

 This content was archived on June 24, 2013.

Archived Content

Information identified as archived on the Web is for reference, research or recordkeeping purposes. It has not been altered or updated after the date of archiving. Web pages that are archived on the Web are not subject to the Government of Canada Web Standards. As per the [Communications Policy of the Government of Canada](#), you can request alternate formats on the "[Contact Us](#)" page.



mai 2008

Edition 5

ISSN 1911-8325

CONNEXION : RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Voici le cinquième numéro de Connexion : ressources humaines en santé, le bulletin électronique de la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé (DSMRHS), qui relève de la Direction des politiques de soins de santé de Santé Canada. Ce bulletin est archivé sur le site Web de la DSRHC à l'adresse suivante : www.ressources-humaines-en-sante.ca.

Ce numéro de Connexion RHS porte principalement sur la conférence Ressources humaines de la santé 2007 : Des enjeux et des gens qui s'est tenue

du 4 au 6 décembre 2007 à l'hôtel Crowne Plaza d'Ottawa. On peut lire le programme de la conférence en cliquant sur le lien suivant : http://www.conferencesicis.ca/fr/RHS2007/pro_program_f.shtml.

Un bref synopsis du Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne et les points saillants de l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger figurent aussi à la fin du bulletin.

Pour vous inscrire à la liste d'envoi du

bulletin ou nous faire connaître vos commentaires, veuillez écrire à l'adresse courriel suivante : hhrconnection-connexionrhs@hc-sc.gc.ca.



Renouvellement du programme de contributions

Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé



En février 2008, les modalités du Programme de contribution de la politique des soins de santé ont été renouvelées pour la période allant du 1er avril 2008 à mars 2013.

Ce Programme compte cinq volets : la Stratégie des ressources humaines en santé, l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger, l'Initiative nationale de réduction des temps d'attente, le fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente, et les contributions essentielles qui financent les questions liées aux politiques de la santé, comme les soins de santé primaires, les soins aux malades chroniques, les soins à domicile, les soins continus, les soins palliatifs et les soins en fin de vie. Le renouvellement des modalités permet au Programme de poursuivre le financement de tous les volets et de leurs projets respectifs liés aux politiques de soins de santé.

Au cours des cinq prochaines années, le Programme de contribution de la politique des soins de santé veillera à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie de gestion du rendement et du risque de façon à ce que le Programme soit à l'origine d'une amélioration des

processus et permette d'atteindre de meilleurs résultats. Santé Canada travaille à l'élaboration d'indicateurs de rendement, d'outils d'évaluation et de documents de formation pour aider le personnel et les bénéficiaires de financement relativement à la collecte de données et à la production de rapports.

Le Programme mènera enfin à la formulation de recommandations issues de l'évaluation sommative faite sur le Programme qui a été menée dans le cadre du processus de renouvellement. Une mise à jour de l'évaluation du Programme et de la mise en œuvre des nouvelles stratégies de gestion du risque et du rendement paraîtront dans le prochain bulletin.

Conférence inaugurale sur les ressources humaines en santé tenue à Ottawa

La conférence intitulée *Ressources humaines de la santé 2007 : Des enjeux et des gens* a réuni plus de 300 professionnels de la santé, planificateurs et chercheurs de partout au Canada et était organisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en partenariat avec Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et les Instituts de recherche en santé du Canada

Cette conférence a fait ressortir les connexions entre les initiatives des ressources humaines en santé à l'échelle nationale, provinciale, régionale et locale. Elle portait sur le renforcement des relations entre les groupes importants qui ont un intérêt dans la recherche, la gestion et la planification des ressources humaines en santé. Cette conférence a aussi constitué une occasion de mettre sous les feux de la rampe des initiatives de

planification des ressources humaines en santé qui étaient jusqu'ici demeurées « dans les tranchées » et a permis de mettre en évidence l'état actuel des données sur les ressources humaines en santé et l'orientation proposée relativement aux problèmes et défis communs qui en découlent..

Pour de plus amples renseignements, écrivez au hhr@cihi.ca.

La question autochtone demeure présente tout au long de la conférence

Pendant chacun des trois jours de la conférence, le point de vue autochtone a été exprimé dans tous les ateliers et chacune des présentations.

La conférence comportait quatre grands thèmes pour les sessions simultanées : recrutement et maintien des effectifs; transfert des données, des recherches et des connaissances; liens entre l'éducation et les ressources humaines en santé; et dosage idéal des éléments. Des représentants de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) faisaient partie de l'équipe de planification de la conférence.

Jour 1

Le cadre supérieur de l'IRHSA, M. Simon Brascoupé, a fait une présentation sur l'initiative lors de l'atelier préparatoire intitulé *Derniers développements des ressources humaines de la santé au Canada*. M. Brascoupé a exposé dans le détail l'IRHSA et ses liens avec la Stratégie sur les ressources humaines en santé. L'IRHSA a été mise en place en 2004 et est destinée à améliorer l'état de santé des peuples autochtones ainsi que

l'adaptation des services de santé pour satisfaire leurs besoins. Plus précisément, la Stratégie vise à augmenter le nombre d'Autochtones travaillant dans les domaines liés à la santé, à améliorer les connaissances culturelles des fournisseurs de services aux Premières nations et aux Métis, ainsi qu'à améliorer la conservation des travailleurs du milieu de la santé.

Jour 2

Mesdames Émilie Lecompte (candidate au doctorat), Cléo Big Eagle et Kate Humpage (directrice au sein des Affaires autochtones de Ressources humaines et développement social Canada [RHDSC]) ont fait une présentation sur les *Questions liées aux données démographiques et au milieu de travail relativement aux ressources humaines autochtones de la santé*. Elles ont comparé les données de recensement de 1996 et de 2001 sur les Autochtones et ont mis en évidence les tendances liées aux professionnels de la santé autochtones au Canada. On remarque notamment une augmentation du personnel autochtone dans la main-d'œuvre des soins de santé.

Une session plénière intitulée *Perspectives sur la protection des renseignements personnels des RHS* a présenté une nouvelle perspective autochtone à la conférence sur les RHS. Krista Yao, avocate du cabinet Nadjiwan, à North Bay (Ontario), a fait une présentation sur les principes de la propriété, du contrôle, de l'accès et de la possession, et a parlé du risque possible de violation de la vie privée lors des recherches. Mme Yao a également expliqué les raisons historiques pour lesquelles les Autochtones sont inquiets relativement aux activités des chercheurs.

Jour 3

Steven Vanloffeld de l'Organisation nationale de la santé autochtone a participé à la session intitulée *Le grand débat*, dont le sujet était « Le Canada gère-t-il mieux les RHS qu'il y a dix ans? ».

Il a démontré qu'il y avait une lacune dans les données longitudinales des RHS, a expliqué dans le détail les problèmes qui doivent être réglés dans les RHS des Autochtones et les progrès qui ont été réalisés depuis 2004.

La question autochtone demeure présente tout au long de la conférence

Le point de vue autochtone a également été inclus dans la discussion en groupe, *Accent sur les titres d'admissibilité à la pratique*. P. Gaye Hanson de Hanson and Associates a fait une présentation sur les problèmes concernant les titres d'admissibilité à la pratique chez les Autochtones. Elle a insisté sur le fait que les étudiants autochtones arrivent avec une expérience différente et qu'ils viennent de régions urbaines, rurales et éloignées différentes. Elle a également fait remarquer qu'il est difficile pour certains étudiants autochtones d'avoir accès aux programmes de santé qui exigent plus qu'un baccalauréat (maîtrise) afin de poursuivre une carrière en soins de santé.

Pendant sa présentation, *Ranimer le cœur des soins de santé : Créer une culture d'appartenance et d'excellence* le Dr John B. Izzo a mentionné qu'il est important de chercher à créer des milieux de travail valorisants et de voir la spiritualité comme une source de « bonne médecine ». Il a fait remarquer que la culture, la spiritualité et la médecine devraient toutes contribuer dans un esprit de collaboration à améliorer le cœur des soins de santé, et particulièrement parmi les Autochtones.

Les RHS dans les Amériques Principaux défis et objectifs régionaux

L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) est un organisme international de santé publique qui travaille depuis plus de 100 ans d'expérience à améliorer normes de santé et la qualité de vie dans les pays des Amériques. Il fait également office de bureau régional pour les Amériques auprès de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et jouit d'une reconnaissance internationale en tant que constituant du réseau des Nations Unies.

Le but général de l'OPS est d'aider chaque pays des Amériques à atteindre un accès équitable à un personnel adéquatement formé et motivé et à une main-d'œuvre durable qui contribue à élever le niveau des soins de santé autant que faire se peut.

L'article suivant s'inspire de la présentation de Félix Rigoli et de Marie Glorioso Ingabire de l'OPS à l'ICIS présenté à la conférence *Ressources humaines en santé 2007*. Les deux présentateurs ont traité des objectifs régionaux et des défis à relever dans les Amériques.

Tendances en matière de RHS

Le rapport sur la santé dans le monde de 2006, intitulé *Travaillons ensemble pour la santé*, a évalué qu'il y avait 59,2 millions de travailleurs de la santé à temps plein dans le monde (fournisseurs de soins de santé, services de gestion de la santé et employés de soutien). De ce nombre, plus 21,7 millions (36,6 %) vivent dans les Amériques.

D'après l'étude effectuée par l'Initiative conjointe de formation en 2004, le rapport sur la santé dans le monde affirme également que la densité minimale de RHS

(médecins, infirmières, sages-femmes) par habitant devrait être de 25 pour 10 000.

Ce ratio par rapport à la population a ses limites. En plus du ratio, les facteurs comme l'organisation des services de santé, le statut d'emploi des intervenants en santé, leurs mélanges de compétences et la composition du personnel, et la qualité des milieux de travail jouent un rôle très important pour ce qui est de déterminer les répercussions que les intervenants en santé ont sur les effets sur la santé des populations qu'ils desservent.

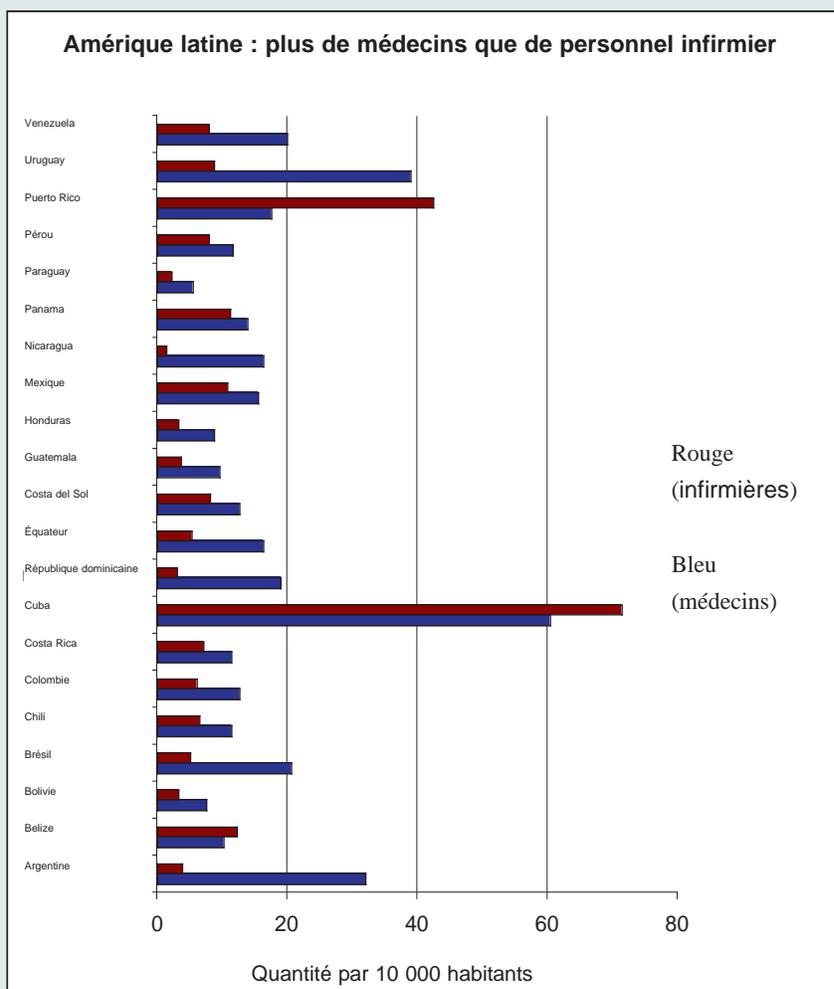
Malgré ses limites, ce ratio fournit certaines indications sur la disponibilité générale des intervenants en santé et peut offrir une mesure approximative en vue d'effectuer des comparaisons à l'échelle internationale.

En 2000, plus de 163 millions de personnes dans les Amériques résidaient dans des endroits où la densité des RHS se situait sous le niveau cible souhaitable de 25 pour 10 000 déterminé par l'Organisation mondiale de la santé.

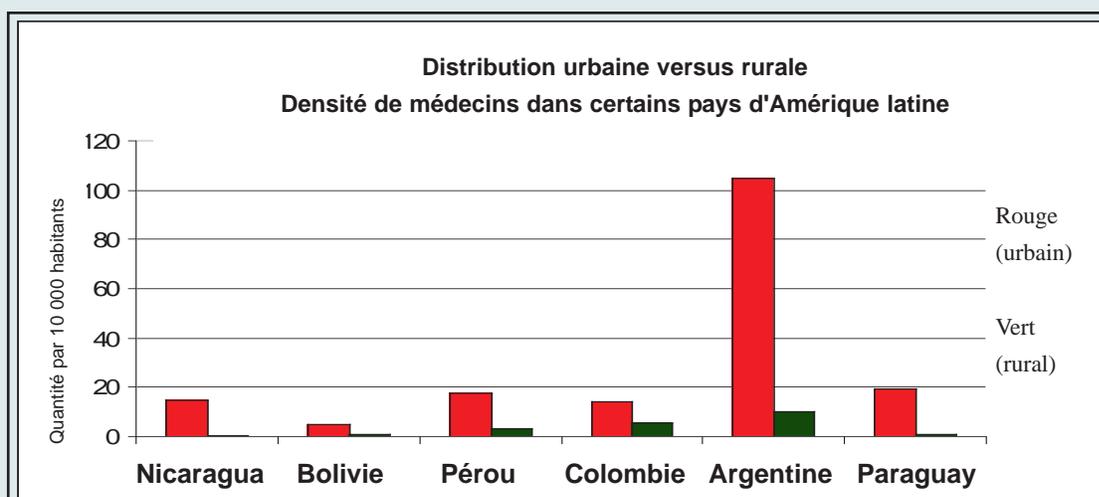
Beaucoup de pays des Amériques vivent des difficultés liées aux RHS comme la répartition inadéquate des ressources, le manque de compétences et de qualifications appropriées pour répondre aux besoins en santé de la population, ainsi que les piètres conditions de travail.

Les graphiques de la page 4 montrent la prédominance élevée de médecins par rapport au personnel infirmier en Amérique latine et la répartition géographique inadéquate observée dans les pays sélectionnés comptant relativement plus de médecins dans les régions urbaines que rurales.

Les RHS dans les Amériques Principaux défis et objectifs régionaux



Source : Organisation panaméricaine de la santé, *Health Analysis and Information Systems*, 2001-2005. Washington, D.C., 2005.



Les RHS dans les Amériques

Principaux défis et objectifs régionaux

Appel à l'action de Toronto

L'ampleur des défis en matière de RHS auxquels sont confrontés les pays des Amériques nécessite des changements importants et des interventions innovatrices, y compris des efforts multisectoriels dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la main-d'œuvre et des finances en vue de favoriser la collaboration entre les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, ont souligné les présentateurs de l'OPS.

Les cinq défis cruciaux déterminés lors de la Septième réunion régionale des Observatories of Human Resources for Health qui s'est déroulée à Toronto, Canada, en octobre 2005, sont devenues la plate-forme commune pour l'Appel à l'action de Toronto pour des ressources humaines en santé bien portantes pour la décennie à venir.

L'appel à l'action de Toronto constitue un engagement des pays dans les Amériques à s'attaquer aux principaux défis des RHS fréquemment remarqués. Pour en savoir plus, consultez le site Web <http://www.observatoriorh.org/Toronto/index.html>.

L'appel à l'action de Toronto demande l'élaboration de politiques et de projets factuels à long terme, la présence des bonnes personnes aux bonnes places, l'établissement de liens solides entre les établissements de formation et les établissements de prestation de services de santé, l'amélioration des conditions de travail, la mise en place d'incitatifs pour des milieux de travail sains et l'étude de façons de mettre en œuvre les stratégies de maintien des effectifs en santé.

Lors de la Conférence sanitaire panaméricaine d'octobre 2007, tous les pays de la Région ont donné leur accord sur une résolution comportant vingt défis pour les RHS de 2007 à 2015. Ces vingt défis se répartissent entre les cinq défis cruciaux déterminés dans le programme de santé pour les Amériques et l'appel à l'action de Toronto. Ces objectifs régionaux sont affichés sur le site Web <http://www.paho.org/french/gov/csp/cs/p27-10-f.pdf>

Les cinq défis et les vingt objectifs qui y sont reliés figurent aux pages 6, 7 et 8 de ce bulletin.

Les objectifs représentent une volonté et un engagement renouvelés de pays des Amériques pour régler ensemble les problèmes relativement aux RHS. Dans les objectifs, on recommande les soins de santé primaires comme modèle de prestation de soins. Les objectifs sont délibérément généraux et non normatifs pour que chaque pays puisse choisir lesquels sont pertinents selon le contexte qui leur est propre, les adapter ainsi que définir et établir les indicateurs appropriés pour des données de départ et la surveillance des progrès accomplis.

En aidant les pays à réaliser ces engagements, l'OPS a coordonné diverses initiatives de collaboration avec ses partenaires, notamment :

Une méthodologie de planification des RHS d'après les besoins qui est mise en œuvre en Jamaïque et au Brésil, en collaboration avec la Dalhousie University. Le projet est dirigé par Gail Tomblin Murphy.

Des études sur le service des RHS axées sur la conception, la fonction et les ressources du système de soins de santé ont été effectuées à l'échelle nationale dans plus de 15 pays à travers les Amériques.

Les autres initiatives de l'OPS comprennent la création d'un cours de gestion et planification des RHS pour renforcer la capacité interne de chacun des pays afin d'améliorer la planification fondée sur la preuve et la gestion efficace des RHS. Ce cours est conçu pour les anglophones des Caraïbes et sera offert dans d'autres pays à une date ultérieure.

Un autre projet comprend la gestion des données et vise à établir la capacité des pays à recueillir les données, tout en évaluant leur qualité. Les pays des Caraïbes sélectionnés (Barbade, Belize, les pays situés dans l'Est des Caraïbes, la Jamaïque, Trinidad et Tobago) forment la première phase de ce projet dans la Région et les résultats obtenus feront l'objet d'une diffusion.

Les initiatives de l'OPS répondent aux demandes des pays et sont élaborées et mises en œuvre au rythme de chaque pays. L'engagement du Canada est adéquat et se conforme bien aux objectifs énoncés.

D'autres mises à jour sur les activités de collaboration entre Santé Canada et l'OPS seront données dans les prochains bulletins Connexion RHS.

D'ici là, si vous désirez en savoir plus sur les initiatives en matière de RHS de l'OPS, veuillez communiquer avec Marie-Gloriose Ingabire en écrivant à ingabirm@paho.org.

Les RHS dans les Amériques

Principaux défis et objectifs régionaux

Défis	Objectifs
<p>Définir des politiques et des plans à long terme pour mieux adapter le personnel et le préparer ainsi à répondre aux changements prévus dans les systèmes de santé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le ratio de densité des ressources humaines atteindra 25 professionnels pour 10 000 habitants. 2. La proportion de médecins de soins de santé primaires dépassera 40 % du personnel médical total. 3. Tous les pays compteront des équipes de soins de santé primaires avec une vaste gamme de compétences et qui incluent systématiquement les agents de santé, pour arriver aux groupes vulnérables et mobiliser les réseaux communautaires. 4. Le ratio entre le personnel infirmier qualifié et les médecins sera d'au moins 1:1 dans tous les pays. 5. Tous les pays de la Région se seront donné une cellule stratégique des ressources humaines en santé responsable de la formulation des politiques et plans des ressources humaines et de la définition des directions stratégiques et négociations avec d'autres partenaires.
<p>Placer les bonnes personnes dans les bons endroits, pour répondre aux besoins spécifiques sur le plan santé de ces populations.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. L'écart dans la distribution du personnel de santé entre les zones urbaines et rurales sera réduit de moitié en 2015. 7. Au moins 70 % des agents de soins de santé primaires posséderont des compétences interculturelles et en santé publique. 8. Soixante-dix pour cent des infirmiers, aides-infirmiers et techniciens de santé, y compris les agents de santé communautaires, auront mis à jour leurs compétences et aptitudes selon les complexités de leurs fonctions. 9. Trente pour cent des agents de santé dans les contextes de soins de santé primaires seront recrutés par leurs propres communautés.

Les RHS dans les Amériques

Principaux défis et objectifs régionaux

Défis	Objectifs
<p>Promouvoir les initiatives nationales et internationales pour que les pays en développement puissent garder leur personnel soignant et éviter les déficits de personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 10. Tous les pays de la Région auront adopté un code mondial ou se seront donné des normes sur le recrutement international des agents de soins de santé. 11. Tous les pays de la Région disposeront d'une politique d'autosuffisance pour répondre à leurs besoins sur le plan des ressources humaines en santé. 12. Toutes les sous-régions se donneront des mécanismes mutuels pour la reconnaissance des professionnels formés à l'étranger.
<p>Encourager un contexte de travail favorable et un engagement de la main d'œuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 13. La proportion d'emplois précaires et sans protection pour les prestataires de soins de santé sera diminuée de moitié dans tous les pays. 14. Quatre-vingts pour cent des pays de la Région disposeront d'une politique assurant la santé et la sécurité des agents de santé, notamment de programmes visant à diminuer les blessures et accidents de travail. 15. Au moins 60 % des responsables de service et programme de santé posséderont les bonnes compétences en santé publique et gestion et maîtriseront notamment les aspects déontologiques. 16. Tous les pays de la Région seront dotés de mécanismes de négociation et lois permettant de prévenir, de gérer ou de résoudre les conflits de main-d'œuvre et, si tant est qu'ils surviennent, de garantir la prestation de services essentiels.

Les RHS dans les Amériques

Principaux défis et objectifs régionaux

Défis	Objectifs
<p>Mettre en place des mécanismes de collaboration entre les établissements d'enseignement et les institutions de services de santé pour pouvoir adapter l'éducation des agents de santé en vertu d'un modèle universel et équitable de prestation de soins de qualité.</p>	<p>17. Quatre-vingts pour cent des écoles de sciences de la santé cliniques auront réorienté leur éducation vers les soins de santé primaires et les besoins en santé communautaire et auront adopté des stratégies de formation interprofessionnelle.</p> <p>18. Quatre-vingt pour cent des écoles de sciences de la santé cliniques auront adopté des programmes spécifiques pour recruter et former des étudiants de groupes peu desservis en insistant, le cas échéant, sur les communautés autochtones ou des Premières nations.</p> <p>19. Les taux d'abandon dans les écoles de soins infirmiers et les facultés de médecine ne dépasseront pas 20 %.</p> <p>20. Soixante-dix pour cent des écoles de sciences de la santé cliniques et de santé publique seront homologuées par des organismes reconnus d'homologation.</p>

Premier cadre de planification concertée des RHS à l'échelle pancanadienne : Un synopsis

En 2004 et 2005, le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et ressources humaines (CCPSSRH) a élaboré le premier cadre pancanadien de planification concertée pour une approche plus coopérative de la planification des RHS. Les ministres de la Santé ont approuvé ce cadre en octobre 2005.

En 2006, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont également consulté les groupes d'intervenants (instituts de recherche, groupes autochtones nationaux, organismes du secteur de la santé, associations professionnelles de la santé, organismes de réglementation professionnels, etc.) à l'aide de

Pourquoi préconiser le cadre?

Si les administrations continuent à utiliser une approche de planification fondée sur les tendances, les effets suivants continueront de se faire sentir :

- incapacité à prévoir les changements au niveau des besoins de la population et du système de santé et incapacité à y répondre;
- cycles d'excédents et de pénuries d'effectifs en médecine, en sciences infirmières et dans les autres professions de la santé;
- taux élevé de renouvellement et d'attrition du personnel;
- déstabilisation du corps professionnel;
- concurrence accrue face à des ressources limitées.

Texte tiré de la page 5 du document Un cadre pour la planification concertée pancanadienne des ressources humaines en santé, mars 2007.

Premier cadre de planification concertée des RHS à l'échelle pancanadienne : Un synopsis

consultations sur le Web et de rencontres en personne. Ces consultations ont apporté des indications quant à la façon dont les intervenants peuvent appuyer le plan d'action du cadre, y contribuer et le mettre en œuvre.

Le cadre est à présent un outil utilisé par les provinces et territoires au moment d'examiner leurs propres besoins en RHS. Lors de la Conférence sur les ressources humaines de la santé 2007 de l'Institut canadien d'information sur la santé, les principaux conférenciers ont reconnu le cadre comme une ressource de planification importante des RHS.

Objectifs d'importance concernant le cadre

À l'aide de la nouvelle approche pancanadienne de planification des RHS, chaque administration* continuera de planifier son propre système de soins de santé, de concevoir son propre modèle de prestation de services et d'élaborer ainsi que de mettre en œuvre ses propres politiques et projets. Cependant, chacune le fera dans le contexte d'un système plus grand qui partage l'information et collabore à l'élaboration d'un nombre et d'un mélange optimal de fournisseurs afin de répondre aux besoins de toutes les administrations. L'objectif du cadre est d'organiser et de maintenir une main-d'œuvre dans le domaine de la santé qui assurera le renouvellement des soins de santé.

*La province de Québec considère que la planification des RHS relève de sa responsabilité exclusive. Elle n'a pas contribué à l'élaboration de ce

rapport et n'entend pas participer à une stratégie pancanadienne de planification concertée des RHS. Elle reste toutefois ouverte aux échanges de données et de pratiques exemplaires avec les autres administrations.

Défis actuels liés à la planification des RHS

Il existe deux différences importantes entre l'approche pancanadienne actuelle et l'approche traditionnelle de planification des RHS. La première est la collaboration. Historiquement, chaque province et chaque territoire du Canada travaillait de façon cloisonnée à la conception de son système de services, à la création de modèles de prestation de services et aux plans des RHS.

Cela a résulté en une concurrence entre les administrations et à un accès à des ressources humaines limitées. À l'intérieur du cadre, chaque administration continuera à planifier son propre système de soins de santé tout en partageant l'information et en travaillant en étroite collaboration avec les autres administrations.

La deuxième différence est que le plan actuel s'inspire du changement dans les besoins de la population en matière de soins de santé. Au Canada, l'approche traditionnelle consistait à planifier les RHS en fonction d'une analyse de l'utilisation historique de l'offre de services afin de répondre aux besoins à court terme. Par exemple, lorsqu'elles étaient confrontées à des pénuries dans certaines disciplines, les diverses administrations avaient tendance à augmenter places de formation disponibles et à les réduire s'il y avait un surplus de

professionnels, et si des contraintes budgétaires se faisaient sentir, il y avait des coupures ou une réduction du nombre de postes à temps plein. Le problème en ce qui a trait à cette approche est que la planification est axée sur le passé au lieu de l'avenir sans tenir compte des nouvelles façons de dispenser les services et qu'elle est basée sur des données de faible qualité et des hypothèses douteuses.

Les avantages d'une approche FPT de planification concertée

Les retombées bénéfiques immédiates sont les suivantes :

Capacité accrue de mise en pratique des politiques et d'établissement des priorités visant à améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de ces services à un prix abordable.

Capacité accrue de partager les pratiques exemplaires, de déterminer les besoins de la population en matière de soins de santé, d'influencer les facteurs qui régissent le système de soins de santé, et d'optimiser les résultats obtenus en termes de répercussions sur la santé des individus.

Moins de doublons coûteux dans la planification des initiatives FPT, notamment en ce qui a trait aux modèles prévisionnels et aux simulations.

Meilleure collaboration entre les administrations, ce qui facilite les procédures de négociation collective relativement à la rémunération.

Premier cadre de planification concertée des RHS à l'échelle pancanadienne : Un synopsis

Principes de collaboration

Permettre à chaque administration de concevoir son système de santé en fonction des besoins de la population et d'identifier les ressources humaines requises par le biais d'une procédure axée sur le patient, sensible aux aspects culturels, fondée sur des données probantes et soucieuse avant tout des résultats.

Rester dans une perspective de renouvellement des soins de santé et d'évolution du système dans sa conception pour s'assurer que le système de soins de santé réponds plus adéquatement aux besoins de la population canadienne, y compris aux besoins des Autochtones.

Favoriser la sécurité des patients.

Assurer la flexibilité d'un corps professionnel de la santé possédant le savoir, les habiletés pratiques et le jugement (c. à d. les compétences) nécessaires pour exercer dans le cadre de modèles de prestation interdisciplinaires, économiquement viables, novateurs et où la qualité prime.

Favoriser la santé et la sécurité au travail.

Favoriser la participation active des éducateurs, des employeurs, des instances de financement, des chercheurs et des prestataires de services au processus de planification.

Respecter les différences entre les administrations et les champs de compétence en matière de prestation des services et refléter la responsabilité commune d'assurer un leadership au sein du système de santé.

Viser une plus grande autosuffisance en matière de RHS.

Le Plan d'action

Le Plan d'action comprend des principes pour favoriser la collaboration parmi les administrations; les objectifs qui y sont rattachés sont les suivants :

Améliorer la capacité de chaque administration de planifier et d'optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des prestataires en fonction du système et des modèles de prestation choisis et des besoins de la population.

Améliorer la capacité de chaque administration de mettre en place, en

étroite collaboration avec le système d'éducation, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et aux besoins de la population.

Améliorer la capacité de chaque administration de se doter d'une palette adéquate de professionnels de la santé et de les répartir selon des modèles qui mettent à contribution toutes leurs compétences.

Améliorer la capacité de chaque administration de recruter et de maintenir en poste un corps professionnel viable dans un contexte de travail sain et sécuritaire.

Pour une copie du cadre et du Plan d'action, visitez le www.ressources-humaines-en-sante.ca

Étude du progrès de la Stratégie sur les ressources humaines en santé et de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger

En 2003 et 2004, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont reconnu la nécessité d'augmenter les effectifs de professionnels en soins de santé au Canada.

En 2004, chaque gouvernement s'est engagé à créer un plan d'action sur les RHS en fonction de l'évaluation des lacunes propres à leur administration. Cependant, aucun objectif commun de recrutement ou de formation concernant les professions spécifiques n'a été établi.

Le gouvernement fédéral continue de soutenir financièrement les RHS par le truchement de la Stratégie des RHS et

de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger. Ces initiatives viennent compléter les investissements directs des gouvernements provinciaux et territoriaux par l'élaboration de modèles prévisionnels et de modèles fondés sur les données pour les RHS, des recherches sur les politiques, l'établissement et la diffusion de pratiques et de modèles novateurs, et d'une capacité accrue de collaboration de la part de l'ensemble des partenaires responsables des RHS.

Santé Canada continue de travailler avec les provinces, territoires et autres organismes importants du domaine de

la santé afin d'améliorer la planification et la coordination des RHS au Canada.

Les dernières pages de ce bulletin exposent les objectifs, activités et réalisations concernant les divers constituants de la Stratégie et de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger.

Une description plus détaillée de chaque initiative est présentée à l'intérieur des rapports annuels affichés sur le site Web de la Direction des politiques de soins de santé : www.ressources-humaine-en-sante.ca

Planification des ressources humaines de la santé

La composante relative à la planification des RHS vient renforcer le côté factuel et la capacité FPT de planification des RHS en fournissant du financement pour la constitution de banques de données avec les organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada.

Réalisations à ce jour :

- création d'une **base de données nationale** pour les pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, technologues de laboratoire médical et technologues en radiation médicale.
- élaboration d'un *cadre pour la planification concertée pancanadienne des ressources humaines en santé*, qui définit une approche concertée pancanadienne de la planification et établit des priorités pour l'action spécifique de collaboration des administrations afin d'obtenir une main-d'œuvre plus stable et plus efficace dans le domaine de la santé.

Étude du progrès de la Stratégie sur les ressources humaines en santé et de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger

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

L'Initiative de la FIPCCP favorise l'adoption de la formation interprofessionnelle dans tous les secteurs de soins de santé en fournissant le financement par l'intermédiaire d'ententes avec 20 établissements de formation au pays afin d'élaborer un programme d'éducation pour la pratique concertée interprofessionnelle concernant à la fois les étudiants et les fournisseurs de soins de santé. De plus, 12 projets complémentaires ont été financés pour aplanir les barrières systémiques touchant la mise en œuvre et la durabilité de la FIPCCP au Canada.

Réalisations à ce jour :

- création d'un **programme de formation interprofessionnelle** en classe et en établissement clinique qui a mené à un accroissement du nombre d'établissements de formation offrant des **cours obligatoires en formation interprofessionnelle** (p. ex. la Memorial University a élaboré du matériel didactique relativement au droit d'exercice pour les étudiants en médecine, en sciences infirmières et en travail social).
- établissement du **Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé** comme agent de coordination pour l'établissement de pratiques exemplaires, de même que la diffusion et le transfert des connaissances dans le domaine de la FIPCCP.
- appui à l'établissement de **l'Association des Étudiants des Sciences de la Santé du Canada** (janvier 2005).

Composante autochtone de la stratégie des RHS

La composante autochtone de la Stratégie répond aux besoins uniques des services de santé des Premières nations et des Inuits en mettant l'accent sur le recrutement et la promotion des carrières en soins de santé. Depuis 2004, la Stratégie a fourni du financement à 14 projets, principalement par l'intermédiaire d'organismes autochtones nationaux, en mettant l'accent sur la sensibilisation aux carrières en soins de santé et la promotion de ces carrières afin que davantage de jeunes des Premières nations et Inuits choisissent ce choix de carrière.

Réalisations à ce jour :

- une version préliminaire d'un **ensemble de données minimales sur les ressources humaines en santé autochtones spécifiques** a été établie pour soutenir la planification des RHS;
- le programme de promotion en classe des carrières en soins de santé et le Plan directeur pour l'avenir de la Fondation pour des réalisations autochtones nationales ont été appuyés.

Étude du progrès de la Stratégie sur les ressources humaines en santé et de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger

Recrutement et maintien de l'effectif

L'amélioration de la santé en milieu de travail et l'augmentation des effectifs, de la diversité et de la distribution des fournisseurs de soins de santé est une autre composante clé de la Stratégie. Santé Canada appuie 47 ententes menées par une vaste gamme d'intervenants des administrations nationales, y compris l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des pharmaciens du Canada.

Ce travail a été amorcé pour régler les interventions dans les milieux de travail de la santé, les effectifs, la diversité et la distribution des fournisseurs en soins de santé.

Réalisations à ce jour :

- soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires, aux stratégies de promotion pour améliorer l'image de la médecine familiale et à l'initiative de collaboration sur l'intra professionnalisme afin d'établir des relations plus solides entre les médecins de famille et les spécialistes.
- **amélioration de la collaboration entre intervenants** afin d'augmenter l'appui et la promotion des carrières en soins de santé.
- début d'une étude sur la formation médicale au Canada en fonction des besoins actuels et futurs afin de promouvoir l'excellence dans les soins aux patients par la réforme du système d'éducation médicale.
- création de l'Initiative **Qualité de vie au travail : Collaboration en matière de soins de santé** et d'une stratégie pour améliorer la qualité de vie au travail pour les fournisseurs de soins de santé du Canada afin d'appuyer la prestation des soins de santé et les résultats obtenus chez les patients.
- accumulation de preuves visant à montrer que les **initiatives relativement à la santé des milieux de travail** font une différence pour la santé des travailleurs sur la ligne de front (p. ex. démonstration des réductions d'absentéisme et des blessures chez les travailleurs en soins de santé avec économies de coûts à l'appui).
- appui au processus de consultation intensif dans six endroits au Canada pour favoriser la collaboration interprofessionnelle en consultant les pharmaciens, les médecins, les infirmières et un nombre d'autres professionnels en soins de santé sur le rôle futur des pharmaciens et les changements requis pour renforcer l'harmonisation de la profession avec les besoins en soins de santé des Canadiens et répondre au stress du système de soins de santé.

L'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IPSFE)

Les professionnels immigrants hautement qualifiés en soins de santé sont font face à des défis de taille en mettant leurs compétences au service du système de soins de santé du Canada. Au même moment, les pénuries en ressources humaines se font sentir dans beaucoup de professions en santé signalant ainsi la nécessité d'utiliser à meilleur escient les qualifications et les compétences des immigrants professionnels de la santé qui résident au Canada. D'ici les dix prochaines années, l'immigration tiendra totalement compte de la croissance de la main-d'œuvre nette, et compte tenu de ce fait, la nécessité de mettre en place des solutions efficaces relativement aux obstacles auxquels sont confronté les professionnels de la santé formés à l'étranger est essentielle. Le gouvernement passe à l'action par le biais de l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger. Des ententes de contribution ont été signées avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec les organismes du pays afin de trouver des solutions concertées et durables. La main-d'œuvre nationale et les groupes de travail fournissent à Santé Canada des conseils d'expert.

Même s'il s'agit d'une initiative relativement nouvelle lancée en 2005, on expérimente déjà des résultats prometteurs. Cette réussite précoce, venant en partie d'une excellente collaboration entre les divers paliers de gouvernement et les intervenants pour favoriser une approche plus coordonnée et sans reproche visant l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger, est essentielle.

Réalisations à ce jour :

- Des **programmes multimédia** pour les enseignants cliniques et les facultés travaillant directement avec les diplômés internationaux en médecine et les infirmières formées à l'international ont été créés et mis à l'essai.
- Près de 4 000 professionnels de la santé formés à l'étranger ont bénéficié des **centres et des services d'orientation et d'évaluation** nouvellement créés qui offrent des conseils spécialisés relativement aux permis et à l'emploi.
- Des **programmes passerelle** sont élaborés pour les technologues en radiation médicale, les technologues de laboratoire médical, les infirmières et les physiothérapeutes pour les aider à accroître les compétences requises en vue de l'obtention du permis.
- Le travail est en cours pour **harmoniser l'évaluation des diplômés internationaux en médecine** qui souhaitent s'inscrire en première année de résidence. Un objectif d'évaluation harmonisée est de fournir aux diplômés internationaux en médecine, de la documentation reconnue dans tout le Canada.
- **Des sources d'information en ligne et rédigées simplement** was created and ont été créées et lancées pour faciliter la compréhension des professionnels de la santé formés à l'étranger et connaître les étapes à suivre pour l'obtention d'un permis.
- **Un programme d'orientation** pour les professionnels de la santé formés à l'étranger a été conçu et mis à l'essai avec succès dans le cadre d'une collaboration efficace entre six différents représentants des professions de la santé et des administrations.