur langue ».

La FNRA s'emploie à mettre au point des outils pour surveiller les répercussions de l'initiative Santé en classe.

La FNRA a également un module éducatif qui porte sur les Inuits et les professions de la santé. Dans les deux cas, on vise les jeunes âgés de 14 à 18 ans.

Cette année, la FNRA, avec l'aide du gouvernement fédéral, a accordé des bourses d'études à 272 jeunes des Premières nations et des populations métisses et inuites qui sont intéressés par des carrières dans le domaine de la santé. « Cela dépasse tout ce que nous avons accordé auparavant », déclare Roberta Jamieson. Elle ajoute que l'initiative stimule les jeunes à choisir ces professions.

Jennifer Podemski estime « qu'il est important que les jeunes, peu importe où ils habitent, soient informés des différentes possibilités de carrière selon un point de vue original ».

Pour obtenir d'autres renseignements au sujet de cette initiative, communiquez avec Wendy Johnson, directrice de Taking Pulse, à l'adresse électronique suivante : wjohnson@naaf.ca

Suite à la page 17.

Santé en classe :
Un module interactif d'enseignement encourage de jeunes Autochtones à ne pas quitter l'école et à envisager des carrières dans le domaine de la santé.

FAITS : Santé en classe

De janvier 2005 à avril 2006, une cinquantaine d'écoles environ ont participé aux séances Santé en classe.

La vidéo Santé en classe a été produite par la Fondation nationale des réalisations autochtones et réalisée par Jeff Dorn. Ce dernier a produit trois vidéos Taking Pulse pour les modules Le cercle de justice et Santé en classe et une version inuit du module Santé en classe. Ces vidéos visaient les jeunes du Nunavut. Avant de travailler sur ce projet, Jeff Dorn travaillait comme producteur et réalisateur pour CBC North (service de télévision du Nord de la CBC).

Le projet a un autre lien avec la CBC : Pakesso Mukash, ancien animateur de Maamuitaau, une émission cree d'affaires publiques hebdomadaire présentée par CBC North, est un membre du groupe CerAmony (ainsi que Matthew Iserhoff et Anthony Moses) qui a composé la chanson titre :*You Can Achieve It*. CerAmony a joué dans de nombreux festivals et lors de la cérémonie des Canadian Aboriginal Music Awards (gala pour la musique autochtone canadienne).

Cartes utilisées dans le module. (Source : FNRA)

Selon Jeff Dorn, neuf acteurs professionnels, dont Lorne Cardinal, ont participé à la vidéo et le tournage s'est déroulé sur sept jours. La vidéo Santé en classe a été tournée exclusivement en Ontario, soit à Moose Factory, à Toronto, au lac Whitefish et à Sudbury.