

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

RAPPORT SOMMAIRE
RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ AU CANADA

Les enjeux des professions médicale et infirmière



par

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

octobre 2002

CP32-82/2002 F-IN
0-662-87195-5

Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

CHERCHEUR PRINCIPAL, AUTEUR

Cathy Fooks

Directrice, Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

AUTEURS

Katya Duvalko

Département de la politique en matière de santé, gestion et évaluation, Université de Toronto.

Patricia Baranek

Consultante en recherches sur les services de santé, Département de la politique en matière de santé, gestion et évaluation, Université de Toronto.

Lise Lamothe

Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

Kent Rondeau

Département des sciences de la santé publique, Université de l'Alberta.

Participants de la table ronde nationale

- Pat Armstrong, professeur et Chaire de recherche en services de santé FCRSS/IRSC, Université York, Toronto.
- Hugh Armstrong, professeur, École de Travail Social, Université Carleton, Ottawa.
- Armand Boudreau, directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Michel Brazeau, directeur général, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa.
- Lynda Buske, directrice adjointe de la recherche, Association médicale canadienne, Ottawa.
- Rick Cameron, directeur, planification des ressources humaines en santé, Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse, Halifax.
- Janet Davies, directrice, politiques publiques, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa.
- Rocco Gerace, Secrétaire général, College of Physicians and Surgeons of Ontario, Toronto.
- Cal Gutkin, directeur exécutif, Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga.
- Paul Huras, CEO, Thames Valley District Health Council, London.
- Arminée Kazanjian, directrice adjointe, Centre for Health Services Research and Policy, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver.
- Natalie Lam, École de gestion, Université d'Ottawa, Ottawa.
- Lisa Little, consultante en ressources humaines en santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa.
- Geneviève Martin, agent de recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Régina
- Judith Maxwell, présidente, RCRPP, Ottawa.
- Tom McIntosh, coordinateur de la recherche, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Régina.
- Raymond Pong, directeur de recherche, Université Laurentienne, Sudbury.
- Judith Shamian, directeur exécutif, bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada, Ottawa.
- Robert Shearer, directeur, division des stratégies en matière de ressources humaines en santé, Santé Canada, Ottawa.
- Marlene Smadu, conseillère principale, soins infirmiers, Ressources humaines, Ministère de la santé de la Saskatchewan, Régina.
- Mary Beth Valentine, infirmière en chef de la province, Ontario Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto.
- Tom Ward, sous-ministre, Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse, Halifax.
- Arlene Wortsman, directrice, syndicats, Centre syndical et patronal du Canada, Ottawa.

Table des matières

Points saillants du rapport	v
Sommaire	vi
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte général	4
Que savons-nous?	6
Inventaire des publications	7
Enjeux en matière de prévision et de données	7
Enjeux en matière d'enseignement et de formation	8
Enjeux de la pratique professionnelle et du système	10
Le point sur la situation des médecins	10
Le point sur la situation des infirmières	13
Les enjeux du milieu de travail	14
Qu'est-ce que nous ignorons?	15
Qu'est-ce qui se fait maintenant?	16
Pourquoi la mise en oeuvre est-elle si difficile?	18
Problèmes de mise en oeuvre en matière de ressources humaines en santé	19
Problèmes généraux reliés à la mise en oeuvre	23
Que peut-on faire?	24
Bibliographie	29

Points saillants du rapport

- Les modèles servant à la prévision et à la collecte de données se sont améliorés au fil des ans, mais ils se limitent encore dans une large mesure à établir les chiffres des effectifs par rapport à l'ensemble d'une population donnée et à faire des projections pour déterminer les besoins futurs. Cette approche a été identifiée comme la méthode de planification la moins optimale.
- Dans l'examen des enjeux de l'enseignement et de la formation, l'accent est mis sur les préoccupations inspirées par les facteurs suivants : l'impact d'une spécialisation plus poussée et de la diplômanie; le décalage entre les programmes de formation et les besoins de la population en matière de santé; les incidences de l'augmentation des frais de scolarité dans les écoles professionnelles et la nécessité d'adopter des programmes d'études communs.
- Sur le plan démographique, la situation du personnel médical et infirmier au Canada est en train de changer, et ce personnel est en train de vieillir. L'augmentation du nombre de femmes oeuvrant dans le domaine médical aura des incidences profondes sur la prestation de services, car leurs choix de carrière et leur style de travail sont différents de ceux de leurs collègues masculins.
- Un examen des options stratégiques relatives aux incitations de recrutement et de rétention du personnel indique qu'un grand nombre des incitations négatives et positives utilisées jusqu'ici ont de faibles effets à long terme; le rapport souligne le fait qu'on n'a guère fait de progrès dans le recrutement de personnel non médical pour certaines activités de prestation de soins primaires, bien que l'efficacité de cette formule ait été bien établie.
- Le rapport contient une revue de la littérature relative à la qualité de la vie au travail du personnel infirmier et met l'accent sur le concept des hôpitaux dits hôpitaux-aimants. Les auteurs y utilisent une approche organisationnelle globale au recrutement et à la rétention des infirmières.
- À partir de la revue de la littérature et d'interviews avec des intervenants jouant un rôle clé dans le domaine, le rapport souligne les obstacles à la mise en oeuvre des initiatives envisagées, notamment le traitement de la planification des ressources humaines en santé comme un exercice stratégique distinct, plutôt que de l'intégrer à une autre activité stratégique; le fait de ne pas tenir compte de la complexité du secteur et des multiples moyens d'action qui interviennent dans le domaine des politiques quand on envisage d'opérer des changements majeurs; l'utilisation du personnel du système de soins de santé comme l'unité de planification plutôt que les besoins en santé de la population; les différences entre les régimes de réglementation et législatifs adoptés par les diverses provinces canadiennes; le caractère vague de la responsabilité rattachée à la prise de décision; le manque d'un mécanisme de coordination; le manque d'une vision nationale; l'élaboration indépendante de politiques par les provinces et les régions et la concurrence qu'elles se font souvent pour attirer un personnel limité.
- La principale recommandation du rapport consiste à modifier la culture associée aux politiques en matière de ressources humaines en santé par la création d'une fonction de coordination nationale en vue d'apporter une vision et un savoir-faire dans ce domaine et de fournir aux intervenants un terrain neutre où ils pourront se réunir pour entreprendre, à l'avenir, une planification intégrée des ressources.

Sommaire

Selon des articles publiés tous les jours dans les médias, le Canada n'a pas suffisamment de médecins et d'infirmières et nous devons en avoir davantage immédiatement. Ceux et celles qui oeuvrent dans le système des soins de santé sont surchargés et épuisés et ils s'en vont ailleurs. Nous devons corriger cette situation en augmentant le nombre de personnes qui oeuvrent dans le système. Il s'agit là d'affirmations faites fréquemment au cours des dernières années et qui sont appuyées par des rapports de recherche, des enquêtes, des articles portant sur des villages où il n'y a pas un seul médecin de famille et sur des hôpitaux incapables de combler des postes d'infirmières.

La solution proposée par les intervenants consiste à augmenter le personnel immédiatement. Cela semble simple. Mais ce n'est pas le cas. Dans les faits, il s'agit d'un sujet très prisé des médias, qui fait l'objet de propositions et de contrepropositions continues et qui constitue une source de frustrations pour les patients, les professionnels de la santé, les institutions de soins de santé et les gouvernements.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a commandé le présent examen de la planification des ressources humaines en santé au Canada. La Commission veut en particulier mieux comprendre pourquoi les efforts de mise en oeuvre n'ont pas été plus fructueux. Cette tâche a été confiée aux Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP). En raison des contraintes de temps et de ressources, les RCRPP se sont limités à examiner les recherches publiées sur les enjeux auxquels est confronté le personnel médical et infirmier et à effectuer une série d'interviews avec des intervenants clés. À cet effet, une table ronde nationale avec les intervenants a été convoquée à Ottawa en avril.

Le rapport traite principalement des obstacles à la mise en oeuvre des réformes et recommande la mise en place d'un mécanisme de coordination nationale afin de modifier la culture en matière de planification stratégique des ressources humaines en santé au Canada. Une revue détaillée de la littérature, une brève description des travaux actuels de planification effectués au Canada sur les médecins et les infirmières et une bibliographie complète se retrouvent sur le site Internet des RCRPP.

Après de longues années d'études, pourquoi est-ce que nous ne semblons pas avancer? Les chercheurs canadiens ont qualifié la planification des ressources humaines en santé de feuilleton classique : « Vous décrochez pour quelques années et il y a fort à parier qu'à votre retour peu de choses auront changé » (Barer et al. 1999).

Les explications suivantes ont été proposées comme des obstacles aux réformes. Nous les voyons comme des causes fondamentales de nos difficultés au Canada.

- La mise en oeuvre des réformes est difficile parce que la planification des ressources humaines en santé a été traitée comme un domaine distinct des politiques et n'a pas été rattachée à d'autres initiatives de réforme.
- La mise en oeuvre est difficile parce que la planification des ressources humaines en santé est un élément multidimensionnel et complexe du secteur des politiques.

- La mise en oeuvre est difficile parce que la complexité empêche souvent une approche globale.
- La mise en oeuvre est difficile parce que notre approche stratégique aux soins de santé, et par conséquent aux ressources humaines en santé, fait appel à une combinaison de forces du marché et de mécanismes de contrôle publics.
- La mise en oeuvre est difficile parce que la planification des ressources humaines en santé est centrée sur le professionnel, en tant qu'unité de planification, plutôt que des besoins en santé de la population.
- La mise en oeuvre est difficile parce que le nombre de joueurs en cause, les efforts nécessaires pour obtenir un consensus sur le changement et la nature même des solutions ont souvent un effet de retardement.
- La mise en oeuvre est difficile parce que la politique en matière de ressources humaines en santé touche les emplois et les revenus de plusieurs gens.
- La mise en oeuvre est difficile parce que les régimes provinciaux en matière de législation et de réglementation diffèrent d'un bout à l'autre du pays, de sorte qu'il existe des seuils différents au chapitre des permis d'exercer ou de l'immatriculation et divers degrés de souplesse dans les champs de pratique.
- La mise en oeuvre est difficile parce que les responsabilités en matière de ressources humaines en santé sont vagues et qu'il n'existe pas de mécanisme de coordination permettant de les regrouper.

Il faut un leadership pour entreprendre une discussion coordonnée des exigences futures, et l'intérêt de tous les Canadiens exige un leadership à l'échelle nationale. Certes, chaque province et, à l'intérieur de ces dernières, chaque communauté a des besoins uniques, qui ne pourront pas être satisfaits si les intervenants continuent de se livrer une surenchère pour attirer des ressources limitées et d'élaborer leurs plans de façon isolée. Il faut absolument établir des liens entre les secteurs, les champs de compétence et les intervenants pour créer une table de discussion sur les ressources humaines en santé. Les responsabilités, actuellement très vagues, en matière de planification et de prise de décision doivent être réunies pour permettre une continuité dans la planification au fil des cycles électoraux. Pour ces raisons, nous recommandons la création d'un organisme national de coordination des ressources humaines en santé, qui apportera la vision et le savoir-faire nécessaires.¹

Il faudra au moins quatre changements clés qui exigeront des efforts énormes et de nouvelles formes d'engagement. Premièrement, la planification des ressources humaines en santé doit aussi être intégrée dans les problèmes globaux de conception du système de santé. Nous devons cesser de traiter la planification des ressources humaines en santé comme une tâche isolée du domaine des politiques. Deuxièmement, la planification des ressources humaines en santé doit se faire dans la perspective des besoins en santé de la population. Nous devons cesser de fonder nos réactions stratégiques sur les chiffres des effectifs. Cela sera difficile. Les gens prétendront que les données ne sont pas disponibles et que nous devons les produire. Troisièmement, la planification des ressources humaines doit se faire en fonction d'équipes de professionnels. Nous devons cesser de planifier à partir des données relatives aux professions individuelles en santé. Quatrièmement, la planification des ressources humaines en santé exige une coopération

¹ Cet organisme pourrait facilement faire partie d'une commission plus large des soins de santé, d'un conseil spécialisé ou d'un bureau du vérificateur si la Commission Romanow recommande une telle structure dans son rapport final.

nationale. Les efforts individuels au niveau provincial sont en concurrence les uns avec les autres et ils ne servent pas les intérêts de l'ensemble des Canadiens.

L'organisme en question pourrait avoir les rôles suivants : observer la situation et diffuser l'information la plus récente; entreprendre une analyse de l'environnement; identifier les tendances et les conséquences pour le système; associer les cadres stratégiques aux données disponibles et élaborer des modèles globaux de planification à l'intention des intervenants; élaborer des indicateurs prospectifs de la santé du personnel sanitaire au Canada et produire à cet égard un bulletin prospectif aux fins de diffusion; élaborer des outils devant servir à une planification intégrée des ressources humaines en santé et les mettre à la disposition de la population; attirer l'attention sur les changements qui se produisent dans la démographie, les styles de pratique, l'environnement, la législation, la réglementation et l'enseignement, ainsi que sur les effets que ces éléments ont sur les effectifs canadiens en matière de santé; faire office de centre d'échange des données relatives aux pratiques optimales, aux processus intégrés de planification, aux modèles éducationnels axés sur la coopération, aux efforts de recrutement et de rétention du personnel, etc.; fournir un espace neutre devant servir à réunir les divers intervenants du milieu des ressources humaines en santé afin d'entreprendre des discussions intersectorielles sur les questions d'orientation. En essence, le Canada doit mettre sur pied un « conseil de la qualité » pour les ressources humaines en santé.

Les défis à relever pour changer notre façon de concevoir les questions de planification des ressources humaines en santé sont énormes. On ne pourra les surmonter si le Canada ne s'attaque pas aux causes primaires du problème, c'est-à-dire aux obstacles à la mise en oeuvre des réformes. Enfin, tous les intervenants actuels devront accepter des compromis pour que cela porte fruit. De leur côté, les gouvernements et les organisations représentant les professionnels canadiens de la santé devront faire preuve de leadership.

Remerciements

L'équipe qui a rédigé le présent rapport était composée de Cathy Fooks, directrice du Réseau de la santé, aux RCRPP; Katya Duvalko, du département de la politique en matière de santé, gestion et évaluation, à l'Université de Toronto²; de Patricia Baranek, consultante en recherches sur les services de santé, du département de la politique en matière de santé, gestion et évaluation, à l'Université de Toronto; de Lise Lamothe, du Département d'administration de la santé, à l'Université de Montréal, et de Kent Rondeau, du département des sciences de la santé publique, à l'Université de l'Alberta. Le soutien sur le plan de la recherche a été assuré par Jacob Schiff, du département de science politique de l'Université de Toronto. Enfin, Charlyn Black a dispensé de sages conseils sur les premières ébauches du document avant qu'elle ne quitte le Manitoba pour s'installer en Colombie-Britannique.

L'équipe de recherche aimerait remercier tous ceux et celles qui ont gracieusement accepté d'être interviewés dans le cadre des travaux et qui ont généreusement donné leur temps et leurs conseils. Elle tient également à remercier les 28 personnes qui ont participé à la table ronde nationale tenue à Ottawa pour réviser le travail de recherche et qui ont formulé des critiques sur les recommandations. Nos remerciements vont en particulier au Dr Arminée Kazanjian, du centre de recherches sur les services et la politique en matière de santé de l'Université de Colombie-Britannique pour les commentaires détaillés formulés sur le document relatif à la table ronde. Nous remercions enfin les pairs examinateurs, qui ont exprimé des idées pratiques et judicieuses sur les possibilités de réforme.

² Madame Duvalko est actuellement directrice intérimaire, Politique, au Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles de l'équipe de recherche et ne reflètent pas nécessairement l'opinion du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

[Traduction] Depuis le début des années 1960, les questions d'offre, de dosage, de répartition, de réglementation, de rémunération et de formation ont été, ou presque, au premier plan des discussions portant sur la politique des soins de santé au Canada. Ces discussions ont enfanté durant les années 1970 et dans la première moitié des années 1980 une profusion de groupes de travail nationaux et provinciaux et de rapports de recherche. Ces problèmes semblent avoir joué ces dernières années un rôle essentiel dans la propagation de l'épidémie des commissions royales provinciales. Mais le rythme d'élaboration des politiques n'a pas suivi celui des examens du système de santé ou des demandes de changements. Les problèmes sont essentiellement les mêmes, les méthodes d'organisation et la rémunération demeurent dans une large mesure inchangées, les lieux de formation et les chiffres sont assez semblables, et les solutions les plus souvent proposées pour résoudre les innombrables problèmes éveillent une forte sensation de déjà-vu.

Barer et Stoddart, 1991

Introduction

Selon des articles publiés quotidiennement dans les médias, le Canada n'a pas suffisamment de médecins et d'infirmières et nous devons en avoir davantage immédiatement. Ceux et celles qui oeuvrent dans le système des soins de santé sont surchargés et épuisés et ils s'en vont ailleurs. Nous devons corriger cette situation en augmentant le nombre de personnes qui oeuvrent dans le système. Il s'agit là d'affirmations faites fréquemment au cours des dernières années et qui sont appuyées par des rapports de recherche, des enquêtes, des articles portant sur des villages où il n'y a pas un seul médecin de famille et sur des hôpitaux incapables de combler des postes d'infirmières.

La solution proposée par les intervenants consiste à augmenter le personnel immédiatement. Cela semble simple. Mais ce n'est pas le cas. Dans les faits, il s'agit d'un sujet très prisé des médias, qui fait l'objet de propositions et de contrepropositions continuelles et qui constitue une source de frustrations pour les patients, les professionnels de la santé, les institutions de soins de santé et les gouvernements.

En 1990, un comité fédéral-provincial, le Comité consultatif sur les ressources humaines en santé, a commandé une étude, connue maintenant sous le nom de Rapport Barer-Stoddart, qui portait sur ce qu'on appelait alors la main-d'oeuvre médicale. Publié en 1991, à un moment où l'on pensait que le Canada avait trop de médecins, ce rapport contenait plus de 50 recommandations de changement et préconisait une nouvelle approche intégrée de planification. La plupart des idées énoncées dans ce document sont restées lettre morte. Une des rares recommandations à avoir été mises en oeuvre a été celle visant à réduire de 10 % les inscriptions dans les facultés de médecine au Canada. L'application de cette mesure, qui a été échelonnée sur le début des années 1990, a été critiquée par la suite et elle est souvent reliée aux

commentaires relatifs à la pénurie de médecins. Au milieu des années 1990, les enjeux relatifs aux ressources humaines en santé n'étaient pas au centre des préoccupations, car les gouvernements provinciaux faisaient face à un ralentissement de l'activité économique et à la nécessité de contenir les budgets des soins de santé et de contrôler les taux de croissance prévus. Toutefois, à partir de la fin des années 1990, on commença à parler de pénuries, d'insuffisance de l'offre de main-d'oeuvre, d'accès insuffisant, et des termes comme le mot « crise » firent leur apparition. Ces déclarations, faites en général par des associations professionnelles, donnèrent lieu à la préparation d'études, à la constitution de groupes de travail, à l'apparition d'agents d'enquêtes, etc. À mesure que s'accumulaient les rapports, la plupart des provinces se trouvaient dans l'obligation de réagir. Le Canada, qui focalisa l'attention sur les problèmes du personnel infirmier dans un premier temps, puis sur ceux du personnel médical, a recommencé à penser que nous devons disposer d'un plus grand nombre de professionnels de la santé formés et entraînés au Canada et qui travaillent au pays.

Toutefois, il existe au Canada une préoccupation fondamentale : nous n'allons pas résoudre les problèmes que nous avons identifiés simplement en augmentant le nombre de travailleurs. Il y a dans tous les rapports suffisamment de données indiquant que la planification des ressources humaines en matière de santé est un exercice beaucoup plus complexe et difficile qu'il ne semble à première vue. En fait, ce problème nous a dépassés jusqu'ici.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a commandé une étude sur la planification des ressources humaines en santé. Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) ont obtenu le contrat en novembre 2001. Notre tâche consistait à synthétiser les travaux déjà réalisés dans ce domaine aux niveaux national et provincial et à focaliser l'attention sur la délicate question de la mise en oeuvre des réformes ou de son absence. Il a été convenu en novembre que l'examen porterait principalement sur les problèmes de planification de la main-d'oeuvre touchant les médecins et les infirmières³, ce, en raison des délais et du budget fixés pour le projet. Nous reconnaissons que cette situation n'est pas idéale, parce que d'autres professions du domaine de la santé souffrent également du caractère tortueux des processus stratégiques et que les problèmes liés à l'offre, au recrutement et à la rétention des ressources humaines vont au-delà des frontières des professions médicale et infirmière. Mais nous espérons que certaines des leçons tirées de la présente étude pourront s'appliquer à d'autres professions.

La présente étude n'a pas pour but de proposer des solutions stratégiques précises au sujet du nombre optimal de professionnels de la santé nécessaire au Canada. Ces propositions ont été faites dans d'autres documents et elles seront sans doute proposées à la Commission dans d'autres études et dans le cadre du processus de consultation. Nous désirons plutôt négliger les problèmes opérationnels spécifiques pour essayer d'élucider l'éventail des enjeux et les barrières qui les rendent difficiles à affronter. Notre but principal ici n'est pas de déterminer s'il faut 5 000 infirmières ou 300 médecins de plus au Canada, mais plutôt de déterminer pourquoi nous devons continuellement nous poser cette question.

³ Les termes « infirmières et profession infirmière » sont utilisés d'un bout à l'autre du rapport pour désigner les infirmières autorisées.

Ce rapport est le résultat du travail que l'équipe de recherche a réalisé au cours des quatre derniers mois. Il repose sur une revue de la littérature relative à ce sujet, des documents publiés par les gouvernements et d'autres études du même genre réalisées par des groupes de travail parrainés par les provinces, des comités, etc., ainsi que de documents émanant d'organisations clés d'intervenants. De même, nous avons mené une série d'interviews avec des *personnes qui ont présidé des commissions chargées d'étudier la réforme des ressources humaines en santé et la réforme des soins de santé en général*. En réalisant ces interviews, notre but était d'essayer de mieux comprendre la danse complexe et les faux-pas entre ceux qui recommandent les changements et ceux qui veulent les mettre en oeuvre. Ainsi, nous avons concentré notre attention sur les individus qui ont participé à de vastes travaux de conseil plutôt que sur des experts du domaine des ressources humaines en santé comme tels. Nos ressources ne nous ont pas permis de mener des interviews avec tous les experts dont le travail a été revu pour cette étude. Finalement, nous avons invité des chercheurs, des décideurs et des intervenants à participer à une table ronde nationale à Ottawa afin de réviser le matériel et de contribuer à la formulation de recommandations destinées à la Commission.

En abordant cette tâche, nous avons utilisé un modèle de formation professionnelle en soins de santé basé sur les travaux de Barer et Stoddart (1991). Cela nous a permis de disposer d'un cadre organisationnel fondé sur des moyens d'action potentiels et sur les composantes de l'apprentissage et sur l'influence. La matrice suivante représente le contexte organisationnel dans lequel nous avons placé la revue de la littérature et structuré le présent rapport.

Matrice organisationnelle

	Enseignement et formation	Problèmes de pratique et de système	Milieu de travail
Problèmes de politique			
Problèmes de données			
Obstacles et soutien à la mise en oeuvre			

Le présent rapport comprend cinq sections :

- **Ce que nous savons :** Cette section résume les publications consultées sur le sujet et la documentation parallèle relative aux problèmes de ressources humaines en santé auxquels est confronté le personnel médical et infirmier. Parmi les sujets couverts, on trouve les enjeux relatifs à la prévision et aux données, les enjeux en matière d'enseignement et de formation et les enjeux liés à la pratique et au système. La littérature relative à l'environnement de travail est examinée dans la section des problèmes de pratique. On trouvera à l'Annexe A une revue détaillée de la littérature. Cette Annexe peut être téléchargée du site Internet des RCRPP.
- **Ce que nous ne savons pas :** Cette section souligne les domaines où nous devons obtenir davantage de renseignements et effectuer davantage de recherches.

- **Ce que nous faisons maintenant :** Cette section contient un exposé succinct des initiatives actuelles de planification entreprises aux niveaux provincial et national, généralement par les gouvernements. Elle traite particulièrement des activités de planification qui débordent le cadre des programmes opérationnels réguliers des ministères de la santé de 1997-2002. On trouvera une description plus détaillée des activités à l'Annexe B, sur le site Internet des RCRPP.
- **Pourquoi la mise en oeuvre est-elle si difficile?** : Cette section contient un résumé des renseignements obtenus durant les interviews réalisés avec des personnes clés et décrit les obstacles à une meilleure mise en oeuvre.
- **Qu'est-ce qui peut être fait?** : Cette section contient une série de recommandations pour aller de l'avant.

Contexte général

Le système canadien des soins de santé compte sur les services fournis par des professionnels compétents du domaine des soins de santé pour assurer la santé des citoyens. Mais le marché du travail dans ce domaine est particulier. Il ne se prête pas aux méthodes normales de planification et de gestion des ressources humaines. La plupart des professions du domaine de la santé sont autoréglémentées au Canada, mais à des degrés variables d'une province à une autre. Certains professionnels sont des employés d'institutions ou d'agences communautaires, tandis que d'autres sont des travailleurs indépendants oeuvrant dans les établissements communautaires du secteur privé. Certains travaillent dans le cadre de conventions collectives, tandis que d'autres ne le font pas. Certains sont payés intégralement par l'entremise de programmes financés par le secteur public, tandis que d'autres travaillent pour des entreprises largement financées par le secteur privé par l'entremise d'assurances privées ou de paiements effectués directement par les patients. Certains exigent un diplôme octroyé par un collège communautaire, tandis que d'autres exigent un diplôme universitaire ou des études supérieures. La plupart des établissements concernés sont réglementés, et parfois les normes régissant leurs méthodes professionnelles ne cadrent peut-être pas avec la réforme du système ni avec les pratiques des employeurs. Le mode d'établissement des honoraires ne dépend particulièrement pas de l'offre ou de la demande et ne répond pas aux priorités de la population en matière de santé.

Il n'est pas surprenant que l'offre, la composition des compétences, la répartition et l'interaction entre les professions aient évadé pendant longtemps des solutions logiques sur le plan des politiques. Qualifié récemment par un commentateur de « vrai labyrinthe », la planification des ressources humaines en santé au Canada nous a échappé, et ce, à notre détriment.

La création de tout modèle de prestation de soins de santé exige que soient prises un série de décisions concernant le rôle des secteurs public et privé dans la prestation et le financement des soins de santé, ainsi que dans l'allocation des ressources en santé. Dans un modèle de marché pur, la prestation et le financement des soins de santé sont du ressort du secteur privé. Les

médecins sont des entrepreneurs privés qui dispensent des soins de santé, et les hôpitaux sont des institutions exploitées à titre privé. Le financement des soins de santé est fourni par des individus qui paient pour leurs soins de santé directement ou par l'entremise de régimes d'assurance privés. Ce type de système de soins de santé dispensés ou financés à titre privé forme l'essentiel de ce que l'on trouve aux États-Unis en dehors du Medicaid et au Canada dans la prestation et le financement de la plupart des services de consultation psychologique. Les systèmes privés de prestation et de financement de soins de santé s'en remettent souvent au marché pour répartir les ressources du système de santé lorsque la « main invisible » équilibre le nombre et le type de ressources humaines disponibles selon la demande de la population et sa volonté de payer. En général, le financement des services de santé se fait selon le choix personnel du patient (c.-à-d. que le paiement du médecin dépend du nombre et du type de services fournis directement au patient). Le cas échéant, une capacité excédentaire est tolérée ou modérée par la capacité du marché.

À l'autre extrémité, soit dans les systèmes de soins de santé dispensés et financés par le secteur public, la responsabilité de la prestation et du financement des services de santé relève du secteur public. Les médecins sont des employés de l'État, les hôpitaux appartiennent et sont administrés par l'État et le paiement des services de santé est effectué par les particuliers sous la forme des recettes fiscales allouées à la santé. Ce type de système public de prestation et de financement des soins de santé est celui qui a été adopté par le National Health Service au Royaume-Uni, où les institutions appartiennent à l'État et sont exploitées par lui, et dans les pays de l'ancienne Union soviétique. L'allocation des ressources en santé dans les modèles publics répond en général aux règles de commandement de la planification centralisée. Dans ces systèmes, on considère la capacité excédentaire comme un gaspillage et une mauvaise utilisation des ressources de l'État. Ainsi, les agences centrales déterminent le nombre approprié de professionnels de la santé et la répartition qui permettra de mieux satisfaire les besoins en soins de santé de la population. L'agence répartit alors en conséquence les fonds accordés. Dans ces systèmes, les patients suivent généralement les flux financiers. Ainsi, une autorité en matière de santé peut être accordé un certain montant de fonds pour fournir des soins à une population prédéterminée. Les patients reçoivent alors les soins dans des cliniques du gouvernement ou des hôpitaux créés par les autorités sanitaires, et les professionnels reçoivent comme honoraires une somme fixée sans considération du nombre de patients qu'ils voient en réalité.

Tableau 1 Modèles d'allocation des ressources

Le patient suit l'argent			L'argent suit le patient	
Modèles de planification centralisée, de commandement	Modèles de planification adaptés ou de planification régionale	Concurrence dirigée	Concurrence publique	Marché (allocation par le biais de l'offre et de la demande)

Le Canada possède un système hybride de prestation et de financement qui combine à la fois les secteurs public et privé. Les médecins sont des entrepreneurs privés, pas des employés de l'État, qui travaillent généralement selon un modèle de rémunération à l'acte, tandis que le personnel infirmier est composé d'employés d'institutions ou d'organismes communautaires, et

il reçoit en général un traitement ou un salaire horaire. Le financement des services de santé (au moins des soins médicaux et services dispensés aux patients hospitalisés) incombe au secteur public, et les fonds nécessaires pour payer les médecins et assurer le fonctionnement des hôpitaux proviennent des recettes fiscales générales des provinces et du gouvernement fédéral. Les soins autres que ces derniers peuvent être financés soit par des sources publiques ou privées soit par un mélange des deux. L'allocation des ressources en santé se fait également selon une combinaison des forces du marché et de la planification centralisée. Généralement, le choix de dispensateurs de soins médicaux ou de soins de santé ou d'un hôpital est laissé aux patients, et le financement est accordé en conséquence. Toutefois, le degré de contrôle et de planification par le gouvernement est beaucoup plus grand qu'il ne le serait dans un système d'allocation axé sur le marché. Les gouvernements provinciaux, souvent en consultation avec les intervenants concernés, déterminent et planifient de manière centralisée le nombre de facultés de médecine et d'écoles de sciences infirmières, le nombre de places qu'il y aura dans les facultés de médecine et les écoles de sciences infirmières, le nombre de postes pour résidents et, dans une certaine mesure, le nombre et le type d'hôpitaux disponibles pour dispenser les soins. Ces éléments ne sont pas déterminés en fonction des règles strictes de l'offre et de la demande du marché.

Ces distinctions concernant l'importance relative du secteur public par rapport à celle du secteur privé dans la prestation, le financement et l'allocation des services de santé entraînent des conséquences sur l'offre, la planification et le contrôle des ressources humaines en santé. Dans un système de marché pur, l'offre et la distribution des ressources humaines en santé seraient déterminées strictement par le biais de l'offre et de la demande et laisserait un plus grand choix aux professionnels de la santé (en ce qui a trait au choix de la spécialité ou du lieu où ils voudraient travailler) et aux patients. Dans un système de commandement pur, ce sont par contre les agences centrales de planification qui détermineraient le nombre approprié, la combinaison des spécialités et la répartition des professionnels de la santé en fonction d'un certain modèle de planification rationnelle, et tant les praticiens que les patients sont assujettis à ces décisions centrales qui ne laisseraient guère de place aux choix individuels. Au Canada, nous n'avons pas adopté un modèle d'allocation donné à l'exclusion de l'autre. Dans le système que nous avons choisi, des éléments de marché et de planification centrale affectent l'offre, le dosage et la répartition des soins de santé. Ces décisions ont souvent été prises de manière ad hoc et elles n'ont pas fait l'objet d'une planification orientée de manière délibérée vers la satisfaction de besoins spécifiques en santé.

Que savons-nous?

L'Institut canadien d'information sur la santé produit des statistiques sur le nombre de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé au Canada. Selon ces statistiques, il y avait au Canada 232 000 infirmières autorisées à travailler au Canada en 2000. Le ratio des professionnels de la santé par rapport à l'ensemble de la population se situait pour l'ensemble du pays dans une fourchette de 681 professionnels par 100 000 habitants en Colombie-Britannique à 1 006 professionnels par 100 000 habitants à Terre-Neuve. Un pourcentage de 64 % de ces professionnels travaillaient dans des hôpitaux et 18 % dans des communautés rurales et dans de petites localités (ICIS 2002; 2001). L'Institut indique qu'en 2000 le nombre de médecins autorisés travaillant dans des cliniques et dans des établissements autres que des cliniques

s'établissait au Canada à 57 800. Un peu moins de la moitié étaient des médecins de famille (ICIS 2002).

Inventaire des publications

Il existe une abondante documentation sur les enjeux liés aux politiques et aux données relatives à la planification des ressources humaines en santé. Toutes les provinces ont des études en cours sur le sujet, et les organisations de médecins et d'infirmières ont parrainé des examens et des exercices portant sur les politiques, tandis que le gouvernement fédéral finance, par l'entremise du Département des ressources humaines Canada (DRHC), des études sectorielles indépendantes. Les lecteurs sont fortement encouragés à lire l'Annexe A du présent rapport qui contient une revue détaillée de la littérature. On peut la retrouver sur le site Internet des RCRPP. Ils trouveront toutefois dans les pages qui suivent un résumé succinct des publications retenues, qui ont été regroupées en trois sections :

- les enjeux en matière de prévision et de données;
- les enjeux en matière d'enseignement et de formation;
- les enjeux de la pratique professionnelles et du système, y compris un examen sur le milieu de travail.

Enjeux en matière de prévision et de données

L'examen de la littérature a permis de dégager quatre approches à la modélisation et à la prévision⁴ : les prévisions de l'offre; les prévisions de l'utilisation ou de la demande, la planification axée sur les besoins; et l'étalonnage. Les prévisions de l'offre consistent à compter le nombre d'employés à un moment donné et à faire des projections fondées sur l'hypothèse du rétention des ressources au niveau observé (Lomas et al. 1985). Cette méthode utilise souvent le chiffre des effectifs ou un ratio du nombre de médecins par rapport à la population. L'utilité des projections de l'offre est limitée, parce qu'elle commence avec un ratio préétabli du nombre de médecins par rapport à l'ensemble de la population et fait l'hypothèse que ce chiffre doit être maintenu à ce niveau-là ou qu'il faut partir de là pour satisfaire les besoins en soins de santé de la population à l'avenir. Les prévisions de l'offre font abstraction de la dynamique interne et de l'environnement externe du secteur sur lequel portent les prévisions, de sorte qu'on n'espère jamais obtenir des projections précises de l'offre. Comme l'a écrit Evans (1998) : « l'hypothèse qui n'est ni explicite ni justifiée, est que le "besoin" de médecins ne peut être moindre que l'offre du moment, *quelle qu'elle soit* (en italiques dans le texte original). L'autosuffisance exige que la production intérieure soit suffisante pour prévenir toute baisse du ratio du nombre de médecins à l'ensemble de la population, par rapport au niveau atteint, aussi élevé soit-il, de quelque façon dont il a été atteint et sans considérer les autres facteurs qui peuvent l'influencer. »

Le second modèle est celui de la prévision de l'utilisation ou de la demande. Il essaie d'apparier l'exercice de comptage avec une certaine mesure de l'utilisation des services faite par

⁴ Les publications relatives à l'expérience passée mettent principalement l'accent sur la prévision des ressources en personnel médical, mais, plus récemment, les modèles de prévision des ressources en sciences infirmières se sont perfectionnés. Les problèmes sont quelque peu différents pour les deux groupes, car les médecins ont beaucoup plus de liberté de mouvement et une plus grande autonomie que les infirmières, de sorte que la prévision pour les médecins comporte une plus grande part de spéculation.

la population. Ce calcul donne, lui aussi, souvent lieu à l'établissement d'un ratio du nombre de médecins à celui de la population, et les projections reposent sur le rétablissement de ce qui est considéré comme un niveau de service désirable (Greenberg et Cultice 1997; Turner et al. 1993a; 1993b; Lomas et al. 1985). En dépit de la complexité des modèles de prévision de l'offre et de la demande ou de l'utilisation, ceux-ci ont suscité des critiques de plus en plus vives au sujet de leur aptitude à déterminer le nombre de médecins nécessaires pour satisfaire les besoins en soins de santé de la population (Millar 2001; Peters 1999; Stoddart and Barer 1999; Roos et al. 1999a; 1999b; 1998; Fried 1997; Friedenberg 1996; Turner et al. 1993a; 1993b; Gray 1990; Flux et al. 1983; Hayton 1979).

La planification axée sur les besoins – le troisième modèle – part en fait des données démographiques et informationnelles relatives aux risques en matière de santé, lesquelles sont appariées avec les niveaux d'utilisation des services, eux-mêmes appariés avec les chiffres des effectifs (Roos et al. 1997; 1999a; 1999b).

Enfin, l'étalonnage, une méthode plus populaire aux États-Unis qu'au Canada, commence avec un examen des collectivités ayant le plus bas chiffre de professionnels de la santé par rapport à la population et d'intrants en capital et où les résultats en santé sont considérés comme optimaux. Ce ratio est considéré comme un étalon pour les autres collectivités et comme la combinaison la plus efficace des intrants (Fried 1997; Sekscenski et al. 1997; Goodman et al. 1996).

Pour le personnel infirmier, les problèmes de prévision et de calcul sont encore moins clairs que pour le personnel médical, car le nombre de postes est très étroitement lié aux augmentations et aux diminutions du budget des soins de santé. Les diminutions des budgets des hôpitaux spécialisés dans les soins de courte durée entraînent automatiquement des fermetures de lits et des congédiements.

Une question fondamentale abordée dans les publications relatives aux soins infirmiers est celle de la définition de la pénurie et, par extension, des critères utilisés pour déterminer s'il y a pénurie ou non.

La définition de la pénurie doit être examinée soigneusement quand on répond aux alertes à la pénurie. Les indicateurs de pénurie peuvent être objectifs, par exemple les taux de vacances, ou subjectifs, par exemples les perceptions des administrateurs au sujet de la situation des effectifs dans leurs institutions. Buchan et O'May (1998) identifient cinq indicateurs objectifs : les taux de vacances; les taux de roulement et de gaspillage, l'emploi de personnel infirmier par les agences et autres établissements de recrutement de personnel infirmier; le travail en temps supplémentaire et au-delà des heures normales; et les taux de chômage chez les infirmières. (Voir également Fridkin et al. 1997; Aiken et al. 1994; Blegen 1993; Wilson et Stilwell 1992; Gray et al. 1988; Yett 1970).

Enjeux en matière d'enseignement et de formation

Les recherches sur l'enseignement et la formation des médecins et des infirmières se concentrent principalement sur le nombre et la combinaison des postes de stagiaires; le coût de

l'enseignement; la nécessité d'adopter des programmes d'enseignement communs; et une tendance vers l'augmentation des exigences nécessaires pour l'obtention des diplômes.

Premièrement, on se préoccupe du fait que le processus d'identification des postes de formation post doctorale doit être mieux rattaché aux besoins de la population (Barer et Stoddart 1991). On se préoccupe également du fait qu'à l'heure actuelle d'autres facteurs ont la préséance dans la détermination du nombre et de la combinaison de postes de résidents (Thurber et Busing 1999; Woodward et al. 1997). Il doit y avoir une plus vaste perspective dans le processus de planification et un lien avec les modèles développés dans la littérature.

De même, une plus grande spécialisation dans les programmes de formation et la création de sous-spécialités ont été mentionnées et mises en question. On a abordé également la question de l'effet de l'élimination au début des années 1990 de l'internat par rotation et le choix des programmes de résidence effectué très tôt (ACMR 2001; AMC 2000). Certains professeurs de médecine ont évoqué la possibilité de reconsidérer ces décisions.

Troisièmement, bien qu'il n'y ait jusqu'ici peu de preuves à cet égard, l'effet de détournement de l'augmentation des frais de scolarité a été mentionné. Les intervenants estiment que l'augmentation des coûts de l'enseignement limitera la diversité de la clientèle des facultés de médecine, bien que les premières données disponibles donnent à penser qu'elle n'est déjà pas diversifiée au point de vue ethnique ou économique (Dhalla et al. 2002). De même, les intervenants estiment que les étudiants en mesure de payer les frais de scolarité seront plus enclins à opter pour les spécialités les plus lucratives et de s'établir dans des régions urbaines plutôt que rurales (AMC 2001a). Ces observations sont plus ou moins appuyées par des données d'enquête indiquant que les étudiants se préoccupent du poids de la dette contractée pour leurs études et qu'ils tiennent compte de cet élément en faisant leurs choix de carrière (Kwong et al. 2002).

Quatrièmement, bien qu'il n'y ait peu de preuve au sujet de l'impact des programmes d'enseignement commun, cette notion est intuitivement sensée et elle servirait mieux les modèles de prestation de soins de santé qui semblent se dessiner au Canada. Les chercheurs encouragent les institutions d'enseignement à envisager d'offrir des programmes partagés et des occasions de formation multidisciplinaire dans les diverses disciplines et leur champ de compétence (Alcock 2002; Krakauer 2002; Rabinowitz et al. 2001; Pringle et al. 2000; Cooper 1995). Toutefois, un examen systématique, effectué récemment, des effets de l'enseignement interprofessionnel sur la pratique professionnelle n'a pas pu tirer de conclusion sur le sujet, les programmes examinés étant à leurs tout premiers stades (Zwarenstein et al. 2001).

Cinquièmement, il existe un débat sur la nécessité et l'incidence de l'augmentation du niveau d'instruction requis pour embrasser une des professions de la santé. D'un côté, les partisans de cette idée citent de meilleures compétences collectives, de meilleures perspectives pour l'avenir et l'acquisition des capacités nécessaires pour travailler dans un domaine de plus en plus complexe pour supporter leur point de vue (AIIC 1998). Par contre, ceux qui s'opposent à cette idée évoquent l'augmentation de la période de formation, des coûts de la formation et des coûts salariaux ainsi que celle des attentes des professionnels sur le plan de l'avancement pour

expliquer de nouvelles pertes d'employés dans le système des soins de santé causées par l'insatisfaction avec leur emploi (Baptiste 2002; Krakauer 2002).

Enfin, il existe un nombre croissant de publications sur les compétences collectives des infirmières et sur l'incidence que celles-ci peuvent avoir sur les soins aux patients, l'argument étant qu'un relèvement des compétences découlant d'une meilleure formation aura des effets positifs pour les patients. Une étude récente (Tourangeau et al. 2002) a montré qu'un élargissement de l'éventail des compétences en matière de soins de santé était lié à une baisse des taux de mortalité dans les hôpitaux. Une autre étude a révélé que les malades se trouvant dans des salles communes où travaillent une plus forte proportion d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées étaient en meilleure santé au moment de quitter l'hôpital. De même, le nombre d'erreurs de médication et les taux d'infections étaient moins élevés dans ces salles que dans celles où le niveau des compétences était plus bas. Toutefois, il n'y avait pas, six semaines après le congé des patients, de différence sur le plan de l'état de santé (McGillis Hall et al. 2001).

Enjeux de la pratique professionnelle et du système

Le point sur la situation des médecins

La composition du personnel médical au Canada est en train de se modifier, en particulier avec le fait que les femmes forment maintenant plus de la moitié des étudiants qui s'inscrivent aux programmes de médecine et plus de la moitié des résidents. Les femmes semblent faire des choix différents de ceux des hommes sur le plan de la pratique. Il est plus probable qu'elles optent pour la médecine générale que pour une des spécialités chirurgicales ou du diagnostiques, et les probabilités qu'elles décident de travailler à temps partiel sont plus grandes. Elles consacrent davantage de temps à leurs patients, de sorte qu'elles en voient moins à la longue. Elles fournissent davantage de services gynécologiques et manifestent une plus grande préférence pour les activités de promotion de la santé, de conseil et d'éducation en matière de santé que leurs collègues masculins. Toutefois, en comparant le nombre moyen d'actes médicaux posés dans les établissements de médecine générale, deux chercheurs n'ont trouvé aucune différence entre les médecins de sexe masculin et de sexe féminin (Slade et Busing 2002). De fait, quand on compare les profils de pratique des femmes médecins qui travaillent à plein temps à ceux de leurs collègues masculins travaillant également à plein temps, on observe que les différences entre les styles de pratique sont statistiquement beaucoup moins significatives (Slade et Busing 2002; Chan 2002a; 2002b; Chaytors et al. 2001; CPSO 2001; Boerma et van den Brink-Muinen 2000; Gable et al. 2000; Reid et al. 2000;).

Dans le domaine de la recherche, il existe un débat sur la question de savoir si les jeunes médecins sont en train de modifier l'équilibre habituel entre le travail et la vie de famille. D'aucuns prétendent que c'est le cas et que les jeunes optent pour un nombre total d'heures de travail moins élevé et pour un nombre moindre d'heures après les heures régulières de travail. Toutefois, les médecins ont indiqué qu'ils effectuent la même somme de travail que par le passé (AMC 2001a; 2001b; Woodward et al. 2001; McKendry 1999; Carroll et al. 1995; Cooper 1994).

Les profils de la migration sont un autre domaine où on a observé des différences historiques et une augmentation des départs de médecins canadiens pour l'étranger. Toutefois, les données indiquent que les taux d'émigration de médecins canadiens n'ont jamais dépassé 1 % de l'effectif total des médecins, même aux périodes où les chiffres effectifs avaient augmenté (ICIS 2001).

La nature de la pratique médicale a subi d'évidents changements, en particulier dans le domaine de la médecine familiale. Les médecins de famille dispensent moins de soins après les heures et sur appel que dans le passé (AMC 2001a; 2001b). Ils commencent à opter pour une sous-spécialité, se concentrant à un domaine de la médecine générale comme la médecine sportive, la médecine physique et la réadaptation, le conseil et la psychothérapie (Schwartz et al. 1988). De même, d'autres services dispensés dans le passé par des généralistes tels que les périodes de travail dans les départements d'urgence, les visites dans les centres d'accueil ou les visites à domicile semblent en recul. Ces différences ont également été observées dans les diverses communautés du pays, avec des niveaux différents de services spécifiques dans les régions rurales et urbaines (ICIS 2001). Les médecins de famille des régions rurales et éloignées semblent dispenser un ensemble plus complet de services que leurs collègues des régions urbaines, probablement parce qu'il n'existe pas de spécialistes des autres disciplines pour combler le vide et aussi parce qu'il n'est pas possible d'orienter les patients ailleurs (Chan 2002a; Godwin et al. 2002; Chaytors et al. 2001; Reid et al. 2000; Woodward et al. 1997).

La répartition géographique des ressources en médecine est un casse-tête pour les décideurs depuis des décennies. Parce que les médecins sont libres d'ouvrir leur clinique là où ils le désirent, on a utilisé des incitations positives et négatives pour les encourager à s'établir dans des localités ne disposant pas d'un service adéquat. À cet égard, on a essayé des contre-incitations financières comme l'imposition d'un plafond à la facturation ou la réduction des honoraires pour décourager l'établissement dans des localités spécifiques. Ces mesures ont connu un certain « succès », mais elles ont surtout constitué un fardeau pour les médecins nouvellement diplômés, ce qui soulève des problèmes d'équité. De même, les tribunaux ont exprimé certaines inquiétudes au sujet de la question de savoir si les gouvernements peuvent juridiquement exercer un tel contrôle (Rombard *c.* New Brunswick 2001; Wilson *c.* BC Medical Services Commission 1998; Waldman *c.* BC Medical Services Commission 1997).

On a également eu recours à des mesures incitatives plus positives comme le versement de bonis au titre du lieu d'établissement, le soutien à l'enseignement, l'octroi de suppléments et les indemnités de déménagement et de logement. Ces formules semblent avoir connu un certain succès à court terme, mais elles ont moins contribué à retenir le personnel sur longue période (AMC 2000; Société de la médecine rurale du Canada 1998). Une fois expirée la période prévue au contrat, un grand nombre d'intéressés désirent s'installer dans les grands centres. Ce qui semble être un bon indicateur prévisionnel de la rétention dans les régions rurales, ce sont les antécédents de l'individu et sa connaissance de l'environnement rural où il pratique (Easterbrook et al. 1999; Rourke 1993). Cette observation amène à penser qu'il pourrait être plus efficace à long terme de commencer par trouver le type convenable d'individus qui iront à la faculté de médecine plutôt que d'octroyer des stimulants financiers après la remise des diplômes. De même, les femmes médecins sont encore plus affectées par les occasions d'emploi qui se présentent pour leurs conjoints que ce n'est le cas pour leurs collègues masculins. Étant donné le

nombre croissant de femmes qui commencent les études de médecine, cette question devra retenir l'attention des décideurs à l'avenir.

Young et Leese (1999) ont également proposé d'ajouter une plus grande souplesse aux conditions de travail (p. ex, le travail à temps partiel, le partage d'emplois, les emplois temporaires et à court terme) et un élargissement des possibilités de perfectionnement professionnel (p. ex, la recherche, les compétences en gestion, les postes de stagiaire à temps partiel) pourraient aider à conserver le personnel.

Bien qu'un grand nombre de données indiquent que des formules autres que l'augmentation du nombre de médecins, par exemple l'élargissement du rôle du personnel infirmier ou le recours aux infirmières praticiennes, ne compromet pas la qualité des soins primaires dispensés, le Canada n'a pas pleinement profité de ces ressources (Centre for Nursing Studies 2001; Hutchinson et al. 2001; Way et al. 2001; Martin 2000). Une des principales barrières à cet égard semble être constituée par les politiques provinciales en matière de paiement.

Enfin, la question de l'évolution des champs de pratique et des chevauchements n'a pas été pleinement étudiée au Canada. Les types de services dispensés par les médecins et les infirmières praticiennes dans des établissements communs en Ontario ont été évalués dans une étude récente (Way et al. 2001). Les auteurs ont étudié les causes de visites pour soins primaires et les types de services dispensés ainsi que les recommandations formulées en vue d'un traitement plus approfondi. Ils ont trouvé qu'il existait des différences à la fois au sujet des motifs des visites et de la nature des services dispensés par chaque type de praticiens. Les patients visitaient plus souvent les infirmières praticiennes pour des examens de santé périodiques et les médecins de famille pour la gestion thérapeutique. Selon cette étude, il était plus probable que les infirmières dispensent des services de prévention de la maladie et des services de soutien, tandis que les omnipraticiens tendent à intervenir davantage dans le traitement et les services de réadaptation. Toutefois, la conclusion peut-être la plus intéressante est que, dans les cas où un suivi avait été recommandé, il était plus probable que les omnipraticiens recommandent une nouvelle visite chez un omnipraticien et que les infirmières praticiennes recommandent une nouvelle visite chez une infirmière. Cette conclusion n'apporte guère de soutien à la notion de partage de soins. Les auteurs de l'étude concluent à une sous-utilisation des infirmières praticiennes en ce qui a trait au traitement et au service de réadaptation et formulent certains commentaires sur l'absence de recommandations entre les professionnels des deux groupes visés par l'étude. Bien que cette étude soit limitée à un petit échantillon (deux infirmières praticiennes et quatre omnipraticiens sur une période de deux mois), elle permet une compréhension fort utile des questions liées aux champs de pratique communs.

D'autres études réalisées au Royaume-Uni et aux États-Unis n'ont pas trouvé de preuve que la qualité des soins fournis par les infirmières praticiennes dans la gestion des soins de courte durée et dans le suivi des maladies chroniques était inférieure à celle dispensée par les médecins (Kinnersley et al. 2000; Mundinger et al. 2000; Shum et al. 2000; Brown et Grimes 1995). Et un examen systématique réalisé récemment a permis de constater, au terme d'une comparaison entre les infirmières praticiennes et les omnipraticiens, que les patients étaient plus

satisfaits des soins dispensés par une infirmière praticienne et qu'il n'y avait pas de différence entre les résultats obtenus sur le plan de la santé (Horrocks et al. 2002)⁵. Cependant, la question relative à la meilleure façon d'intensifier une coopération interdisciplinaire reste sans réponse, et les politiques de réglementation et de paiement financier constituent un obstacle à cet égard.

Le point sur la situation des infirmières

Le vieillissement de la main-d'oeuvre infirmière au Canada et ses incidences sur l'offre ainsi que les blessures et l'absentéisme ont fait l'objet d'une abondante documentation, mais peu de politiques ont été mises en oeuvre dans le domaine de la main-d'oeuvre et du milieu de travail en réponse aux problèmes dénoncés dans ces études (Buchan 2001; 1999a; Kazanjian et al. 2000a; Peterson 1999; Ryten 1997). Une des principales causes de l'abandon de la profession chez les infirmières semble être liée à la qualité de la vie au travail et au degré de satisfaction que procure le travail. De nombreux facteurs sont présentés dans la littérature comme des causes d'un environnement de travail positif ou négatif. Ceux-ci ont trait aux aspects économiques, sociaux, organisationnels et professionnels des soins infirmiers (Buchan 1999b; McGillis Hall et Donner 1997; Nadeau 1991; Reid 1990). Les politiques vouées à l'amélioration de ces aspects de la vie au travail du personnel infirmier semblent avoir réussi à attirer et à retenir des infirmières à long terme. En accordant une attention à des facteurs comme la composition des compétences, l'autonomie des soins aux patients, la rémunération et les possibilités de promotion, la souplesse apportée aux conditions de travail pour maintenir un équilibre entre le travail et la maison (cela est particulièrement important avec la prédominance des femmes dans cette profession), la collaboration avec d'autres professionnels, notamment les médecins, sont autant d'éléments qui contribuent à améliorer la satisfaction au travail et à entretenir l'attachement du personnel infirmier à son travail (O'Brien-Pallas et Baumann 2000; Freeman et O'Brien-Pallas 1998; Duff 1990; Benner 1984).

Le concept des hôpitaux dits hôpitaux-aimants a été appliqué aux États-Unis et semble avoir donné lieu à une innovation avantageuse sur le plan des politiques (Aiken et al. 1997). Un hôpital-aimant se définit comme un hôpital réputé pour recruter et retenir des infirmières grâce à des politiques d'emploi progressives et au soutien organisationnel qu'il accorde à la profession infirmière. Cette formule n'est pas encore très répandue au Canada.

Une étude de 39 hôpitaux-aimants appariés chacun à un hôpital choisi à titre de comparaison a montré que ces hôpitaux affichent des résultats statistiquement supérieurs, avec un taux de mortalité de 30 jours moins élevé chez les patients du Medicare. L'étude a également révélé que la satisfaction des patients est plus élevée dans ces hôpitaux, que les infirmières qui y travaillent ont fait état d'une plus grande satisfaction au travail et qu'elles reçoivent davantage de soutien de la part des administrateurs. Les hôpitaux-aimants ont également fait la preuve qu'ils offrent un milieu de travail plus sécuritaire pour les infirmières, qui connaissent des niveaux d'épuisement émotionnel moins élevés et des taux plus faibles de blessures causées par des aiguilles (Aiken et Sloane 1997; Aiken et al. 1997; Aiken 1994;).

⁵ L'étude a également montré que les infirmières praticiennes consacraient davantage de temps aux consultations et poussaient plus loin leurs recherches que leurs collègues médecins.

Un examen approfondi de la littérature relative à l'efficacité des hôpitaux-aimants a conduit à des conclusions positives sur le plan du recrutement et des possibilités de rétention du personnel infirmier. La recherche a montré que les infirmières administratrices affichent dans ces hôpitaux un style distinct de leadership. Elles sont visionnaires et enthousiastes (Kramer et Schmalenberg 1991; 1988a; 1988b; 1987; McClure et al. 1983); elles sont d'un grand soutien et connaissent bien leur métier (Kramer et Schmalenberg 1991; McClure et al. 1983); elles maintiennent des normes élevées et des attentes élevées en matière du personnel et accordent une grande valeur à la formation et au perfectionnement professionnel de l'ensemble des infirmières de l'organisation (Kramer et Schmalenberg, 1991; 1988a; 1988b; Kramer *et al.*, 1987; McClure et al., 1983); elles font respecter les postes d'autorité et de statut des employés au sein de l'hôpital (Kramer et Schmalenberg 1988a; 1988b; Kramer et al. 1987; McClure et al. 1983); elles bénéficient d'une grande visibilité auprès du personnel infirmier et elles sont réceptives et maintiennent ouvertes les lignes de communication (Kramer et Schmalenberg 1991; 1988a; 1988b; Kramer et Hafner 1989; Kramer et al. 1987; McClure et al. 1983.); et elles participent activement aux organisations professionnelles d'État et nationales (Kramer et Schmalenberg 1988a; 1988b).

Certaines données indiquent aussi qu'une plus large participation des infirmières en tant que groupe professionnel à la prise de décision en matière de soins de santé à l'intérieur des institutions où elles travaillent a une incidence sur le maintien des effectifs (Judd et Ciliska 1985). Un élément important de la stratégie des ressources humaines en santé est celui qui a trait à l'affirmation des infirmières en tant que force politique et que participantes à la planification des soins de santé.

Enfin, on a enregistré une intensification marquée des campagnes énergiques de recrutement international, comme c'était le cas auparavant pour les médecins. Cette observation fait ressortir la dimension éthique des initiatives encourageant les travailleurs à quitter leur terre natale dans le contexte du caractère international des marchés du travail et de la mobilité des travailleurs à l'échelle mondiale (Buchan, 2001).

Enjeux du milieu de travail

Il existe une abondante littérature sur la qualité du milieu de travail, concept qu'on n'a commencé à appliquer que tout récemment aux établissements de soins de santé. Si cette littérature contient beaucoup de renseignements sur les facteurs nécessaires pour créer un milieu de travail de bonne qualité dans le domaine de la santé, il ne semble pas exister de consensus sur les priorités à accorder sur le plan de l'action (Koehoorn et al. 2002). Les propositions portent principalement sur un éventail de facteurs tels que les aspects psychologiques du milieu de travail (Siegrist 1996; Karasek et Theorell 1990), la conception des emplois et la structure organisationnelle, les relations industrielles et les relations entre les travailleurs et la gestion ainsi que sur la nécessité de relations coopératives au chapitre de l'emploi entre les divers groupes oeuvrant dans le même milieu de travail (Koehoorn et al. 2002).

Les chercheurs soutiennent que les mesures décisives qui permettront d'améliorer la qualité du milieu de travail exigeront la collaboration des chercheurs, des praticiens, des représentants des syndicats et de la gestion, qui doivent tous se mettre d'accord sur les besoins des milieux

travail spécifiques et sur la réaction appropriée. La complexité du paysage industriel dans le domaine des soins de santé devra être prise en considération dans la réflexion relative à la manière de provoquer des changements positifs.

Ce que nous ignorons

Bien qu'il existe sur ce sujet plus de 300 publications, que nous avons d'ailleurs examinées dans le cadre de la rédaction du présent rapport, il manque encore bien des données aux décideurs désireux de comprendre la planification des ressources humaines en santé au Canada. Ce qui est peut-être le plus important, c'est qu'il existe très peu d'information sur les autres professions à l'oeuvre au Canada et sur leur interaction avec les deux professions étudiées dans le présent rapport. Il existe très peu d'information sur les groupes professionnels autoréglementés comme les pharmaciens, les sages-femmes, les chiropraticiens, etc. et il n'en existe aucune sur les groupes non réglementés. Au moment où les décideurs examinent les modèles intégrés de prestation, les domaines où les diverses professions se chevauchent et un recours accru à d'autres professionnels de la santé, ces lacunes revêtent une importance capitale (Kazanjian et al. 2000b; 1999).

Deuxièmement, on effectue aujourd'hui peu d'évaluations des incidences des choix stratégiques à cet égard. L'augmentation du nombre de travailleurs, l'augmentation des coûts de l'enseignement, l'octroi d'incitatifs financiers destinés à encourager les professionnels à s'établir dans d'autres villes sont autant de facteurs actuellement à l'oeuvre⁶. Ces mesures ne vont pas toutes nécessairement dans la même direction et il n'y a guère de preuve qu'elles aient un impact. Il se peut bien que d'ici cinq ans nous soyons encore en train de faire face aux problèmes de répartition des ressources, de profil des services et des coûts, en dépit du temps et des ressources considérables qui y ont été consacrés.

Troisièmement, tandis qu'il existe un consensus sur la nécessité de réorganiser les soins primaires, on ne voit pas clairement le modèle spécifique que les gouvernements désirent mettre en oeuvre. Si cela n'est pas clair, il devient difficile de planifier la capacité en ressources humaines en santé, en particulier pour les chiropraticiens et les infirmières communautaires.

Quatrièmement, on sait peu de choses sur l'impact que les tendances de la consommation ont sur les soins de santé. Les consommateurs utilisent des technologies qui n'étaient pas disponibles jusqu'ici et ils paient pour des services qui se situent en dehors des traditions allopathiques de la médecine occidentale. On ignore l'impact que ces tendances auront sur les besoins futurs en ressources humaines en santé.

Cinquièmement, nous ne disposons pas de renseignements sur les stratégies capables de promouvoir efficacement la collaboration, que ce soit entre les professions, entre les employeurs et les employés ou entre les niveaux de gouvernement. Une collaboration est de toute évidence nécessaire, mais que faut-il faire pour l'engendrer?

⁶ Cette remarque concerne à la fois la situation existant à l'intérieur des provinces, entre les provinces et à l'échelle internationale.

Qu'est-ce qui se fait maintenant?

À bien y penser, il n'est pas surprenant que la capacité de planification des ressources humaines en santé au Canada soit le reflet fidèle de cette espèce de courtepointe qu'est le système d'organisation et de financement des soins de santé. Si nous avons un modèle mixte de prestation privé et public des soins de santé, pourquoi la manière d'assumer les fonctions de planification liées à la prestation de services ne serait-elle pas un peu incohérente?

Les initiatives actuelles de planification ont été examinées dans le cadre du travail préparatoire à la rédaction du présent rapport. Il est clair que les approches canadiennes couvrent tout le continuum des mécanismes de marché et de contrôle public dont il a été question précédemment et qu'elles entrent parfois en conflit les unes avec les autres.

Une courte description des efforts récents déployés à l'échelle provinciale et nationale pour aborder la *planification* des ressources humaines en santé se retrouve sur le site Internet des RCRPP. On n'y trouvera pas un exposé détaillé des incitations existantes ni des programmes de subvention mis en oeuvre par les ministères de la santé. Sept thèmes se dégagent de l'analyse :

- *De l'avis des gouvernements, il y a maintenant une pénurie de médecins et d'infirmières au Canada.*

Il s'agit là d'un revirement par rapport aux points de vue exprimés dans les premières années de la décennie 1990, où la conjoncture incitait à croire en l'existence d'un surplus. Après la publication du rapport Barer-Stoddart, un communiqué émis en 1992 au terme de la conférence des sous-ministres de la santé du Canada précisait que la première priorité consistait à réduire le nombre de médecins formés dans les facultés de médecine canadiennes. La difficile situation financière dans laquelle se trouvaient les gouvernements, combinée au fait que les taux d'accroissement prévus de l'offre de personnel dépassaient ceux de la croissance démographique, impliquait qu'un accroissement du bassin des professionnels employés n'était pas considéré comme financièrement soutenable.

Après le rapport de 1991, les décideurs ont concentré largement leur attention sur la maîtrise des coûts. Ils ont alors recouru à diverses solutions, notamment des réductions du nombre de postes, l'établissement de seuils de revenus, les tarifs différentiels d'honoraires établis en fonction de la situation géographique et les limites aux chiffres de la facturation ainsi que des coupures dans les budgets des soins de courte durée. Toutefois, la plupart des recommandations du Rapport Barer-Stoddart sur les questions non liées à l'offre de personnel n'ont pas été appliquées.

Maintenant, en 2002, les gouvernements semblent avoir adopté une perspective différente. Les premiers ministres des provinces se sont engagés dans un communiqué publié en 2000 à adopter une approche plus coopérative pour améliorer l'enseignement, la formation, les conditions de travail ainsi que les initiatives en matière de recrutement et de rétention des professionnels de soins de santé. Presque toutes les provinces ont élaboré une stratégie des soins infirmiers. De même, il existe une stratégie nationale des soins infirmiers et un comité consultatif

national sur les soins infirmiers, qui a pour tâche d'assurer la mise en oeuvre de cette stratégie. Certaines provinces ont mis en place un mécanisme permanent pour régler les questions de ressources en personnel médical, mais on n'a pas encore déployé d'efforts à l'échelle nationale en vue d'élaborer une stratégie visant les médecins⁷. Certaines provinces ont mis en place divers programmes d'incitations qui visent à amener les médecins à s'établir dans des communautés rurales, éloignées et desservies de manière insuffisante.

- *La tendance est maintenant à l'abandon des exercices uniques de planification en vue de la mise en place d'une structure plus permanente*

La plupart des provinces disposent maintenant d'une entité de planification faisant appel aux intervenants clés, principalement aux organisations représentant les médecins et les infirmières, et la plupart d'entre elles ont financé un centre de recherches en vue de produire continuellement des données sur le sujet. L'organisation et les rôles de ces groupes sont très diversifiés, allant de l'octroi de conseils au suivi des engagements des gouvernements concernés.

- *Les efforts déployés sont axés sur une seule profession et n'intègrent pas l'ensemble des disciplines.*

Bien que la nécessité d'une action intégrée et de soins multidisciplinaires soit de plus en plus prouvée, les efforts de planification des ressources humaines en santé semblent encore axés sur des professions spécifiques et paraissent désarticulés. Nous avons vu à l'oeuvre des groupes d'experts distincts et des entités de planification isolées les unes des autres au sein du gouvernement et nous avons trouvé des rubriques budgétaires distinctes et des programmes d'enseignement séparés. Comme il a été mentionné dans le point précédent, on assiste maintenant à la mise en place de structures plus permanentes, mais celles-ci sont encore axées sur des professions spécifiques. Il y a très peu de structures vouées à une action concertée et intégrée. En Colombie-Britannique, le comité consultatif sur les ressources humaines en santé *semble* être une organisation de ce type, mais ses travaux sont encore organisés par professions distinctes. La Stratégie pour les soins infirmiers au Canada a recommandé la création d'un comité d'*intervenants* qui étudiera les problèmes, mais le groupe est formé de représentants du gouvernement, des infirmières et des gestionnaires du secteur des soins de courte durée ainsi que de chercheurs du domaine des sciences infirmières.

- *Les discussions partent de l'hypothèse que le système actuel et ses exigences sont à la base de tout travail de planification.*

Pour évaluer les pénuries perçues, on utilise en général les statistiques du moment et on effectue des projections à partir de celles-ci. Quelques rapports ont souligné le fait que cette méthode n'est pas la meilleure façon de planifier pour les besoins futurs. Naturellement, la complexité des exercices de modélisation associée à l'insuffisance de données fiables sur un grand nombre de variables assez subjectives est de nature à tenir en échec les équipes les plus dynamiques. Toutefois, tant que nous n'aurons pas cessé de traiter le *statu quo* comme si c'était l'avenir, nous

⁷ On pense ici à l'élaboration d'une approche pancanadienne à l'élaboration de laquelle participeraient les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que des intervenants clés.

resterons enfermés dans les solutions traditionnelles et nous ne pourrons pas réfléchir différemment sur les besoins futurs.

- *Jusqu'ici, les solutions proposées sur le plan des politiques ont été largement focalisées sur les variables du côté de l'offre.*

Cela n'a rien de surprenant. Si l'on part de l'idée que nous avons besoin de plus de professionnels de la santé, il est logique de conclure qu'il faut les former de la manière la plus efficiente possible. Ici encore, il semble qu'on commence à reconnaître que cela n'améliorera pas à la longue notre capacité sur le plan des politiques. Le Alberta Physician Resource Planning Committee, le Nursing Task Force de l'Ontario et le Département des ressources humaines Canada (dans son étude sectorielle sur les soins médicaux) se sont tous engagés à étudier les changements qui se produisent sur le plan de la prestation des services et sur les effets que ceux-ci auront sur les besoins en personnel.

- *Le public ne semble guère participer à ces travaux de planification ni à ces structures.*

Tous les comités examinés étaient dans une large mesure constitués de représentants des gouvernements provinciaux, des professions de la santé et, dans certains cas, du secteur hospitalier quand ils étaient confrontés aux enjeux du personnel infirmier.

- *Il existe manifestement un chevauchement, peut-être inutile, d'efforts et de ressources à travers le pays.*

Les problèmes posés dans chacun des exercices provinciaux et nationaux sont d'une ressemblance frappante. Tandis que certaines régions peuvent avoir des vues différentes sur leurs priorités et leurs besoins, les problèmes et les solutions restent les mêmes. Chaque province crée ses propres bases de données, élabore ses plans d'enseignement et de formation ainsi que ses programmes de recrutement et de rétention du personnel (souvent en concurrence les uns avec les autres), ses programmes de subvention aux étudiants et ses comités de planification.

Pourquoi la mise en oeuvre est-elle si difficile?

Les chercheurs canadiens ont décrit la planification des ressources humaines en santé dans les termes suivants : « Vous décrochez pour quelques années et il y a fort à parier qu'à votre retour peu de choses auront changé. » (Barer et al. 1999).

Pourquoi avons-nous fait si peu de progrès dans l'élaboration d'une approche logique au problème des ressources humaines en santé au Canada? Le système ne peut pas fonctionner sans des professionnels en santé bien formés, mais nous laissons au hasard un grand nombre de décisions stratégiques clés. Nous avons réalisé une série d'entrevues avec des personnalités clés qui ont présidé des commissions, groupes de travail, etc. pour bien appréhender les questions de mise en oeuvre. On trouvera ci-après un résumé de leurs points de vue ainsi que des commentaires que nous avons obtenus dans le cadre de la table ronde nationale. Il est frappant d'observer le nombre d'exercices qui ont été entrepris au cours des cinq dernières années –

presque chaque province a procédé à un examen général de la réforme du système de santé, et la plupart ont entrepris un certain processus de formation des ressources humaines en santé. De fait, une des personnes consultées a fait remarquer que « le Canada a eu tellement de commissions qu'il commence maintenant à recycler ses commissaires ».

Problèmes de mise en oeuvre en matière des ressources humaines en santé

- *La mise en oeuvre est difficile parce que la planification des ressources humaines en santé a été traitée comme un exercice stratégique distinct et n'a pas été rattachée aux autres initiatives de réforme.*

La planification des ressources humaines a souvent été considérée comme une fin en soi plutôt que comme un processus permettant d'atteindre les objectifs du système de santé. Le débat actuel sur la réforme des soins primaires est un bon exemple de cet état de choses. Les gouvernements n'ont pas encore décidé du modèle optimal à choisir pour fournir les soins de santé primaires, tout en essayant de « corriger » l'offre de professionnels en soins de santé primaires. Si le Canada opte pour un modèle dans lequel les infirmières praticiennes et d'autres professionnels deviennent le premier point de contact avec les patients et que les omnipraticiens sont utilisés comme une ressource dans ce processus et deviennent une deuxième ligne de contact, cela modifierait-il notre perception du besoin?

- *La mise en oeuvre est difficile parce que la planification des ressources humaines est un domaine stratégique multidimensionnel et complexe.*

Les processus utilisés pour former et déployer les professionnels de la santé doivent couvrir les problèmes en matière d'enseignement et de formation; le mode de financement et d'organisation des services; le milieu de travail, les besoins individuels des professionnels de la santé; et les besoins en santé des citoyens. Dans chacun de ces domaines, il y a divers moyens d'action et de nombreuses organisations chargées de la mise en oeuvre intégrale ou partielle des solutions. Le Tableau 2 présente un premier regroupement des groupes impliqués. Il montre qu'il peut exister au moins 15 moyens d'action et au moins 15 organisations d'intervenants dans la prise de décision et la mise en oeuvre des solutions.

Tableau 2
Leviers stratégiques de la planification du personnel médical et infirmier

Levier stratégique	Responsabilité	Niveau
Compilation de données et suivi	ICIS Ministères de la santé Organismes de recherche Organismes des intervenants Collectivités locales	National Provincial Provincial et Local National et Provincial Local
Nombre de postes pour les universitaires	Ministères de la santé Ministères des collèges et universités Facultés de médecine et de sciences infirmières	Provincial Provincial Local

Levier stratégique	Responsabilité	Niveau
Nombre et dosage des postes pour diplômés	Ministères de la Santé Facultés de médecine	Provincial Local
Frais de scolarité	Ministères des collèges et universités Universités	Provincial Local
Programme d'éducation	Conseil médical du Canada Facultés de médecine et de sciences infirmières	National Local
Programme de formation	CRMCC CMFC Facultés de médecine et de sciences infirmières Centres d'enseignement des sciences de la santé	National National Local Local
Conditions d'immatriculation et d'octroi de permis	Organismes de réglementation	Provincial
Évaluation continue des compétences	CRMCC CMFC Organismes de réglementation Employeurs	National National Provincial Local
Normes applicables à la pratique professionnelle	CRMCC CMFC Organismes de réglementation Associations professionnelles Employeurs	National National Provincial National et Provincial Local
Champ de pratique	Organismes de réglementation	Provincial
Politique d'immigration	Gouvernement canadien Gouvernements provinciaux	National Provincial
Incentives financières du système	Ministères de la santé Agents de négociation	Provincial Provincial
Programme de recrutement et de rétention du personnel	Ministères de la santé Collectivités locales Employeurs	Provincial Local Local
Conception des tâches	Employeurs Syndicats	Local Local et Provincial
Conventions collectives	Gouvernements Agents de négociation	Provincial Local

- *La mise en oeuvre est difficile parce que la complexité interdit souvent une approche globale.*

En 1991, Barer et Stoddart ont souligné la nécessité d'une approche globale à l'élaboration de politiques, tout en préconisant des plans de liaison et de jalonnement appropriés. Ils ont mis les gouvernements en garde contre la tentation de « tirer sur le volet » les recommandations soumises. Une des frustrations des personnes clés qui ont participé à l'enquête est que ce message n'a pas eu d'échos auprès des décideurs et des intervenants. La planification utilise les adjectifs « global » et « stratégique », mais les mesures stratégiques restent encore focalisées sur des points précis. Par exemple, on observe, en examinant les initiatives actuelles, que les gouvernements ont décidé d'augmenter l'offre de médecins et d'infirmières et se sont engagés à financer cette mesure. Mais il semble que très peu de mesures aient été appliquées pour régler les questions plus larges d'enseignement, de formation, de réorganisation du système ou de maximisation de l'utilisation d'autres professions. Les personnes consultées ont exprimé la crainte que dans notre empressement d'accroître l'offre, nous ne rations de nouveau l'occasion de nous attaquer aux sources profondes de nos cycles de pénurie et de pléthore de personnel.

- *La mise en oeuvre est difficile parce que l'approche de nos politiques en matière de soins de santé, et par conséquent le niveau de nos ressources humaines en santé, résulte d'une combinaison de forces du marché et de mécanismes publics de contrôle.*

Comme il a été mentionné au début du présent document, le Canada utilise un modèle mixte d'outils d'intervention privés et publics pour gérer à la fois son système global de soins de santé et les processus de formation et de déploiement des professionnels de la santé. Cette approche peut être parfois en contradiction avec la recherche d'une offre, d'une combinaison et d'une répartition optimales des compétences.

Souvent, nous nous attaquons seulement à un élément du problème. Par exemple, les gouvernements ont sans aucun doute la capacité de déterminer le nombre de personnes qui ont accès à l'enseignement et à la formation et la rémunération qu'elles recevront, mais ils ne peuvent pas les inciter à rester au Canada, à travailler dans un lieu donné ou à dispenser des services donnés. Ainsi, la mise en oeuvre est très difficile lorsqu'on peut gérer seulement une moitié de l'équation. Même les meilleurs efforts collectifs déployés dans un domaine particulier peuvent être contrecarrés par des actions individuelles menées dans un autre domaine. L'exemple le plus simple réside dans la croyance actuelle selon laquelle une augmentation de l'offre de places dans les facultés de médecine et des postes de résidence permettra d'avoir davantage de médecins qui restent au Canada, travaillent dans les localités où on a besoin d'eux et fournissent les services requis⁸.

⁸ Le plus récent exemple a été l'annonce faite en Colombie-Britannique d'une augmentation de 75 % du nombre de places dans les écoles de médecine d'ici 2005.

- *La mise en oeuvre est difficile parce que la planification des ressources humaines commence avec le professionnel comme point de départ plutôt qu'avec les besoins en soins de santé de la population.*

La planification commence avec la détermination du nombre de professionnels capables de donner des services à une population donnée. Idéalement, ce travail devrait commencer avec l'information relative aux besoins en santé de la population, la quantité et la nature des services nécessaires et les données relatives aux professionnels qui peuvent dispenser ces services de la façon la plus efficace possible.

- *La mise en oeuvre est difficile à cause du nombre de joueurs concernés, de l'effort nécessaire pour convaincre tout le monde de la nécessité du changement, tandis que la nature même des solutions a souvent un effet de retardement considérable.*

En raison de la complexité de la gestion du changement dans le domaine de la politique en matière de ressources humaines en santé, il faut des années pour arriver à un consensus et trouver des solutions possibles. Les incidences des solutions elles-mêmes sont ressenties un certain temps après que le changement s'est produit, en particulier quand celui-ci porte sur la formation.

Cela signifie que les décideurs travaillent souvent à trouver des solutions à des problèmes qui ont déjà pris de nouvelles directions. Comme l'a mentionné une des personnes interrogées : « Dans la planification des ressources humaines nous travaillons toujours sur un problème qui a cessé d'exister ».

- *La mise en oeuvre est difficile parce que la politique en matière de ressources humaines en santé concerne les emplois et les revenus des gens.*

La réforme stratégique donne souvent lieu à plus de controverses dans le domaine des ressources humaines en santé que dans d'autres domaines de la réforme de la santé parce qu'elle affecte directement la vie d'un très grand nombre de professionnels, soit 57 800 médecins et 232 000 infirmières (ICIS, 2001). Les associations professionnelles et les syndicats du secteur ont un mandat clair pour défendre les intérêts économiques de leurs membres. L'aspect relations de travail de leurs rôles dans un secteur de services comme celui des soins de santé est de nature à créer une situation plutôt volatile.

- *La mise en oeuvre est difficile parce que les systèmes législatifs et de réglementation varient d'une province à l'autre, ce qui crée des seuils différents pour l'immatriculation des professionnels et des degrés variables de souplesse dans les champs de pratique d'un bout à l'autre du pays.*

La réglementation des soins de santé est de toute évidence un sujet de compétence provinciale. Toutefois, les patients sont-ils tellement différents d'une province à l'autre que les normes provinciales relatives à l'immatriculation de professionnels et au champ de pratique doivent être différentes au sein des mêmes professions? Deuxièmement, est-il logique, dans le cas des services qui peuvent être dispensés par plus d'une profession, d'avoir plus d'une norme

professionnelle? Les patients profiteraient sûrement de l'adoption d'une norme unique pour les soins de santé fournis, quel que soit le type de professionnel?

- *La mise en oeuvre est difficile parce que les responsabilités dans le domaine des ressources humaines en santé sont vagues et qu'il n'existe pas un organisme de coordination.*

Les gouvernements fédéral et provinciaux, les centres académiques, les organismes de réglementation, les agences et employeurs du domaine des soins de santé, les associations professionnelles, les syndicats ont tous un rôle à jouer dans la politique relative aux ressources humaines en santé. Ces organisations sont responsables soit envers les citoyens, leurs membres ou leurs conseils d'administration.

L'axe de confrontation se situe donc entre les groupes eux-mêmes et le gouvernement. Il incombe à ce dernier de faire des choix entre des revendications, des priorités et des options stratégiques concurrentes, et il n'existe pas un lieu où tous les groupes concernés peuvent être représentés et obligés d'aborder la question d'une utilisation appropriée des services qui sont d'intérêt public. Il s'agit là d'une des plus grandes frustrations exprimées au sujet du processus de discussion des réformes par les personnes consultées. Ils n'ont pu réunir tout le monde en même temps dans une même salle pour discuter des questions intersectorielles ou pour encourager les concessions mutuelles nécessaires pour aller de l'avant.

Problèmes généraux liés à la mise en oeuvre

- *La mise en oeuvre réussit mieux quand l'activité bénéficie d'une large base d'appui et que le travail est parrainé par des hauts-fonctionnaires.*

Les exercices qui reposent exclusivement sur l'engagement et l'intérêt d'une seule personne (p. ex., le ministre de la Santé) ont moins de chances d'être menés à terme que ceux qui sont perçus comme bénéficiant d'un large soutien au sein du gouvernement. En plus du risque lié au parrainage d'une seule personne, il y a la possibilité d'un changement de leadership durant la période de l'examen. À l'exception de la Commission Fyke en Saskatchewan, un changement de leadership a entraîné une diminution considérable de l'intérêt dans la réalisation du travail.

- *La mise en oeuvre réussit mieux si on comprend bien dès le début les processus que le gouvernement utilisera pour réagir au travail effectué.*

La plupart des exercices ne reposaient pas sur une compréhension des suites qui seraient données à la production finale et à la publication du rapport. Cela a donné lieu après coup à une certaine confusion au sujet des rôles des commissaires. Dans les cas où les suites mentionnées précédemment ont donné lieu à des discussions avec les commanditaires avant la publication du rapport, on a souvent été en mesure d'élaborer un plan de suivi et de mise en oeuvre dans le cadre du rapport lui-même.

- *La mise en oeuvre réussit mieux s'il y a un champion à l'interne qui travaille avec le groupe externe.*

La règle générale consistait à démanteler le groupe une fois le travail terminé et un rapport publié. Par conséquent, il fallait qu'il y ait au sein du gouvernement quelqu'un qui joue le rôle de champion pour poursuivre le travail commencé. Autrement, les rapports deviennent lettre morte.

- *La mise en oeuvre réussit mieux quand les commissions anticipent les réactions négatives et s'attaquent à elles dès le début du processus.*

Les modifications apportées à la politique de ressources humaines en santé entraînent inévitablement des critiques. Ainsi, en sachant d'avance où se trouvent les préoccupations et en essayant de les dissiper, on accroît les chances de réussite de la mise en oeuvre. Même si les préoccupations ne peuvent pas être atténuées, les personnes consultées estimaient que le fait d'avoir à portée de la main les données nécessaires pour réagir aux anecdotes était une bonne stratégie. Un certain nombre d'entre elles estimaient que cela n'avait pas été fait au préalable et par conséquent s'en remettaient aux pouvoirs publics pour les suites nécessaires. Dans cet ordre d'idées, le meilleur exemple réside dans le fait que les réductions des inscriptions aux facultés de médecine opérées au Canada en 1993-1994 sont citées comme la cause des problèmes de répartition enregistrés au milieu des années 1990, et les incidences de cette mesure, si tant est qu'elle en a eues, ne se sont pas manifestées avant 1999.

- *La mise en oeuvre réussit mieux quand il existe un bon processus de participation.*

Les personnes consultées estiment que la mise en place d'un processus permettant de tester les idées durant une phase de recherche et de consultation plutôt d'attendre la publication du document augmente les chances de succès. Cela est particulièrement vrai dans le cas des exercices de planification des ressources humaines en santé parce que les lignes de responsabilité sont tellement vagues et que la mise en oeuvre exige la coopération des intervenants. Il est important de noter que ce processus de participation a été perçu comme quelque chose de plus large qu'une simple consultation. Il s'agissait en fait d'un exercice beaucoup plus interactif et beaucoup plus riche en contenu que le simple fait d'écouter.

Que peut-on faire?

La première tendance du groupe de recherche consistait à fournir des recommandations détaillées au sujet de chacun des problèmes observés durant le projet. Mais, plus nous avons de recommandations, moins nous étions convaincus que nous étions en train de « corriger » la situation. Aussi, avons-nous décidé d'identifier la seule chose à faire pour que nous puissions aller de l'avant dans l'amélioration de la capacité de planification des ressources humaines en santé. Durant toute la durée du projet, on nous a dit et redit qu'il n'existe actuellement aucun mécanisme viable de planification des ressources humaines en santé au Canada, ce qui explique que les discussions relatives aux ressources humaines tournent en rond et ne vont jamais au coeur du problème. On élimine des choses, on en ajoute d'autres, et rien ne change vraiment.

À ce jour, les éléments d'information et les commentaires présentés à la Commission par le biais des travaux de recherche et le processus de consultation abordent un certain nombre de thèmes liés à l'avenir du système de soins de santé au Canada. Premièrement, les Canadiens veulent des changements. Ils comprennent que le *statu quo* n'est pas viable ni même logique (Maxwell et al. 2002). Deuxièmement, les Canadiens veulent d'un système de soins de santé *national*, stable et moderne. Comme le Commissaire continue de l'affirmer, on ne peut construire un pays avec un système de soins de santé à dix vitesses. Troisièmement, les Canadiens veulent d'un régime de gouvernance dépolitisé, qui mette l'accent sur les services aux citoyens et non pas sur des programmes politiques à court terme (Lewis 2002).

Ces thèmes affectent aussi l'état de la planification des ressources humaines en santé au Canada. Il faut modifier notre façon de penser, sinon les rapports *ad hoc* resteront toujours sur des tablettes. À notre avis il faut opérer dans les conceptions quatre changements clés, qui exigeront des efforts énormes et de nouvelles méthodes de participation. Premièrement, la planification des ressources humaines en santé doit être intégrée aux grands aspects de la conception du système. Nous devons cesser de traiter la planification des ressources humaines en santé comme un exercice stratégique distinct. Deuxièmement, la planification des ressources humaines en santé doit être faite dans la perspective des besoins en santé de la population. Nous devons cesser d'élaborer des réactions stratégiques sur la base des chiffres des effectifs. Cela sera difficile. Les gens affirmeront qu'ils n'ont pas pour cela les données nécessaires. De fait, il se pourrait que nous ayons à les produire. Troisièmement, la planification des ressources humaines en santé doit se faire par équipes de professionnels. Nous devons cesser de baser la planification à partir d'une seule profession de la santé. Quatrièmement, la planification des ressources humaines en santé exige une coopération nationale. Nous devons cesser de déployer au niveau provincial des efforts individuels qui entrent en concurrence les uns avec les autres.

La modification des conceptions exige l'intervention d'un champion. Que l'accent soit mis sur une entreprise, un organisme de soins de santé ou le secteur public, les recherches effectuées sur le sujet indiquent la nécessité d'un agent de changement (Heifetz et Laurie 1997; Dunphy 1996; Kotter 1995; Shepard 1975). Il faut un leadership national pour entreprendre une discussion coordonnée sur les exigences du système futur et sur la nécessité de professionnels de la santé au sein du système. Tandis que chaque province et chaque collectivité à l'intérieur des provinces a des besoins qui lui sont propres, ceux-ci ne seront pas satisfaits si les intervenants continuent à se disputer des ressources limitées et à planifier chacun de son côté. Il faut établir une liaison entre les secteurs, les champs de compétence et les intervenants pour mettre sur pied un bureau d'orientation pour les ressources humaines en santé. Le caractère vague que présentent actuellement les responsabilités en matière de planification et de prise de décision sont un encouragement à l'inertie et aux accusations. Ceux qui ont ces responsabilités doivent trouver des moyens de planifier ensemble.

Pour toutes ces raisons, nous recommandons la création d'un organisme de coordination des ressources humaines en santé – en essence un conseil de la qualité – qui fournira l'orientation et le savoir-faire nécessaires à la planification des ressources humaines en santé. Les ressources intellectuelles, financières et politiques nécessaires pour réaliser ces changements exigent à notre avis la création d'un mécanisme ou un d'un organisme institutionnel.

Les rôles de cet organisme pourraient être les suivants :

- *Analyse de l'environnement* : L'organisme pourrait compiler continuellement l'information à jour sur le personnel médical et paramédical au Canada. Il produirait ainsi des statistiques sur le personnel sanitaire (le chiffre des effectifs, les lieux de travail, les soins dispensés, les sommes payées); réaliserait des enquêtes sur les professions de la santé (les enquêtes sur le personnel médical et paramédical); produirait des données sur la santé de la population.
- *Identification des tendances* : À partir de l'analyse de l'environnement, l'organisme pourrait identifier les tendances des chiffres, les déplacements des deux côtés des frontières (nationale et provinciales), les enjeux possibles pour des spécialités médicales spécifiques, les tendances observées dans des conventions collectives des infirmières.
- *Transmission de signaux d'alerte* : À partir de l'analyse de l'environnement et de l'identification des tendances, l'organisme pourrait jouer un rôle de dispositif d'alerte rapide pour signaler les changements qui surviennent sur les plans de la démographie, des styles de pratique, de l'environnement, de la législation et de la réglementation ou de l'enseignement et de leurs incidences sur la main-d'oeuvre sanitaire au Canada. Cela permettrait au pays d'avoir une longueur d'avance sur les événements, de sorte qu'on pourrait planifier les ajustements en matière d'enseignement, de formation ou de politique avant que les pénuries ne se manifestent.
- *Centre de renseignements sur les pratiques optimales* : L'organisme pourrait faire office de centre de renseignements pour diffuser l'information relative aux pratiques optimales en matière de processus de planification intégrée, aux modèles d'enseignement axés sur la collaboration, aux efforts de recrutement et de rétention du personnel, etc.
- *Élaboration d'instruments de planification* : L'organisme pourrait élaborer les outils nécessaires à une planification intégrée des ressources humaines en santé et les mettre à la disposition des provinces, des régions, des employeurs, etc.
- *Élaboration d'indicateurs* : L'organisme pourrait élaborer des indicateurs pour la main-d'oeuvre sanitaire au Canada et produire à cet égard une revue équilibrée de l'activité.
- *Liaison* : L'organisme pourrait assister les planificateurs en établissant un lien entre les efforts que ceux-ci déploient dans la planification des ressources humaines en santé avec l'information disponible – à la fois en termes de données et d'information sur les pratiques optimales.
- *Élaboration de modèles* : L'organisme pourrait élaborer des modèles globaux aux fins de la planification des ressources humaines en santé à mettre à la disposition des provinces, des régions, des employeurs, etc.
- *Publication de rapports* : L'organisme pourrait publier chaque année un rapport sur l'état de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada.
- *Planification nationale conjointe* : L'organisme pourrait constituer un terrain neutre où se réuniraient les divers intervenants du milieu des ressources humaines en santé pour commencer des discussions intersectorielles sur les initiatives stratégiques. Tous les groupes identifiés au Tableau 2 devront participer aux discussions, mais les secteurs de la santé et de l'éducation, en particulier, doivent effectuer conjointement leurs travaux de planification.
- *Laboratoire de transfert des connaissances* : L'organisme pourrait identifier explicitement les études en cours au Canada sur les ressources humaines en santé et faciliter l'utilisation de ces travaux dans les activités de planification et d'élaboration des politiques.

Ces propositions reposent sur un examen des enjeux auxquels sont confrontés les médecins et les infirmières. Il n'y a aucune raison de penser que cette analyse ne s'applique pas aux autres professions de la santé. Toutefois, les idées exprimées dans le cadre de cette étude n'ont pas été testées sur ces groupes. Enfin, cet organisme pourrait et devrait adopter une approche intégrée et couvrir dans ses travaux tout le personnel des soins de santé.

Certains se poseront des questions sur l'obligation de rendre compte à laquelle un tel organisme serait assujéti. Cet organisme pourrait être constitué de différentes manières. Il pourrait s'agir d'une organisation distincte douée de sa propre structure de gouvernance comme l'Institut canadien de renseignements sur la santé ou la Société canadienne du sang. Il pourrait être le prolongement de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres ou du Comité consultatif sur les ressources humaines en santé. L'équipe de recherche a intentionnellement omis de spécifier les liens hiérarchiques, car nous sommes convaincus que la recommandation devrait être compatible avec les autres recommandations de la Commission. Il n'y a aucune raison pour que la fonction de planification des ressources humaines en santé soit indépendante des autres efforts de planification. De fait, nous pensons qu'ils devraient tous être intégrés. Nous ne savons pas si la Commission recommandera une fonction quelconque de vérification et de publication de rapports qui serait assumée par l'entremise d'une commission permanente des soins de santé, d'un conseil ou d'un ombudsman. Si tel était le cas, les rôles mentionnés précédemment s'intégreraient de façon harmonieuse avec les diverses fonctions stratégiques d'une telle organisation. Dans le cas contraire, il faudrait constituer un organisme distinct et préciser les différents aspects de l'obligation de rendre compte. Ce ne serait pas notre modèle préféré.

Quel que soit le modèle accepté, il devrait à notre avis présenter un certain nombre de caractéristiques. Premièrement, l'organisme devra disposer d'un soutien fédéral et provincial. Il devra être une créature conjointe de ces deux niveaux de gouvernement. Deuxièmement, tout en ayant besoin du soutien des gouvernements, il ne devrait pas être constitué des seuls représentants de ceux-ci. Les intervenants identifiés dans le présent rapport *doivent* avoir une place dans l'organisme en question. Troisièmement, il devrait fonctionner de manière transparente et rendre public toutes les données le concernant.

D'aucuns ne verront dans cette idée qu'un ajout à la bureaucratie existante, mais nous pensons qu'il est essentiel de mettre en place un point central pour le changement culturel. À moins que nous ne commençons à penser différemment la planification des ressources humaines en santé au Canada, nous allons continuer à considérer le problème exclusivement sous l'angle de la gestion de l'offre. Toutefois, cet organisme ne vise pas à supplanter le travail que d'autres effectuent déjà. En fait, il devrait plutôt mettre ce travail à contribution en faisant participer les organismes existants à son plan de travail. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé a déjà commencé à compiler l'information sur le personnel des soins de santé au Canada. Le nouvel organisme n'aura pas à effectuer le même travail, mais pourrait travailler en partenariat avec l'ICIS pour produire des rapports personnalisés. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a fait de la planification des ressources humaines en santé une priorité pour le financement qu'elle consacre actuellement à la recherche. Le nouvel organisme n'a pas à effectuer le même travail, mais il pourrait envisager de conclure un partenariat avec la Fondation au sujet des activités de transfert du savoir-faire. Le comité consultatif fédéral-

provincial-territorial dénommé Comité consultatif des ressources humaines en santé est chargé des questions stratégiques et de mise en oeuvre, mais dispose de moyens limités et est constitué dans une large mesure de représentants des gouvernements. Là encore, le nouvel organisme n'a pas à répéter un travail qui se fait déjà, mais pourrait former un partenariat avec le Comité pour faire connaître à la fois l'information sur les pratiques optimales, la réflexion conceptuelle sur les enjeux du moment et la vision plus large des intervenants.

Certains se demanderont sans doute pourquoi Santé Canada ne pourrait pas remplir toutes ces fonctions? Il s'agit là d'une option, mais nous estimons, précisément parce que les responsabilités en cause vont au-delà de celles du gouvernement, que la tâche ne serait pas du tout facile pour ce ministère. Historiquement, le Canada a toujours été placé dans une situation où les gouvernements font une chose, les établissements d'enseignement, une autre et les organismes de réglementation, une troisième. La mise en place d'un organisme de coordination à l'échelle nationale pourrait mettre un terme à cette tradition.

Les défis qu'il faudra relever pour penser de manière différente la planification des ressources humaines en santé sont énormes. Nous ne parviendrons pas à les relever si le Canada s'obstine à refuser d'attaquer les causes profondes du problème. Dans le présent rapport, nous avons essayé de souligner quelques-uns des obstacles à la mise en oeuvre d'un changement stratégique dans cet environnement complexe et de proposer la création d'un organisme qui pourrait nous aider à avancer dans une autre direction. Enfin, tous les intervenants actuels devraient faire leur part, si petite soit-elle, pour que cela marche. Ils partagent tous le même point de départ, un but commun, qui consiste à mettre sur pied des soins de santé qui seront dispensés au Canada par un personnel approprié. Cela exigera du leadership de la part des gouvernements et des organisations représentant les professionnels de la santé. Sans cela, les décideurs continueront de s'affoler quand la demande de soins est trop forte ou trop faible et ils ne serviront pas les intérêts des Canadiens, qui après tout sont ceux qui paient la note.

Bibliographie

ACMR (Association canadienne des médecins résidents) (2001). *The New Face of Medicine: Sustaining and Enhancing Medicare*, Mémoire à la Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada.

AIIC (Association des infirmières et infirmiers du Canada) (1998) Position Statement: Educational Support for Competent Nursing Practice. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Aiken LH et al. (1997) Hospital nurses risks of occupational exposure to blood: prospective, retrospective and institutional reports. *American Journal of Public Health* 87: 103-107.

Aiken LH et DM Sloane (1997) Effects of organization innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work Occupations* 24(4): 453-477.

Aiken LH et al. (1994) Lower Medicare mortality amongst a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care* 32: 771-787.

Alcock D (2002) *Professional Tribalism: How can we ensure effective teamwork?* Conference for Scope of Practice Summit. Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario.

AMC (Association médicale canadienne) (2001a) *Physician Resource Planning (Update 2001)*. Ottawa. Association médicale canadienne.

AMC (Association médicale canadienne) (2001b) *Statistical Information on Canadian Physicians*. Association médicale canadienne. www.cma.ca.

AMC (Association médicale canadienne) (2000) Policy statement: Principles for a re-entry system in Canadian postgraduate medical education. Ottawa: CMA.

Baptiste S (2002) *Increasing Credentialism and Educational Requirements: What Are the Benefits and Disadvantages? What is the Impact on Scope of Practice and Health Care Human Resources?* Conference on Scope of Practice Summit. Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario.

Barer ML et GL Stoddart (1991) *Towards Integrated Medical Resources Policies for Canada*. CHEPA Working Paper 91-7. Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.

Barer ML, Wood L et DG Schneider (1999) *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*. Vancouver: The Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Benner P (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* Menlo Park: Addison Wesley.

Blegen M (1993) Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42:1: 36-41.

Boerma, WGW et A van den Brink-Muinen (2000) Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe. *Medical Care* 38(10): 93-1002.

Brown SA et Grimes DE (1995) A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res* 44:332-339.

Buchan J (2001) Nurses moving across borders: 'Brain drain' or freedom of movement? *International Nursing Review* 48(2): 65-67.

Buchan J (1999a) The 'greying' of the United Kingdom nursing workforce: Implications for employment policy and practice. *Journal of Advanced Nursing* 30(4): 818-826.

Buchan J (1999b) Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing* 30(1): 100-108.

Buchan J et F O'May (1998) Nursing supply and demand: Reviewing the evidence. *Nursing Times* 94(26): 60-63.

Carroll JC et al. (1995) Female family physicians in obstetrics: Achieving personal balance. *Journal de l'Association médicale canadienne* 153(9) : 1283-1289.

Centre for Nursing Studies (2001) *The Nature of the Extended/Expanded Nursing Role in Canada*, St. John's, The Centre for Nursing Studies.

Chan B (2002a) The declining comprehensiveness of primary care. *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(4) : 429-434.

Chan B (2002b) *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

Chaytors RG et al. (2001) Rural-urban and gender differences in procedures performed by female graduates. *Family Medicine* 33(10): 766-771.

Cooper RA (1995) A physician workforce for the 21st century. *The Annals of Thoracic Surgery* 60(5): 1541-1546.

Cooper RA (1994) Regulation won't solve our workforce problems. *The Internist* 35(3): 10-13.

- CPSO (College of Physicians and Surgeons of Ontario) (2001) *The Annual Information Survey*. Toronto: College of Physicians and Surgeons of Ontario
- Dhalla IA et al. (2002) Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(8) : 1029.
- Duff P (1990) A strategy for nursing recruitment: The challenge. *Nursing Standard* 4(23):36-37.
- Dunphy D (1996) Organizational change in corporate settings. *Human Relations* 49(5): 541-546.
- Easterbrook M et al. (1999) Rural background and clinical rural rotations during medical training: Effect on practice location. *Journal de l'Association médicale canadienne* 160(8) : 1159-11563.
- Evans RG (1998) New bottles, same old wine: Right and wrong on physician supply. *Journal de l'Association médicale canadienne* 58(6) : 757-759.
- Flux R Coles J et I Wickings (1993) Successful forecasting for service planning. *The Hospital and Health Services Review* 79(4): 168-170.
- Freeman T et L O'Brien-Pallas (1998) Factors influencing job satisfaction on specialty nursing units. *Canadian Journal of Nursing Administration* 11(3): 25-51.
- Fridkin et al. (1997) The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 17(3): 150-158.
- Fried BJ (1997) Physician resource planning in an era of uncertainty and change. *Journal de l'Association médicale canadienne* 157 : 1227-1228.
- Friedenberg RM (1996) Future physician requirements: Generalists and specialists—shortage or surplus? *Radiology* 200(1): 45A-47A.
- Gable MS et al. (2000) The subspecialty training, practice type, and geographical distribution of recently trained ophthalmologists: A study of male and female physicians. *JAMA* 55(1): 20-22, 26.
- Godwin M et al. (2002) The Ontario family medicine residents cohort study: Factors affecting residents' decisions to practise obstetrics. *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(2) : 179-184.
- Goodman DC et al. (1996) Benchmarking the US physician workforce: An alternative to needs-based or demand-based planning. *JAMA* 276(22): 1811-1817.
- Gray A et al. (1998) *Staff Turnover in The NHS: A Preliminary Economic Analysis*. Discussion Paper 46. York: Centre for Health Economics.

Gray C (1990) Physician manpower planning: Projections and pitfalls. *Journal de l'Association médicale canadienne* 123(4) : 312-14.

Greenberg L et Cultice JM (1997) Forecasting the need for physicians in the US: The health resources and services administration physician requirements model. *Health Services Research* 31(6): 723-37.

Hayton CR (1979) Medical manpower planning—getting it right. *Hospital and Health Services Review* (March): 86-90.

Heifetz RA et DL Laurie (1997) The work of leadership. *Harvard Business Review* January-February: 124-134.

Horrocks S et al. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324: 819-823.

Hutchinson L et al. (2001) The physician assistant: Would the US model meet the needs of the NHS? *BMJ* 323:1244-47.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) (2002). *Les soins de santé au Canada*. Ottawa : ICIS.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) (2001). *Les dispensateurs de soins au Canada*. Ottawa : ICIS.

Judd L et D Ciliska (1985) The importance of nursing involvement in health care planning. *L'infirmière canadienne* 81(4): 25-27.

Karasek R et T Theorell (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Kazanjian A et al. (2000a) *Nursing Workforce Study. Volumes I – V*. Vancouver: The Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Kazanjian A et al. (2000b) *Issues in Physician Resources Planning in BC: Key Determinants of Supply and Distribution, 1991-96. A Report to the Post-Graduate Medical Education Advisory Committee*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Kazanjian A et al. (1999) *Regional Health Human Resources Planning and Management: Policies, Issues and Information Requirements*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique.

Kinnersley et al (2000) Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ* 320: 1043-1048.

Koehoorn M et al. (2002) *Creating High-Quality Health Care Workplaces*. Document de discussion du RCRPP n° W/14, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

Kotter JP (1995) Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, mars-avril: 59-67.

Krakauer R (2002) *Increasing Credentialism and Educational Requirements: What are the Benefits and Disadvantages?* Conference on Scope of Practice Summit. Toronto : Association des hôpitaux de l'Ontario.

Kramer M et al. (1987) What causes job satisfaction and productivity of quality nursing care? in Moore, T, et M. Mundinger, eds. *Managing The Nursing Shortage: A Guide To Recruitment And Retention*. Rockville, MD: Aspen.

Kramer M et C Schmalenberg (1991) Job satisfaction and retention: Insights for the '90s *Nursing* 3: 50-55.

Kramer M et C Schmalenberg (1988a) Magnet hospitals, part I: Institutions of excellence *Journal of Nursing Administration* 18(1): 13-24.

Kramer M et C Schmalenberg (1988b) Magnet hospitals, part II: Institutions of excellence *Journal of Nursing Administration* 18(2): 11-19.

Kramer M et C Schmalenberg (1987) Magnet hospitals talk about the impact of DRGs on nursing care—part II *Nursing Management* 10(18): 33-40.

Kramer M et LP Haftner (1989) Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity *Nursing Research* 38(3): 172-177.

Kwong JC et al. (2002) Effects of rising tuition fees on medical school class composition and financial outlook *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(8): 1023-10229.

Lewis S (2002) The bog, the fog, the future: 5 strategies for renewing federalism in health care *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(11): 1421-1422.

Lomas J, GL Stoddart et ML Barer (1985) Supply projections as planning: A critical review of forecasting net physician requirements in Canada. *Social Science and Medicine*. 20: 411-424.

Martin KE (2000) A rural-urban comparison of patterns of physician assistant practice. *Journal Of The American Academy Of Physician Assistants* 13(7): 49-50, 56, 59.

Maxwell J et al. (2002) *Dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur les soins de santé au Canada.

McClure M et al. (1983) *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.

McGillis Hall L *et al.* (2001) *A study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes: A Summary Report of the Nursing Staff Mix Outcomes Study.* Toronto: University of Toronto.

McGillis Hall L and Donner GL (1997) The changing role of hospital nurse managers: A literature review. *Canadian Journal of Nursing Administration* 10(2): 14-39.

McKendry RJR (1999) *Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond.* Report of the Fact Finder Commission on Physician Resources in Ontario. Toronto: Ontario Ministry of Health and Long-term Care.

Millar J (2001) Physician supply in Canada: How much is enough. *Hospital Quarterly* (summer): 44-48.

Mundingier *et al* (2000) Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners of physicians: a randomized trial. *JAMA* 283:59-68.

Nadeau L (non publié) Head Nurse Job Satisfaction Survey. London, ON: Victoria Hospital

O'Brien-Pallas L *et A* Baumann (2000) Towards evidence-based policy decisions: A case study of nursing human resources in Ontario, Canada. *Nursing Inquiry* 7(4): 248-257.

Peters B (1999) Physician supply and demand in the new millennium. *Michigan Health and Hospitals* 35(3): 18-19.

Peterson CA (1999) Nursing supply and demand: Is the nursing profession facing a famine? *The American Journal of Nursing* 99(7): 57-59.

Pringle D *et al.* (2000) Interdisciplinary collaboration and primary health care reform. *The Canadian Journal Of Public Health* 91(2): 85-88, 97.

Rabinowitz HK *et al.* (2001) Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA* 286(9): 1041-1048.

Reid AJ *et al.* (2000) Family physicians in maternity care: Still in the game? Report from the CFPC's Janus project. *Médecin de famille canadien*, 46 : 601-606, 609-611.

Reid UV (1990) An economic model for nurse manpower planning in the Caribbean—part 1: The issues. *International Nursing Review* 37(5): 335-339.

Roos NP *et al.* (1999a) Issues in planning for specialist physicians. *Medical Care* 37(6 Suppl): JS229-53.

Roos NP *et al.* (1999b) Needs-based planning for generalist physicians. *Medical Care* 37(6 Suppl): JS206-28.

Roos NP et al. (1998) How many physicians does Canada need to care for our aging population? *Journal de l'Association médicale canadienne* 158(10) : 1275-1284.

Roos NP et al. (1997) Needs-based planning: The case of Manitoba. *Journal de l'Association médicale canadienne* 157(9) : 1215-1221.

Rourke T (1993) Politics of rural health care: Recruitment and retention of physicians. *Journal de l'Association médicale canadienne* 148(8) : 1281-1284.

Ryten E (1997) A Statistical Picture of the Past, Present and Future of Registered Nurses in Canada. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Schwartz WB, Sloan FA et DN Mendelson (1998) Why there will be little or no physician surplus between now and the year 2000. *NEJM* 318 (14): 892-897.

Sekscenski ES et al. (1997) Benchmarking the physician workforce. *JAMA* 277(12): 965-966.

Shepard HA (1993) Rules of thumb for change agents. *Organizational Development Practitioner*. NJ:National OD Network. Pp.1-5.

Shum et al (2000) Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomized controlled trial. *BMJ* 320:1038-1043.

Siegrist J (1996) Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 6: 27-41.

Slade S et N Busing (2002) Weekly work hours and clinical activities of Canadian family physicians: results of the 1997/98 National Family Physician Survey of The College of Family Physicians of Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 166(11): 1407-1411.

Société de la médecine rurale du Canada (1998) *From Education to Sustainability: A Blueprint for Addressing Physician Recruitment and Retention in Rural and Remote Ontario*. London: Ontario Regional Committee and the Professional Association of Interns and Residents of Ontario.

Stoddart GL et ML Barer (1999) Will increasing medical school enrolment solve Canada's physician supply problems? *Journal de l'Association médicale canadienne* 161 (8) : 983-984.

Thurber AD et N Busing (1999) Decreasing supply of family physicians and general practitioners: Serious implications for the future. *Médecin de famille canadien* 45 : 2084-2089.

Tourangeau AE et al. (2002) Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research* 33(4): 71-88.

Turner LA et al. (1993a) Work force planning in the 90s, Part II: Enough in the right place at the right time? *Healthcare Management Forum* 6(2): 34-40.

Turner LA et al. (1993b) Work force planning in the 90s, Part I: Efficiency, economy and political will—the need for a new approach. *Healthcare Management Forum* 6(1): 34-40.

Way D et al. (2001) Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Journal de l'Association médicale canadienne* 165(9) : 1210-1214.

Wilson R et J Stilwell (1992) *The National Health Service and The Labour Market*. Aldershot, Hants: Avebury Press.

Woodward CA et al. (2001) Professional activity: How is family physicians' work time changing. *Médecin de famille canadien* 47 : 1414-1421.

Woodward CA et al. (1997) Closed and restricted practices: Recent family medicine graduates place limits on services. *Médecin de famille canadien* 43: 1541-1547.

Yett D (1970) Causes and consequences of salary differentials in nursing. *Inquiry* 7(1): 78-99.

Young R et B Leese (1999) Recruitment and retention of general practitioners in the UK: What are the problems and solutions? *British Journal of General Practice* 49: 829-833.

Zwarenstein M et al. (2001) Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes. *The Cochrane Library*, 3.Oxford: Update Software.