

# **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

The Health Action Lobby



Le Groupe d'intervention action santé

Mars 2006

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

### ***Le Groupe d'intervention action santé (HEAL)***

*est une coalition de 30 associations nationales du secteur de la santé et de défense des consommateurs, y compris des organismes affiliés, qui représente plus d'un demi-million de fournisseurs et de consommateurs de soins de santé. Son mandat est de protéger et de renforcer le système de soins de santé du Canada. HEAL est formé en 1991 suite à la préoccupation causée par l'érosion du rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé national.*

## **AVANT-PROPOS**

Les ressources humaines en santé en tant qu'élément du fondement d'un système de santé viable financé par l'État est possiblement la priorité la plus urgente pour le système canadien de santé. L'importance d'une approche pancanadienne coordonnée aux ressources humaines en santé est soulignée par de nombreux intervenants, dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, le Conseil canadien de la santé, des organismes de santé nationaux et les Canadiens dans l'ensemble.

Les ressources humaines en santé émergent comme priorité absolue lors des larges rondes de consultations de groupe à plusieurs intervenants, tant en 2001 qu'en 2004. L'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé (février 2003) identifie l'accès aux ressources humaines en santé appropriées comme un problème clé pour les Canadiens. Cet indicateur est renforcé dans le plan de 10 ans de 2004 en vue d'améliorer les soins de santé.

Le gouvernement fédéral, reconnaissant le besoin de résoudre le problème des ressources humaines en santé d'une perspective pancanadienne, a mis au point un document intitulé « un cadre de collaboration pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé » comme étape d'un processus d'engagement, invitant les intervenants à identifier comment ils mettraient ce cadre en application, au sein de leur propre environnement.

Le Conseil canadien de la santé, dans son premier rapport de contrôle des objectifs définis dans l'Accord des premiers ministres (Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement, 2005), affirme qu'il y a un besoin urgent d'accélérer les efforts dans ce domaine car des ressources humaines en santé adéquates sont cruciales aux autres réformes en matière de soins de santé. Ils déclarent : « Il s'agit là (RHS) d'une priorité urgente. Sans un nombre suffisant de fournisseurs de soins, tous les autres efforts seront vains. » Le Conseil de la santé reconnaît qu'une stratégie nationale pour les ressources humaines en santé est inexistante et recommande une approche collaborative à la réalisation de cet objectif. À cette fin, en juin 2005, un sommet national sur les ressources humaines en santé a été convoqué, lequel a donné lieu au rapport intitulé « Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement » qui exige une démarche entièrement intégrée de la planification des ressources humaines en santé fondée sur les besoins de santé de la

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

population. Le rapport confirme le besoin d'une action urgente en vue de réaliser cet objectif.

La mission centrale de HEAL de s'engager à protéger et à améliorer le système canadien de soins de santé et les ressources humaines en santé a été identifiée comme une priorité clé. À l'automne 2004, les membres de HEAL ont participé à un sondage sur les ressources humaines en santé, sur la planification stratégique et sur les initiatives. Ce sondage a donné lieu au document intitulé « HEAL's Potential in Pan-Canadian Health Human Resource Policy and Planning » (potentiel de HEAL dans la planification pancanadienne des ressources humaines en santé) dont les résultats mettent en évidence les quatre messages clés suivants :

- Les organisations de santé nationales sont activement engagées envers les problèmes relatifs aux ressources humaines en santé.
- Une plus grande capacité d'élaboration de politiques est requise pour les ressources humaines en santé au sein des organisations de santé nationales.
- Un engagement hâtif, significatif et continu des intervenants en matière de ressources humaines en santé est essentiel.
- Les organisations de santé nationales ont énormément à offrir aux ressources humaines en santé.

Trois mesures d'une importance critique ont été recommandées par HEAL:

1. La création d'un mécanisme permanent pour le soutien et la promotion de l'échange de renseignements et de la capacité d'élaboration des politiques au sein des organisations de santé nationales pour les ressources humaines en santé transversales (p. ex. : milieu réglementé; évaluation des besoins de santé de la population, moyen et long termes) et pour la collecte de données.
2. La mise en œuvre d'un mécanisme visant à assurer des consultations et des échanges réguliers entre les organisations de santé nationales et le gouvernement fédéral (entre autres, le Comité consultatif FPT sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines) au sujet des ressources humaines en santé, des politiques et des questions connexes.
3. La formation d'un groupe de travail d'enquête chargé d'évaluer rapidement les tendances, les perspectives et les problèmes clés relatifs aux diverses sciences de la santé, dont la capacité de l'infrastructure éducative d'absorber une hausse des inscriptions, tant aux niveaux de débutant que de premier cycle et des cycles supérieurs, ainsi que la disponibilité des stages.

En octobre 2005, HEAL a organisé un sommet sur les ressources humaines en santé réunissant plusieurs intervenants. L'objectif était de favoriser la création de relations avec les représentants du gouvernement et de faire la promotion de la conviction de HEAL à propos d'un cadre interprofessionnel pancanadien intégré pour la planification des ressources humaines en santé. Parmi les participants à la rencontre, comptons les

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

membres de HEAL et les représentants de Santé Canada, dont le sous-ministre de la Santé, Morris Rosenberg, Ressources humaines et Développement social (RHDS), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil canadien de la santé. Les discussions se sont concentrées sur les éléments qui contribuent à la complexité de la planification des ressources humaines en santé au Canada, sur le rôle crucial que jouent les fournisseurs de soins de santé dans la prestation des services de santé et sur des stratégies les plus efficaces en vue de faire avancer un cadre de planification complet pour assurer l'approvisionnement le mieux approprié et le plus rentable de fournisseurs de soins de santé futurs. Les plans complémentaires à cette rencontre incluaient l'élaboration d'un document mettant en relief les principes fondamentaux sur lesquels devrait se baser une stratégie nationale des RHS à plusieurs intervenants. Le présent rapport est issu de ces discussions.

Ce document a donc comme objectif de faire progresser les débats et les discussions du pays autour d'une approche coordonnée indispensable aux ressources humaines en santé. Reconnaisant l'environnement défini par le Conseil canadien de la santé et Santé Canada, ce document ajoutera valeur et texture aux débats et donnera une voix à la perspective du fournisseur de soins. Il présente aux fins de discussion les principes fondamentaux et orientations stratégiques qui, de l'opinion des membres de HEAL, seraient sous-jacents à un plan pancanadien pour la réalisation d'effectifs de la santé viables. Ce document s'inspire du livre vert de 2005 sur les ressources humaines en santé produit par l'Association médicale canadienne (AMC) et par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC).

La stratégie proactive de HEAL en vue d'élaborer un plan stratégique coordonné des ressources humaines pour les effectifs canadiens de la santé ne peut être efficace que si elle est intégrée dans toutes les provinces et dans tous les territoires *et* dans les diverses sciences de la santé professionnelles. HEAL se réjouit à l'avance de collaborer, à cette fin, avec les gouvernements, les responsables de l'orientation des politiques et les décisionnaires, ainsi que d'autres intervenants et le public.

## **SOMMAIRE**

Bien que le régime d'assurance-maladie jouisse d'un succès énorme en tant qu'initiative pancanadienne depuis les années 1960, on ne peut en dire autant de la planification des effectifs de la santé au Canada. Dans la mesure où il y a eu planification, elle s'est déroulée surtout dans les provinces et les territoires et a porté sur diverses sciences de la santé en isolement les unes des autres.

On reconnaît, en général, que si nous voulons établir un plan stratégique pour les effectifs de la santé, il faut l'intégrer dans l'ensemble des provinces et territoires, ainsi que dans les diverses sciences de la santé.

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

À l'échelon international, le service de santé national de la G.-B. et les ministres de la santé de l'Australie ont lancé récemment des initiatives visant à adopter la planification stratégique des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Ce document présente pour discussion 10 principes fondamentaux et des orientations stratégiques connexes qui pourraient sous-tendre une telle démarche au Canada sous les thèmes des soins centrés sur les patients, de la planification et du cycle de carrière.

### **MISSION, VISION, VALEURS**

La **Mission** des effectifs de la santé au Canada est d'améliorer la santé et le mieux-être de la population grâce à un large continuum de démarches.

Cela pourrait se réaliser à l'intérieur d'une **Vision** qui ferait que tous les Canadiens, de l'enfance au troisième âge, auraient accès au service dispensé au bon moment et par le fournisseur le plus adéquat, à un endroit raisonnablement proche de leur lieu de résidence. En outre, toutes les juridictions au Canada devraient disposer d'effectifs de la santé publique instruits et souples, travaillant dans des milieux de travail positifs afin de satisfaire aux besoins de santé publique de la population et de réduire les disparités de santé et sociales.

À notre époque, de nombreuses organisations se penchent sur les valeurs essentielles qui sous-tendent leurs entreprises. Si nous jetons un regard sur l'étendue des professionnels de la santé au Canada aujourd'hui, il y a au moins trois **valeurs essentielles** fondamentales communes à toutes les sciences de la santé :

- un sentiment de **compassion** ou de bienveillance envers les patients et leurs besoins;
- une focalisation sur l'**excellence** et l'amélioration continue de la pratique clinique; et
- la **reddition de comptes** aux patients et au public, principalement par l'intermédiaire de mécanismes de réglementation.

L'objectif à long terme des effectifs de la santé est de réaliser cette vision.

### **Principes fondamentaux et orientations stratégiques**

#### **A. SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT<sup>1</sup>**

- 1. Planification fondée sur les besoins de la population – Les planificateurs doivent adopter une stratégie fondée sur les besoins qui prévoit les besoins actuels et émergents de la population en matière de service de santé<sup>2</sup>, en fonction des**

---

<sup>1</sup> Dans ce document 'patient' se rapporte au contexte le plus large du consommateur du système de soins de santé – de la perspective individuelle, familiale ou communautaire.

<sup>2</sup> Dans ce document 'service de santé' se rapporte au large spectre de stratégies en matière de santé selon les besoins de la population, dont la protection et la promotion de la santé, ainsi que la prévention des

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

*facteurs démographiques, épidémiologiques, culturels et géographiques et qui tient compte des modèles de prestation en évolution ainsi que des changements technologiques et l'interface entre le système de soins de santé financé par l'État, le système de soins de santé privé et le système de soins de santé public.*

### **Orientations stratégiques**

- i. Analyse détaillée des relevés de population et des données épidémiologiques*
  - ii. Points de repère fondés sur les écarts entre les régions*
  - iii. Étude d'un éventail de spécialisations à l'intérieur des sciences de la santé et entre celles-ci*
  - iv. Création d'un leadership pour le changement du système*
- 2. Collaboration interprofessionnelle** – *Les professions de la santé doivent collaborer en communiquant entre elles et en coordonnant leurs efforts dans les meilleurs intérêts du patient.*

### **Orientations stratégiques**

- i. Promotion de l'éducation interprofessionnelle*
- ii. Suppression des inquiétudes liées à la responsabilité civile*
- iii. Élaboration de modèles de financement qui appuient la collaboration*

## **B. PLANIFICATION**

- 3. Les effectifs de la santé constituent une ressource nationale** – *Il est souhaitable de promouvoir de grandes possibilités de mobilité à l'intérieur des provinces et des territoires et entre ceux-ci pour les professions de la santé au Canada en matière d'éducation, de formation et de pratique pendant tout le cycle de carrière.*

### **Orientations stratégiques**

- i. Promotion de normes nationales sur l'admissibilité transférable au permis d'exercer*

---

maladies, les services de santé primaires, les soins de courte durée, les services communautaires et les traitements palliatifs.

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

- ii. *Reconnaissance des centres d'excellence régionaux*
  - iii. *Préservation et promotion d'un système national d'éducation et de formation*
- 4. *Une plus grande autosuffisance* – Le Canada doit tendre vers une plus grande autosuffisance en matière d'éducation et de formation des professionnels de la santé.**

### **Orientations stratégiques**

- i. *Amélioration des modèles de projection de l'offre à moyen et à long termes*
  - ii. *Offre aux Canadiens de possibilités suffisantes de formation pour une carrière dans les professions de la santé au Canada*
  - iii. *Intégration dans la pratique des diplômés de l'étranger qui sont résidents permanents ou citoyens canadiens*
- 5. *Reconnaître l'environnement mondial* – Il faut reconnaître que les professionnels de la santé travaillent dans un univers de plus en plus mondial en termes d'échange de renseignements scientifiques, de reconnaissance mutuelle des titres de compétences et qualités entre pays et de circulation des ressources humaines.**

### **Orientations stratégiques**

- i. *Promotion du recrutement qui observe la déontologie*
  - ii. *Étude de l'impact de la technologie sur les possibilités de dispenser des services au loin et d'échanger des services de santé entre pays*
  - iii. *Maintien de normes élevées d'éducation et d'enseignement*
- 6. *Processus inclusif de planification et de prise de décision* - La planification stratégique et la prise de décision dans le domaine des ressources humaines en santé doivent mettre à contribution tous les intervenants dont les gouvernements, les organismes régionaux de la santé et les organismes responsables de l'éducation et de la réglementation ainsi que les professionnels actifs.**

### **Orientations stratégiques**

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

- i. *Mise en œuvre d'un bureau canadien de coordination pour les ressources humaines en santé*
- ii. *Facilitation d'échanges entre les milieux de fournisseurs et les comités consultatifs fédéraux/provinciaux/territoriaux*
- iii. *Promotion de la représentation des fournisseurs auprès des entités de gouvernance régionales et des institutionnelles*
- iv. *Promotion d'une « politique publique favorisant la santé » intersectorielle*

### **C. CYCLE DE CARRIÈRE**

7. ***Politiques concurrentielles sur les ressources humaines*** – *Les professionnels de la santé devraient bénéficier de milieux de travail positifs conçus en vue de les attirer et de les garder grâce à des stratégies intégrées qui répondent à leurs besoins professionnels et personnels.*

#### **Orientations stratégiques**

- i. *Stratégies de recrutement qui tiennent compte des facteurs tant professionnels que personnels*
- ii. *Stratégies de maintien*
- iii. *Possibilités d'emploi souples*
- iv. *Recherche en vue de déterminer les possibilités de rapatriement*

8. ***Milieux de travail sains*** – *Les administrateurs de soins et les décisionnaires doivent reconnaître l'importance de milieux de travail sains et collaborer avec les fournisseurs de soins de santé pour la mise en œuvre de stratégies visant à appuyer leur santé et leur sécurité.*

#### **Orientations stratégiques**

- i. *Démarches fondées sur les meilleures pratiques*
- ii. *Programmes d'éducation*
- iii. *Promotion d'un changement de culture afin d'encourager les comportements d'appel à l'aide*



## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

9. *Équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle – Les planificateurs doivent tenir compte des opinions de la nouvelle génération de professionnels de la santé qui recherchent un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle.*

### **Orientations stratégiques**

- i. *Intégration dans les programmes de formation*
- ii. *Leçons tirées de l'expérience à l'étranger*
- iii. *Pondération de l'équilibre travail/vie dans la planification de l'offre*

10. *Acquisition continue du savoir- Les professionnels de la santé doivent avoir accès aux ressources nécessaires pour se tenir au courant des progrès de la science et pour acquérir de nouvelles compétences, au cours de leur carrière, de mettre ces compétences en pratique pour relever de nouveaux défis.*

### **Orientations stratégiques**

- i. *Possibilité de réintégrer la formation et de recevoir de la formation perfectionnée*
- ii. *Évolution et perfectionnement de la carrière*
- iii. *Formation professionnelle continue*
- iv. *Identification et perfectionnement des chefs de file*

## **SOMMAIRE**

Ce qui précède a pour but de présenter les orientations et principes fondamentaux qui sous-tendent une stratégie proactive à l'implantation d'une perspective de planification stratégique des ressources dans les effectifs de la santé du Canada. Une telle démarche ne pourra réussir que si elle est intégrée à l'échelle des provinces et des territoires et dans l'ensemble des disciplines professionnelles.

De plus, cette démarche ne saurait être implantée de manière isolée par les gouvernements, surtout lorsque l'on tient compte des nombreux leviers politiques qui touchent le cycle de carrière. Il est essentiel d'obtenir dès le début du processus de planification une participation réelle des professionnels de la santé.

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

L'étape suivante consisterait à repérer les indicateurs et les cibles de mise en œuvre des orientations stratégiques proposées plus haut et à cerner les leviers politiques appropriés et les intervenants qui en sont responsables.

# Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

## Introduction

Ce document vise à présenter aux fins de discussion les principes fondamentaux et orientations stratégiques sous-jacents à un plan pancanadien en vue d'obtenir des effectifs de la santé viables.

Bien que la Constitution canadienne assigne la responsabilité de la prestation de soins de santé aux provinces ou territoires, depuis son introduction dans les années 1960, l'assurance-maladie a cherché à assurer aux Canadiens un accès universel aux hôpitaux et aux services médicaux sur les modalités uniformes telles que déterminées dans la Loi canadienne sur la Santé. Malgré les préoccupations récentes à propos de l'accès en temps opportun et de l'envergure limitée de l'assurance-maladie, voilà un exemple de démarche pancanadienne qui continue de présenter une valeur inestimable pour les Canadiens.

Par contraste, la planification pour les effectifs qui assurent la prestation des services de santé a été laissée à la discrétion des provinces et territoires individuels. Les démarches de planification à ce jour ont été caractérisées par deux tendances principales :

- la focalisation tendait vers une planification exclusivement centrée sur l'offre qui percevait les professionnels de la santé comme des dépenses pour l'économie; et
- les démarches de planification traitaient les organismes de professionnels de la santé en isolement les uns des autres, y compris les fournisseurs financés par l'État et les fournisseurs privés.

La politique globale issue de cette démarche était aliénante entre les provinces et les territoires qui dépendent continuellement des professionnels de la santé formés à l'étranger pour compenser les pénuries. Alors que nous arrivons à une ère de pénuries mondiales croissantes de professionnels de la santé, cette démarche ne sera pas viable.

La gravité de la situation des effectifs de la santé au Canada est soulignée par une comparaison à d'autres pays. En 2002 le Canada se classait 24<sup>e</sup> parmi les 30 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui a trait au nombre de médecins en exercice par millier de personnes, c'est-à-dire 2,1 – presque un tiers en deçà de la moyenne de 2,9<sup>1</sup>. Dans le cas du personnel infirmier, une étude de l'OCDE effectuée en 2004, signale que le Canada avait la pénurie relative de personnel infirmier la plus élevée des six (6) pays à l'étude, soit 6,9 % des effectifs actuels<sup>2</sup>. Il y a également pénurie au niveau des inhalothérapeutes au Canada, situation qui devrait empirer au cours des années à venir<sup>3</sup>. D'autres professions de la santé comme les physiothérapeutes signalent que des données scientifiques suggèrent une pénurie de fournisseurs au sein de cette science de la santé au Canada<sup>4,5</sup>.

L'urgence de cette situation est mise en relief par la retraite anticipée, d'ici quelques années, des praticiens au sein de plusieurs sciences de la santé et par la possibilité que d'autres pays recrutent des diplômés afin de combler les écarts dans leurs systèmes de prestation.

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

### **Un plan stratégique pour les ressources humaines en santé**

Dans le monde des affaires, un plan stratégique est le cadre qui aligne la structure et les ressources d'une organisation selon sa mission, sa vision et ses valeurs ainsi que selon ses buts et objectifs à long terme.

Dans le contexte canadien doté d'un système de soins de santé financé à 70 % par l'État et dont les parties constituantes clés sont réglementées, le concept d'un plan stratégique est applicable aux effectifs de la santé au sein du système de santé financé par l'État, du système privé et du système de santé public.

### **Mission, vision, valeurs**

La **Mission** des effectifs de la santé au Canada est d'améliorer la santé et le mieux-être de la population grâce à un large continuum de démarches.

Cela pourrait se réaliser à l'intérieur d'une **Vision** voulant que tous les Canadiens, de l'enfance au troisième âge, aient accès au service adéquat, par le fournisseur approprié, dispensé au moment opportun, à distance raisonnable de leur demeure. En outre, toutes les juridictions au Canada devraient disposer d'effectifs de la santé publique instruits et souples, travaillant dans des milieux de travail positifs afin de satisfaire aux besoins de santé publique de la population et de réduire les disparités de santé et sociales.

À notre époque, de nombreuses organisations se penchent sur les valeurs essentielles qui sous-tendent leurs entreprises. Si nous jetons un regard sur l'étendue des professionnels de la santé au Canada actuellement, il y a au moins trois **valeurs essentielles** fondamentales communes à toutes les sciences de la santé :

- un sentiment de **compassion** ou de bienveillance envers les patients et leurs besoins;
- une focalisation sur l'**excellence** et l'amélioration continue de la pratique clinique; et
- la **reddition de comptes** aux patients et au public, principalement par l'intermédiaire de mécanismes de réglementation.

L'objectif à long terme des effectifs de la santé est de réaliser cette vision.

Bien que nombre de commissions et groupes de travail nationaux, provinciaux et territoriaux se penchent sur le système canadien de soins de santé depuis les années 1980, un cadre pancanadien de planification stratégique des ressources humaines en santé demeure une cible insaisissable.

À l'échelon international on a fait des progrès dans l'obtention d'engagements en matière de politiques au niveau national afin de soutenir les plans pour les effectifs de la santé futurs. En 2000, le service de santé national (SSN) de Grande-Bretagne a adopté 10 principes essentiels dont ceux qui suivent :

*Le SSN soutiendra et appréciera son personnel.*

## **Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé**

*La force du SSN repose sur son personnel dont les compétences, l'expertise et le dévouement sous-tendent tout ce qu'il entreprend. Il a le droit d'être traité avec respect et dignité. Le SSN continuera de soutenir, de reconnaître et de récompenser les individus et les organisations, et à y investir, en fournissant des possibilités pour le personnel d'avancer dans sa carrière et en encourageant l'éducation, la formation et le perfectionnement personnel. Les professionnels et les organisations auront la possibilité et la responsabilité d'exercer leur jugement dans le contexte des politiques et des normes convenues à l'échelon national.*<sup>6</sup>

En avril 2004, la conférence australienne des ministres de la santé adopte un cadre stratégique national pour les effectifs de la santé qui comporte une vision, sept principes directeurs et trois ou quatre orientations stratégiques afin de soutenir chaque principe incluant une démarche visant la santé de la population par la protection et la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins primaires, les soins communautaires, les soins dans les régions éloignées et les soins de courte durée<sup>7</sup>. Ce cadre est à l'origine des 10 principes fondamentaux et orientations stratégiques pour le Canada indiqués ci-dessous :

### **Principes fondamentaux et orientations stratégiques**

Les principes sont organisés sous trois titres clés :

#### A. Les soins centrés sur le patient

- planification fondée sur les besoins de la population
- collaboration interprofessionnelle

#### B. Planification pancanadienne

- effectifs de la santé : une ressource nationale
- plus grande autosuffisance
- reconnaissance de l'environnement mondial
- processus inclusif de planification et de prise de décision

#### C. Cycle de carrière

- politiques concurrentielles sur les ressources humaines
- milieux de travail sains
- équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle
- acquisition continue du savoir

### **A. SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT**

Dans son rapport de 2005 intitulé *Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century: the challenge of chronic conditions* (pas disponible en français) l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) identifie les soins centrés sur le patient comme l'une des cinq compétences essentielles et elle établit huit caractéristiques pour ces soins<sup>8</sup>. Les soins centrés sur le patient visent à

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

reconnaître et à appuyer le rôle du patient éclairé dans la gestion de son état de santé. Plus généralement, au niveau de la population ou du système, centrer les soins sur le patient signifie accorder la priorité aux besoins de santé de la population, de la perspective de la demande plutôt que de l'offre.

1. ***Planification fondée sur les besoins de la population*** – *Les planificateurs doivent adopter une stratégie fondée sur les besoins qui prévoit les besoins actuels et émergents de la population en matière de service de santé<sup>3</sup>, en fonction des facteurs démographiques, épidémiologiques, culturels et géographiques et qui tient compte des modèles de prestation en évolution ainsi que des changements technologiques et l'interface entre le système de soins de santé financé par l'État, le système de soins de santé privé et le système de soins de santé public.*

Jusqu'à maintenant, la plupart des initiatives de planification des ressources humaines en santé se basaient sur l'offre. Il s'agit là du résultat des limites des données disponibles, de la préoccupation des budgets et du coût élevé de l'équipement, qui augmente rapidement, tous provoqués par les changements technologiques.

### Orientations stratégiques

- i. ***Analyse détaillée des relevés de population et des données épidémiologiques.***  
Contrairement aux dernières décennies, alors que les seules sources de données sur la santé étaient les statistiques de vie (cause de décès) et les dossiers administratifs (conges des patients), il y a maintenant une mine de données d'enquête représentatives qui peuvent servir à examiner la relation entre les facteurs sociodémographiques, le style de vie et l'utilisation des soins de santé. Par exemple, en 2003, l'enquête de Statistique Canada sur la santé au sein des collectivités canadiennes recueille des données sur plus de 130 000 répondants âgés de 12 ans et plus, de toutes les provinces et de tous les territoires<sup>9</sup>. Ces enquêtes et d'autres sondages présentent des possibilités considérables pour l'évaluation des besoins de santé en relation avec la focalisation sur l'état de santé de la population. La valeur de ces analyses peut être largement améliorée par l'exploitation du potentiel de recherche longitudinale avec le lien aux données administratives. Ces sources de données peuvent être combinées à des démarches méthodologiques comme le modèle du « fardeau économique de la maladie » pour mettre en évidence les maladies comme les maladies mentales et les conditions musculosquelettiques qui attirent moins l'attention que les conditions fatales comme les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Une méthode proposée pour opérationnaliser cette approche est le « modèle d'accès » par lequel les normes temporelles pour les consultations et les

---

<sup>3</sup> Dans ce document 'service de santé' se rapporte au large spectre de stratégies en matière de santé selon les besoins de la population, dont la protection et la promotion de la santé, ainsi que la prévention des maladies, les services de santé primaires, les soins de courte durée, les services communautaires et les traitements palliatifs.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

procédures peuvent servir à évaluer le déséquilibre entre le volume de service prévu requis pour certaines conditions et la disponibilité des ressources humaines en santé.

- ii. *Points de repère fondés sur les écarts entre les régions* – Jusqu’à maintenant, la planification de l’offre continue d’être fondée sur des indicateurs grossiers comme les ratios entre la population et le fournisseur et entre les patients et les fournisseurs, lesquels sont agrégés à des niveaux assez élevés. Ces indicateurs sont critiqués à juste titre comme n’étant pas représentatifs des profils de compétences fonctionnelles et de la productivité variable des niveaux sous-agrégés.

Cette démarche présente d’autres difficultés. Par exemple, cette forme d’étalonnage ne tient pas compte des fournisseurs employés au sein des différents secteurs de l’économie ni du fait qu’un pourcentage important de fournisseurs, comme les diététistes et les psychologues, travaille hors des milieux de prestation de services de santé. Les diététistes travaillent en agriculture, dans les établissements universitaires, dans la recherche sur les aliments et la nutrition, dans les industries alimentaire et pharmaceutique, etc., lesquels varient substantiellement à travers le pays<sup>10</sup>; les psychologues dispensent des services de santé dans un vaste éventail de milieux, dont celui de l’éducation (écoles), le système de justice pénale (prisons), les bureaux d’aide sociale et le secteur privé<sup>11</sup>.

Pour certaines professions, les problèmes relatifs à la qualité des données empêchent l’étalonnage efficace. Par exemple, on a mis fin aux données utilisées traditionnellement par l’Institut canadien d’information sur la santé concernant les bureaux de la santé en raison du manque de fiabilité de l’information<sup>12</sup>. Les systèmes de mesure de la charge de travail élaborés à l’origine dans les laboratoires médicaux et utilisés au fil des ans pour l’étalonnage du travail en laboratoire ne sont plus utilisés dans toutes les juridictions en raison d’un manque d’attention et de ressources<sup>13</sup>. Des points de repère informels sont créés par L’Association canadienne des hygiénistes dentaires en ce qui a trait au nombre d’hygiénistes à travers le Canada, mais il n’y a pas de manière efficace d’éliminer les professionnels qui s’inscrivent auprès de plusieurs organismes de réglementation<sup>14</sup>. Pour ce qui est des professions non réglementées (le Québec est la seule juridiction au Canada où cette science est réglementée), l’absence de réglementation rend très difficile la génération de données en vue de déterminer des points de repère<sup>15</sup>.

Il ne semble guère, toutefois, qu’on puisse obtenir de l’information d’un étalonnage exécuté selon une approche de variation régionale innovée par le D<sup>r</sup> John Wennberg à la Dartmouth Medical School de Hanover, au New Hampshire<sup>16</sup>. Bien que certains travaux connexes récents aient été exécutés dans des juridictions comme le Québec et le Manitoba, leur partage n’est pas encore

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

assez étendu pour atteindre l'élan qui mènerait à une stratégie en vue d'appliquer des points de repère à la planification.

Idéalement, les points de repère devraient être fondés sur une démarche dictée par la santé de la population et sur ses besoins en matière de santé, et inclure d'autres facteurs comme l'acuité d'un patient et le contexte dans lequel les soins sont dispensés, p. ex., régions urbaines, suburbaines, rurales et éloignées; ainsi que d'autres facteurs. Dans de nombreuses collectivités de l'Arctique et des régions éloignées, par exemple, où il n'y a pas de professionnels de la santé buccale, les taux de maladie orale parmi les peuples autochtones sont beaucoup plus élevés que parmi les peuples non autochtones<sup>17</sup>.

Parmi d'autres facteurs importants à incorporer pour déterminer les points de repère appropriés, il faut indiquer si les services ont été dispensés dans le secteur public, dans le secteur privé ou dans les deux<sup>18</sup>, et à quel niveau, p. ex., le milieu des soins, le niveau régional (niveau de la région régionale) ou le niveau provincial ou territorial<sup>19</sup>.

- iii. *Étude d'un éventail de spécialisations à l'intérieur des sciences de la santé et entre celles-ci* – Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, nombre de sciences de la santé ont fait l'objet de spécialisation et de sous-spécialisation considérables. L'élément moteur principal à l'origine de cette spécialisation a probablement été l'énorme expansion de l'information scientifique, et la réponse a été la spécialisation afin d'atteindre la maîtrise et l'avancement des connaissances dans des domaines spécifiques. Par exemple, en réponse aux progrès rapides de la technologie en radiation médicale, l'Association canadienne des technologues en radiation médicale a créé des certificats de spécialisation de cycles supérieurs en TDM, imagerie du sein et radiation médicale<sup>20</sup>.

Des rapports fédéraux et provinciaux récents soulignent le besoin de rectifier la sous-utilisation des compétences et connaissances professionnelles et d'aller de l'avant pour optimiser l'utilisation de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire. L'effort présentement en cours pour créer des équipes d'anesthésie qui perfectionneront l'utilisation efficace des ressources d'anesthésie en salle d'opération en est un exemple. Les équipes d'anesthésie ont recours à un anesthésiste en association avec un inhalothérapeute agréé ou un infirmier autorisé qualifié. On espère que les démarches de l'équipe à l'égard de l'anesthésie permettront à un inhalothérapeute d'exécuter des procédures comme la gestion des voies respiratoires, d'obtenir l'accès vasculaire, la ventilation mécanique et d'autres fonctions, permettant à l'anesthésiste de s'occuper efficacement d'un plus grand nombre de cas<sup>21</sup>.

Il est nécessaire de comprendre l'unicité et le chevauchement dans le champ d'exercice, ainsi que dans le contexte de l'exercice, de concevoir le travail de façon à optimiser les connaissances et compétences professionnelles, tout en maintenant et en améliorant la satisfaction des fournisseurs et les résultats pour le



## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

patient. Une partie de l'élan en vue de créer des équipes d'anesthésie est que le rôle actuel des inhalothérapeutes et des infirmiers de fournir une aide technique aux inhalothérapeutes ne permet à aucun des groupes de praticiens de travailler dans leur champ d'exercice complet. La création d'équipes d'anesthésie a pour but de permettre à tous les membres de l'équipe d'appliquer pleinement leur ensemble de connaissances à l'amélioration du processus de dispensation de l'anesthésie<sup>22</sup>.

D'autres sciences de la santé se penchent également sur la question de la spécialisation et sur les retombées pour le champ d'exercice. L'Association canadienne de physiothérapie travaille présentement à l'élaboration d'un programme de reconnaissance des spécialisations qui fera l'objet d'un essai pilote au cours de l'année prochaine. Nombre d'initiatives spécifiques à travers le pays examinent un élargissement possible des activités du champ d'exercice pour les physiothérapeutes comme, entre autres, permettre aux praticiens d'administrer des injections, de rédiger des ordonnances de médicaments spécifiques ou de demander des radiographies. Il y a présentement des exemples isolés de ces activités sous forme d'une autorité déléguée par les médecins. Le rôle du personnel de soutien dans le contexte de la délégation et des soins de santé primaires devrait également être examiné<sup>23</sup>. L'étude du champ d'exercice par le Conseil canadien de la santé est un développement positif.<sup>24</sup>

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada, le Canadian Council for Practical Nurse Regulators et les Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés du Canada, a publié récemment le Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier (2005)<sup>25</sup>. Ce cadre devrait permettre aux employeurs de juger du degré d'efficacité de l'utilisation de leurs ressources infirmières.

Pour l'instant on se pose les questions suivantes :

- Le généralisme est-il menacé par la spécialisation? Au sein de certaines sciences de la santé, on s'inquiète qu'un personnel autorisé limité puisse ne pas avoir la souplesse requise dans un milieu de travail donné et, par conséquent, qu'il puisse être soumis au déplacement<sup>26</sup>. Il y a également le problème de l'incidence de la spécialisation sur la capacité de répondre aux besoins alors qu'il y a une pénurie de fournisseurs à l'intérieur de certaines sciences de la santé qui sont appelées à combler ces besoins<sup>27</sup>.
- La composition des spécialisations à l'intérieur des sciences de la santé et entre celles-ci correspond-elle aux besoins de santé de la population? Il est d'une importance critique pour le système de santé financé par l'État de pouvoir réagir efficacement aux nouveaux besoins de santé, p. ex., l'obésité infantile et le diabète type 2 qui sont à la hausse et les nouvelles maladies qui y sont associées, tant dans l'enfance qu'à l'âge adulte<sup>28</sup>.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

2. **Collaboration interprofessionnelle** : *Les professions de la santé doivent collaborer en communiquant entre elles et en coordonnant leurs efforts dans les meilleurs intérêts du patient.*

Dans son rapport de 2000 intitulé *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*, l'Institute of Medicine a défini 10 nouvelles règles pour remanier et améliorer les soins. Le 10<sup>e</sup> élément de cette liste est la « Collaboration parmi les cliniciens ». « Les cliniciens et les établissements devraient collaborer et communiquer activement afin d'assurer un échange adéquat d'informations et de coordination des soins » (Traduction libre)<sup>29</sup>. Similairement, l'OMS a inclus le « partenariat », avec les patients, avec d'autres fournisseurs et avec des collectivités, comme étant l'une des cinq compétences essentielles pour l'avenir.

### Orientations stratégiques

- i. *Promotion de l'éducation interprofessionnelle* – Jusqu'à maintenant, les professionnels de la santé continuent d'être instruits et formés largement en isolement les uns des autres. Cette démarche ne favorise pas, parmi les sciences de la santé, la compréhension de la contribution de chacun aux soins de qualité dispensés au patient. Des efforts accrus en vue de promouvoir l'éducation interprofessionnelle augmenteraient la sensibilisation aux autres sciences de la santé et faciliteraient, à l'avenir, le travail d'équipe multidisciplinaire.

Présentement, plusieurs sciences de la santé dispensant des soins explorent, détiennent ou ont déjà détenu une éducation interprofessionnelle et des initiatives de formation comprenant leur science de la santé respective et d'autres groupes de fournisseurs<sup>30,31,32,33,34,35,36,37</sup>. Certaines sciences de la santé, comme la science de laboratoire médical, signalent qu'elles se sont senties écartées du processus<sup>38</sup>.

Il ne faut pas oublier qu'au sein du système de santé et des développements actuels vers un travail d'équipe multidisciplinaire, il y a des personnes aux antécédents très différents et le système doit être sensibilisé à cette réalité et en tenir compte, tant pour les fournisseurs que pour les patients.

- ii. *Suppression des inquiétudes liées à la responsabilité civile* – À une époque où le litige est à la hausse, les inquiétudes liées à la responsabilité civile constituent possiblement un obstacle important à une collaboration accrue. L'Association canadienne de protection médicale et la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada viennent d'adopter une déclaration conjointe qui définit sept étapes en vue d'aider à diminuer les risques associés à la pratique de collaboration. Ces étapes traitent des questions suivantes :

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

- le besoin pour chaque professionnel de la santé de détenir une protection ou une couverture d'assurance de la responsabilité civile professionnelle appropriée et adéquate;
- le besoin de confirmer que les autres membres de l'équipe de soins de santé de collaboration jouit de la même protection;
- le besoin de conseil professionnel adéquat sur la protection et sur la conformité avec ses termes; et
- une protection adéquate qui couvre la période de signalement pendant laquelle les réclamations peuvent être faites<sup>39</sup>.

Étant donné que la réforme délictuelle semble improbable dans un avenir prévisible, cette démarche devra probablement être adoptée par les autres sciences de la santé.

iii. *Élaboration de modèles de financement qui appuient la collaboration* – La question relative au financement, peut-être la plus importante qui pourrait empêcher la pratique de collaboration, particulièrement en milieu communautaire, est la ligne de partage entre le public et le privé définie par la Loi canadienne sur la santé. Bien qu'on estime que quelque 98 % des services dispensés par les médecins sont financés par l'État et que plus de 90 % de tous ces services sont assurés dans les hôpitaux, l'Institut canadien d'information sur la santé détermine qu'à peine 8 % des services d'autres professionnels de la santé ont été financés par l'État en 2004<sup>40</sup>. La part privée de la dépense totale en matière de santé est demeurée constante à environ 30 %. Il faudra explorer des dispositions novatrices entre les gouvernements, les tiers payants, les fournisseurs et les patients.

Bon nombre de ces modèles existent déjà. Par exemple, les orthophonistes et les audiologistes privés sont parfois engagés en sous-traitance par les établissements publics pour la prestation de services<sup>41</sup>. Les physiothérapeutes sont financés à l'intérieur des modèles de collaboration de soins primaires au sein de divers milieux publics comme les centres de soins communautaires et les hôpitaux où ils exécutent un triage et une évaluation initiaux pour les patients atteints, par exemple, de conditions arthritiques ou de blessures orthopédiques graves<sup>42</sup>. Le milieu de la pratique comme les CSC ou d'autres situations où les fournisseurs sont rémunérés par un salaire encouragent une démarche de collaboration<sup>43</sup>. D'autres modèles ont le potentiel d'être actualisés. Par exemple, les CSC pourraient faire une demande de financement auprès du gouvernement provincial pour les professionnels de la santé buccale, ce qui permettrait au personnel infirmier et aux médecins d'orienter les patients vers des professionnels sur place, alors que les établissements de soins de longue durée et les unités de soins intensifs en milieu hospitalier pourraient engager des hygiénistes dentaires qui dispenseraient des services d'hygiène dentaire mobiles et des séances de formation sur place pour les différents fournisseurs<sup>44</sup>. Le Fonds de 2000 pour l'adaptation des soins de santé primaires d'un montant de 800 millions de dollars a commandité nombre de projets novateurs pour la prestation de soins primaires qui comprenaient des modèles de financement. Il est à espérer que les résultats de ces

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

initiatives mèneront à des modèles de financement à long terme viables qui soutiendront la collaboration et qui seront assez souples pour répondre aux nouveaux besoins<sup>45,46,47</sup>. En termes de services en matière de santé mentale, les modèles de financement devraient élargir l'accès à des services comme le counseling en facilitant l'admissibilité à la facturation aux tiers payants<sup>48</sup> et en permettant aux psychologues en cabinet privé de relier leurs services aux médecins et autres fournisseurs de soins de santé primaires<sup>49</sup>. Nous devons aussi examiner la question du travail autonome pour les fournisseurs de soins de santé et comment cette réalité influe sur l'élaboration de modèles de financement qui encouragent la collaboration<sup>50</sup>.

Les modèles de financement devraient également faciliter la planification de collaboration afin d'assurer la capacité de toutes les juridictions au Canada d'attirer et de fidéliser des effectifs de la santé publique chevronnés et souples dans des milieux de travail sains et positifs afin de satisfaire aux besoins de santé publique de la population et de réduire les disparités de santé et sociales. Cela devrait inclure la capacité de planifier selon le nombre, la composition et la distribution optimaux des effectifs de la santé publique afin de répondre aux besoins de santé de la population à l'intérieur de modèles interprofessionnels et centrés sur le client, lesquels maximisent l'utilisation de leurs aptitudes et de leurs compétences.

### *iv. Développement du leadership pour changer le système*

Malheureusement, trop souvent au Canada la réforme du système de santé a été introduite ou proposée selon la théorie du « big bang », c'est-à-dire une forme de changement dramatique et soudain. La vague de régionalisation des années 1990 en est un excellent exemple d'actualité.

Cette approche va à l'encontre du cadre de diffusion de l'innovation très en vogue, développé par Everett Rogers il y a plusieurs dizaines d'années, qui en définit ainsi les trois éléments clés : les caractéristiques d'une innovation; les étapes du processus d'innovation et de diffusion; et les catégories des adeptes. Au cours des dernières années, le « big bang » a amorcé la « gestion du changement »; cependant il n'y a pas au Canada de démarche systématique ni de centre national d'activités dans ce domaine. Un exemple intéressant est le National Health Service (service national de santé – SNS) Modernization Agency qui a été créé en 2001 en vue de soutenir le SNS dans la modernisation des services et l'amélioration des résultats pour les patients. En juillet 2005 cela a été remplacé par le NHS Institute for Innovation and Improvement qui est investi du vaste mandat de promouvoir l'innovation ou l'adoption de première ligne.

Clairement, il est possible d'exploiter ou de capitaliser sur le potentiel de promotion du changement du système au Canada, vu l'investissement florissant dans la recherche sur les services de santé et la prolifération des programmes de

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

gestion et de leadership dans les universités, les collèges et la communauté des ONG du Canada.

### B. PLANIFICATION PANCANADIENNE

Sans nul doute, le défi le plus important de l'adoption d'une stratégie pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé est le fait que les provinces et territoires ont une responsabilité primordiale envers l'éducation sur les services de santé et leur prestation (à l'exception des services de santé aux Autochtones dispensés par le gouvernement fédéral). Au fil des ans, une série de normes provinciales et territoriales pour les attestations d'études et le permis d'exercice a évolué. La capacité de former des professionnels de la santé varie énormément entre les provinces et territoires, bien que la Loi fédérale de 1966 sur la caisse de la santé ait fourni 500 millions de dollars échelonnés sur une période de 15 ans afin de redresser cette situation de manière importante<sup>51</sup>.

#### 3. *Les effectifs de la santé constituent une ressource nationale – Il est souhaitable de promouvoir de grandes possibilités de mobilité à l'intérieur des provinces et des territoires et entre ceux-ci pour les professions de la santé au Canada en matière d'éducation, de formation et de pratique pendant tout le cycle de carrière.*

Bien que les provinces et territoires fournissent des normes élevées semblables d'éducation et de formation, la mobilité est souvent soulignée comme un problème de la perspective du maintien des diplômés face à l'investissement provincial et territorial dans l'éducation, à la masse critique pour le soutien des programmes d'études et à l'admissibilité transférable pour le permis d'exercice.

### Orientations stratégiques

#### i. *Promotion de normes nationales sur l'admissibilité transférable au permis d'exercer* – L'Accord sur le commerce intérieur (ACI), signé par les provinces et les territoires en 1994, avait pour but de promouvoir le mouvement des denrées, services et personnes (main-d'œuvre) à travers le pays. Dans le domaine de la mobilité de la main-d'œuvre, l'ACI avait comme objectif de permettre à tout travailleur qualifié pour un poste dans le territoire d'une partie d'obtenir l'accès à des possibilités d'emploi à ce poste dans le territoire de toute autre partie. À cette fin, chaque signataire de l'ACI s'engageait à « reconnaître mutuellement les titres de compétences des travailleurs de toute autre partie et de faire concorder les différences dans les normes de travail<sup>52</sup> » (Traduction libre).

À peine 10 ans après que l'ACI a été signé, il est difficile de dire à quel point les professions de la santé en observent l'intention. Depuis 1937 les sciences de laboratoire médical avaient déjà un accord de transfert doté d'un système d'agrément pour les sciences de laboratoire médical. L'ACI a enchâssé cet agrément comme titre de compétence au niveau de débutant dans les juridictions

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

où la réglementation professionnelle est en place (Le Québec n'est pas signataire du document national)<sup>53</sup>. La médecine a adopté une norme nationale d'admissibilité transférable pour le permis d'exercice en 1992<sup>54</sup>. D'autres sciences de la santé comme la technologie de radiation, la psychologie, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'inhalothérapie mettent en œuvre des accords de reconnaissance mutuelle depuis 1994<sup>55,56,57,58,59</sup>. D'autres sciences comme la diététique signalent que l'accord de reconnaissance mutuelle pour celles-ci n'a pas contribué à un changement appréciable<sup>60</sup>. Pour les professions non réglementées comme les directeurs de la santé et les conseillers, l'ACI ne s'applique pas directement<sup>61,62</sup>. Dans un avenir prévisible, l'« art du possible » continuera d'être les normes nationales pour l'admissibilité transférable au permis d'exercer, avec la possibilité de mécanismes nationaux de vérification des titres de compétences qui pourraient accélérer l'attribution des permis d'exercice transfrontaliers.

- ii. *Reconnaissance des centres d'excellence régionaux* – La population canadienne est dispersée sur la plus grande partie de pays au monde, répartie dans quelques grands centres et dans de nombreux petits centres. Il est simplement impossible d'offrir tous les services partout. En outre, la documentation sur la qualité depuis les années 1990 démontre constamment que les résultats de la santé sont meilleurs lorsque les procédures sont exécutées assez fréquemment. Cela a été reconnu par les premiers ministres provinciaux et territoriaux en janvier 2002 lorsqu'ils « ont convenu de partager des ressources humaines et des équipements en établissant des centres d'excellence dans divers domaines, tels que la pédocardiologie et la chirurgie au scalpel gamma »<sup>63</sup>. Clairement, une telle orientation stratégique doit comporter à la fois la dimension de formation et le service clinique.
- iii. *Préservation et promotion d'un système national d'éducation et de formation* – Historiquement, le Canada dépend du caractère national de son système d'éducation et de formation, particulièrement pour les juridictions qui n'ont pas eu de programmes de formation. Les professionnels de la santé canadiens ont sûrement bénéficié des expériences éducatives et formatives qu'ils ont acquises dans diverses juridictions.

Dans le cas de la médecine, la caractère national du système d'éducation et de formation peut être constaté dans une comparaison de l'endroit de l'éducation médicale de premier cycle et de la formation de deuxième et troisième cycles à l'endroit de l'exercice pour les diplômés en médecine canadiens qui ont achevé leur formation postdoctorale en 2003. À l'échelon national trois diplômés sur dix ont obtenu leur éducation ou leur formation médicale à l'extérieur de la région où ils exerçaient. Similairement, la distribution de 2002 de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés démontre que plus d'un quart de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés en C.-B., en Alberta et à l'Î.-P.-É. a reçu son éducation initiale en sciences infirmières d'une autre province<sup>64</sup>. Ce phénomène exerce également une incidence sur d'autres sciences de la santé comme la physiothérapie, l'ergothérapie, la technologie de radiation médicale, les

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

sciences de laboratoire médical, l'hygiène dentaire, l'orthophonie, l'audiologie et l'inhalothérapie. Les petites provinces qui achètent des places dans les grandes provinces ou dans les centres régionaux, le besoin d'une éducation et d'une formation en français, le nombre réduit de programmes à l'échelon de la nation et l'épuisement de la disponibilité des stages cliniques sont certains des catalyseurs communs parmi ces sciences de la santé en ce qui a trait à ce phénomène<sup>65,66,67,68,69,70</sup>. Pour d'autres professions, comme les psychologues, le gouvernement n'appuie pas la formation en finançant les places<sup>71</sup>.

### 4. *Une plus grande autosuffisance – Le Canada doit tendre vers une plus grande autosuffisance en matière d'éducation et de formation des professionnels de la santé.*

Le Canada continue de dépendre largement du recrutement de médecins et d'infirmiers instruits à l'étranger. Dans le cas de la médecine, approximativement un tiers de la hausse de l'offre de médecins chaque année est due aux diplômés médicaux étrangers qui sont recrutés directement pour l'exercice ou qui ont obtenu une formation postdoctorale importante au Canada. En ce qui concerne les infirmiers, le nombre d'infirmiers instruits à l'étranger qui font la demande d'un permis d'exercice augmente rapidement, au point de presque tripler de 1999 à 2003<sup>72</sup>.

Dans les autres professions de la santé comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les technologues de radiation médicale et les chercheurs en laboratoire, les hygiénistes dentaires, les orthophonistes, les audiologistes, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux et la majorité des fournisseurs sont instruits et formés au Canada<sup>73,74,75,76,77,78,79,80</sup>. Pour ce qui est de la psychologie, de nombreux fournisseurs sont des citoyens canadiens qui ont déménagé aux États-Unis pour leur éducation et leur formation en raison du nombre limité de places disponibles au Canada et du grand nombre de places disponibles aux É.-U. (le nombre de psychologues d'autres pays est peu élevé)<sup>81</sup>.

### Orientations stratégiques

- i. *Amélioration des modèles de projection de l'offre à moyen et à long termes –* Pour l'instant il y a une pénurie de modèles de projection pour les professionnels de la santé dans le domaine public. Dans le cas des infirmiers, Eva Ryten (2002) a créé un modèle de projection en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui prévoit une pénurie de 78 000 infirmiers autorisés d'ici 2011 et de 113 000 d'ici 2016<sup>82</sup>. L'Association médicale canadienne a élaboré un modèle d'évaluation des ressources médicales PRET (Physician Resource Evaluation Template). La projection originale de 2021 du modèle PRET en 1999 était un ratio entre la population et les médecins de 718 pour 1, en comparaison du niveau de 1999 de 534 pour 1. Depuis 1999, l'inscription à la première année d'études en médecine a augmenté de quelque 600 places et la projection de 2005 du PRET

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

pour 2021 est de 449 pour 1<sup>83</sup>. Nous devons insister sur le fait que ces modèles ne font que projeter le nombre d'infirmiers et de médecins actifs. Ils ne tiennent pas compte de la productivité, des modèles d'exercice ni des écarts dans la composition des spécialisations. Il faut un plus grand nombre de modèles de projection documentés dans le domaine public pour stimuler la critique et les débats.

Jusqu'à maintenant, la disponibilité de données détaillées appuyant les modèles de projection est limitée aux médecins et aux infirmiers, surtout en raison de leur rémunération à prédominance publique et aux exigences de données administratives qui y sont associées. Cependant, l'ICIS a eu des consultations extensives sur un fichier minimal des RHS et collabore avec plusieurs professionnels afin d'élargir la collecte de données. Les données des sociétés d'assurance privée sur les contrats de pratique privée, par profession, constituent une autre source d'information possible<sup>84</sup>.

- ii. *Offre aux Canadiens de possibilités suffisantes de formation pour une carrière dans les professions de la santé au Canada* – Au cours des années 1990, il y a eu des réductions drastiques dans l'inscription aux sciences infirmières et une baisse de 10 % dans l'inscription à l'école de médecine. Cette tendance a suivi une décennie d'inscriptions déjà réduites alors que la première année d'inscription accusait une baisse de plus de 5 %. Dans l'ensemble, les inscriptions à la première année en médecine ont diminué de 16 %, passant de 1887 étudiants en 1980-1981 à seulement 1577 étudiants en 1997-1998.

En 2000, approximativement 5000 infirmiers ont obtenu leur diplôme de programmes d'infirmier autorisé offerts à travers le pays. C'est à peine plus de 55 % des 9000 infirmiers autorisés diplômés du Canada en 1989<sup>85</sup>. En médecine, le nombre de doctorats décernés a chuté d'un montant record de 1835 étudiants en 1985 à seulement 1537 étudiants en 2001.<sup>86</sup>

Ces niveaux sont bien en deçà du niveau de remplacement. On estime que le Canada a besoin de décerner chaque année au moins 12 000 diplômes en sciences infirmières et une classe de première année de 2500 étudiants est considérée comme le strict minimum requis pour compenser l'attrition et l'expansion de la population<sup>87</sup>.

En perspective internationale comparative, le Canada offre beaucoup moins de possibilités aux jeunes gens de fréquenter l'école de médecine que l'Angleterre. En 2002 il y avait 6,5 places par 100 000 de population au Canada en comparaison de 12,2 en Angleterre<sup>88</sup>.

Bien qu'il y ait quelques renversements dans ces tendances d'inscriptions en baisse depuis les années 1990, il faut examiner sérieusement l'éducation des professionnels de la santé et l'infrastructure de la formation afin d'estimer la capacité d'expansion additionnelle de l'inscription. Les résultats de l'étude



## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

nationale sur le secteur des sciences infirmières indiquent qu'avec des ressources additionnelles, 70 % des écoles d'infirmiers autorisés pourraient augmenter leurs inscriptions de 25 %<sup>89</sup>.

D'autres sciences de la santé indiquent également une pénurie de possibilités de formation. Par exemple, le nombre de sièges disponibles au sein de divers programmes de maîtrise pour l'orthophonie et l'audiologie s'élève à 415 pour 2004, alors que le nombre de demandes est de 1300<sup>90</sup>. En inhalothérapie, en général 15 % des postes vacants pour cette science sont dotés; le principal obstacle est l'obtention de stages cliniques<sup>91</sup>. Il y a pénurie de stages cliniques pour la technologie de radiation médicale<sup>92</sup>. En psychologie, un manque grave de possibilités d'éducation et de formation peut être imputé au petit nombre de demandes de formation supérieure accepté par rapport au grand nombre de rejets, à l'incapacité de l'offre de fournisseurs pour faire face à la demande de services, et à l'âge médian avancé des psychologues agréés (plus de 50 ans)<sup>93</sup>. Les programmes de formation pour les directeurs de la santé sont également rares et les programmes actuels ont tendance à recourir à des compétences qui ne sont plus applicables aux chefs de file et aux directeurs de la santé qui doivent composer avec des milieux de plus en plus complexes<sup>94</sup>. Les nouveaux diplômés en diététique sont employés plutôt rapidement (environ un mois) après avoir obtenu leur diplôme dans le domaine, ce qui est représentatif d'un manque dans l'offre de nouveaux diplômés<sup>95</sup>. Malgré les améliorations importantes en matière de formation en sciences de laboratoire médical, plusieurs provinces ont encore besoin d'augmenter le nombre de places d'éducation. Par exemple, le Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology a récemment fermé sa liste d'attente parce qu'elle excédait cinq ans, au lieu d'augmenter les inscriptions pour rectifier une pénurie qui monte rapidement en flèche<sup>96</sup>. Les possibilités d'éducation pour des populations spécifiques comme les peuples autochtones, spécialement ceux qui vivent dans le Nord, s'avèrent problématiques. Les candidats doivent parfois fréquenter des universités et des collèges dans le Sud; cependant, ils font face à des obstacles comme les problèmes culturels et l'ennui. Nombre de diplômés ne retournent pas dans le Nord pour travailler. Fournir des possibilités de formation dans les collectivités du Nord pourrait résoudre ce problème<sup>97</sup>. Bien qu'il soit difficile de déterminer, sans données spécifiques pour le confirmer, qu'une pénurie de formation existe en ce qui concerne les physiothérapeutes, certains postes de physiothérapeute ne sont pas dotés, spécialement dans les régions mal desservies; ce qui indique, semble-t-il, une pénurie de fournisseurs pour doter les postes vacants. Il y a une pénurie générale de stages cliniques en physiothérapie à travers le Canada en raison d'une diminution du personnel, de l'acuité accrue des patients et du manque de temps pour les établissements publics d'assurer la supervision des étudiants. De même, approximativement 50 % des fournisseurs qui travaillent dans le secteur privé hésitent à superviser des étudiantes et étudiants dans un milieu économique hautement concurrentiel. Il y a aussi un manque important de professeurs pour l'enseignement de la physiothérapie car bon nombre de personnes approchent l'âge de la retraite<sup>98</sup>. La privatisation constitue également un problème qui exerce

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

une incidence sur la formation des ergothérapeutes, car environ 25 % des fournisseurs travaillent dans le secteur privé et ce taux est en hausse. Les paiements sont versés comme honoraires à l'acte ou par le biais d'assurances, et cette formule influe sur les modèles de formation<sup>99</sup>.

Des postes plus nombreux dans le système d'éducation doivent s'accompagner d'améliorations à l'infrastructure des organisations de la santé universitaires et à leur expansion ainsi que d'une capacité accrue à assurer une formation dans les hôpitaux communautaires et dans d'autres milieux communautaires. Cela permettra de faire face à des apprenants supplémentaires, à un corps professoral adéquat pour leur enseigner et la formation interdisciplinaire dans la pratique s'en verra ainsi améliorée. La capacité, une fois en exercice, d'avoir accès à un soutien d'infrastructure approprié au sein d'une organisation de santé universitaire et au sein de la communauté, entre autres l'accès aux tests, à l'équipement et aux salles d'opération, etc., pour assurer des soins de qualité aux patients, est tout aussi importante.

À mesure que les inscriptions s'élargissent, il y a une inquiétude croissante par rapport à la hausse des frais de scolarité qui s'avèrent un fardeau lourd pour les nouveaux diplômés. Cela pourrait limiter l'accès à l'éducation des professionnels de la santé aux personnes les plus favorisées et, parmi les personnes acceptées, l'endettement pourrait influencer sur leur choix en matière d'éducation et de formation ainsi que sur l'endroit de leur pratique après l'obtention du diplôme.

- iii. *Intégration dans la pratique des diplômés de l'étranger qui sont résidents permanents ou citoyens canadiens* – Le Canada a bénéficié immensément de la contribution de diplômés en médecine étrangers et d'infirmiers formés à l'étranger (DMÉ et IFÉ) ainsi que d'autres professionnels de la santé formés à l'étranger. Le Canada est une destination attirante pour les immigrants et ce, pour plusieurs raisons. Une démarche en vue de limiter le taux d'intégration d'un nombre supérieur de DMÉ et d'IFÉ en pratique clinique est la capacité de l'infrastructure de formation d'assurer une formation additionnelle qui réponde aux normes canadiennes. Dans le cas de la médecine, environ 1/10<sup>e</sup> des DMÉ admissibles à poursuivre une formation postdoctorale au Canada sont en mesure d'obtenir un poste de formation chaque année. La disponibilité des programmes d'éducation en sciences infirmières pour aider les infirmiers formés à l'étranger à satisfaire aux exigences de permis d'exercice sont trop peu nombreux et varie considérablement pour ce qui est de leur conception et de leur coût.<sup>100</sup>

L'intégration des diplômés formés à l'étranger touche aussi d'autres sciences de la santé. L'évaluation des orthophonistes et audiologistes formés à l'étranger est effectuée régulièrement; il y a des équivalences substantielles avec quelques pays mais, parfois, les praticiens doivent suivre des cours supplémentaires ou effectuer des stages cliniques supervisés<sup>101</sup>. Pour les sciences de laboratoire médical, des évaluations des acquis disponibles sur une base nationale ont déterminé que moins de 50 % des candidats sont admissibles à l'examen<sup>102</sup>. En ce qui concerne

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

l'inhalothérapie, les praticiens doivent faire la demande directement à un programme de formation accrédité pour l'évaluation et la formation appropriée, le cas échéant. Cette évaluation et cette formation doivent tenir compte des compétences à l'intérieur du profil national, mais la méthode, le contenu et la durée de la formation ne sont pas encore normalisés<sup>103</sup>. En diététique, les résultats d'une initiative internationale en matière d'éducation avec l'Université Ryerson démontrent que le temps nécessaire aux fournisseurs formés à l'étranger pour atteindre la compétence d'exercice au Canada varie de quelques mois à un an peut-être. Les praticiens canadiens aident au travail accompli par l'International Confederation of Dietetic Associations pour progresser vers des normes internationales minimales d'éducation et de formation<sup>104</sup>. En technologie de radiation médicale, le Canada participe à l'établissement de normes d'exercice qui représentent le monde occidental et il siège à la Société internationale des radiographes et techniciens de radiologie (ISRRT)<sup>105</sup>. En ergothérapie, pour l'instant, un projet d'intégration des effectifs examine les besoins : orienter les praticiens vers le contexte canadien avant leur arrivée au Canada; évaluer leurs qualifications et équivalences avant leur arrivée au Canada; et combler l'écart entre les programmes et groupes d'études. Le Canada souscrit aux normes de la Fédération mondiale des ergothérapeutes<sup>106</sup>. Au Canada, certains physiothérapeutes formés à l'étranger ont eu de la difficulté à trouver des superviseurs pour la pratique clinique requise et la nature intégrée des cours des programmes du niveau de débutant à la pratique dans le cadre des études supérieures rendent difficile pour les diplômés formés à l'étranger de compléter l'élément éducatif qui leur permet d'exercer. Un projet de l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie examine présentement les obstacles auxquels font face les praticiens formés à l'étranger<sup>107</sup>. L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux évalue les titres de compétences des travailleurs sociaux formés à l'étranger; cette évaluation est acceptée dans la plupart des juridictions sauf en Colombie-Britannique et au Québec. Cette évaluation détermine l'éducation du candidat, incluant le dossier de cours et les notes obtenues, les certificats ou diplômes obtenus, la description de la pratique sur le terrain, entre autres, le nombre d'heures et la preuve d'adhésion à une association de travail social professionnelle d'un autre pays, le cas échéant<sup>108</sup>.

Dans le cadre du budget de 2005, le gouvernement fédéral a affecté 75 millions de dollars pour accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger. Il estime que cela devrait donner lieu à l'intégration de près de 1000 médecins, 800 infirmiers et 500 autres professionnels de la santé<sup>109</sup>. Cette initiative devra être coordonnée aux suggestions des professionnels de la santé instruits et formés au Canada.

5. ***Reconnaître l'environnement mondial*** – *Il faut reconnaître que les professionnels de la santé travaillent dans un univers de plus en plus mondial en termes d'échange de renseignements scientifiques, de reconnaissance mutuelle*

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

*des titres de compétences et qualités entre pays et de circulation des ressources humaines.*

Le milieu mondial croissant présente plusieurs caractéristiques et cela aura des retentissements sur les professions de la santé. Le premier est l'égalité croissante des chances en termes d'accès à l'information scientifique résultant de l'Internet ainsi que des progrès de la technologie des communications et des échanges. Le deuxième est la prolifération des accords bilatéraux et multilatéraux entre pays qui pourraient comprendre la reconnaissance mutuelle des normes professionnelles ou une harmonisation des normes. Le troisième est la mobilité accrue des populations et des professionnels de la santé qui s'élargirait considérablement sur les modèles de migration traditionnels, augmentant aussi l'exigence de soins de santé appropriés à la culture.

### Orientations stratégiques

- i. *Promotion du recrutement qui observe la déontologie.* Comme d'autres pays développés, le Canada continue de dépendre du recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger. Bien qu'il s'agisse surtout de recrutement « passif » qui se produit par des réseaux informels, le Canada a été critiqué parce qu'il recrute considérablement de pays en voie de développement comme l'Afrique du Sud qui ne peuvent vraiment pas se permettre de perdre leurs professionnels.

En 2001 les ministres de la Santé des pays du Commonwealth ont adopté un code de pratique pour le recrutement de travailleurs de la santé formés à l'étranger (*Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*). Ce Code définit les principes directeurs de la transparence, de l'équité et de la mutualité des avantages en ce qui a trait aux recrutés et aux recruteurs parmi les divers pays<sup>110</sup>.

Bien que cette étape soit louable, ce n'est qu'un principe directeur, et une étape subséquente s'impose : la signature de protocoles d'ententes plus formels entre les gouvernements.

Une expérience qui doit être évaluée est le protocole d'entente de 2003 entre le gouvernement de l'Afrique du Sud et le gouvernement de la G.-B. axé sur l'échange de personnel selon la réciprocité<sup>111</sup>. En vertu de ce protocole, les médecins et infirmiers sud-africains auront la possibilité de travailler pour le service national de santé (SNS) de la G.-B. sur différents projets et, pendant ce temps, leur poste restera ouvert en Afrique du Sud. Réciproquement, le personnel du SNS sera encouragé à accepter des affectations en Afrique du Sud. On prévoit que ce protocole d'entente mènera au partage d'expertise dans les domaines comme la santé publique, la réglementation professionnelle, la planification des effectifs et les partenariats secteur public-secteur privé. On ne sait pas s'il y a eu une évaluation provisoire sur l'efficacité de cette initiative, mais l'Afrique du Sud

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

a un accord avec Cuba depuis 2001 et en novembre 2004, près de 700 médecins et chargés de cours cubains avaient travaillé en Afrique du Sud<sup>112</sup>.

- ii. *Étude de l'impact de la technologie sur les possibilités de dispenser des services au loin et d'échanger des services de santé entre pays.* Il y a eu plusieurs démonstrations et projets pilotes réussis en ce qui concerne la technologie de télémédecine au Canada, commençant par le travail pionnier du D<sup>r</sup> Max House à Terre-Neuve. À mesure que l'infrastructure de communications continue de se développer, la technologie audiovisuelle aura un rôle de plus en plus important dans le soutien du télédiagnostic et du télétraitement. Cela soulève également la perspective d'échange de services transfrontaliers. Dans le cas de l'imagerie diagnostique, on signale que certaines cliniques canadiennes font analyser des images aux États-Unis. Un rapport récent du Washington Post documentait qu'un hôpital des É.-U. faisait analyser toutes ses images prises pendant la nuit par une clinique en Inde, sous réserve d'examen le lendemain matin<sup>113</sup>.

En 1994, lors d'un sondage futuriste sur les soins de santé, le magazine *Economist* conjecturait sur la chirurgie robotique intercontinentale<sup>114</sup>. Depuis, la mise en application de cette conjecture a été réussie par le centre de chirurgie avec effraction minimale de l'Université McMaster et, en août 2004, des astronautes de la NASA ont fait l'essai de la chirurgie télérobotique sous-marine, en prévision d'une nécessité future<sup>115</sup>.

Ce n'est pas nécessairement utile uniquement pour de très longues distances; on fait des expériences aux É.-U. et au Canada sur le recours à la surveillance des télésoins à domicile.

Il est clair que les questions de la responsabilité civile et du financement concernant ces démarches novatrices poseront certains défis, mais ces démarches deviendront plus usuelles, il ne fait pas de doute.

- iii. *Maintien de normes élevées d'éducation et d'enseignement* – Le Canada a atteint certaines des normes les plus élevées au monde en matière d'éducation et de formation des professionnels de la santé. Dans un milieu plus mondial, il sera extrêmement difficile de maintenir ces normes. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a engagé des dépenses considérables pour évaluer les systèmes de formation de plusieurs pays étrangers afin d'établir une comparaison avec les programmes canadiens. De plus, en sciences infirmières, cela s'avère évident du fait que de nombreux infirmiers formés à l'étranger ne satisfont pas aux normes d'éducation requis pour le permis d'exercer au Canada.

Le Canada participe également à l'élaboration de normes internationales ou souscrit à des normes internationales pour l'inhalothérapie, la radiographie et la technologie en radiation médicale, l'ergothérapie, et l'orthophonie et l'audiologie<sup>116,117,118,119</sup>. La psychologie a conclu des ententes bilatérales

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

d'accréditation et de mobilité avec les États-Unis ou avec des écoles individuelles de ce pays<sup>120</sup>.

6. ***Processus inclusif de planification et de prise de décision*** - La planification stratégique et la prise de décision dans le domaine des ressources humaines en santé doivent mettre à contribution tous les intervenants dont les gouvernements, les organismes régionaux de la santé et les organismes responsables de l'éducation et de la réglementation ainsi que les professionnels actifs.

Pendant toute la durée des années 1990 des directives en matière de politique et des décisions importantes ont été adoptées unilatéralement par les ministères de la santé fédéral/provinciaux/territoriaux (FPT) sur la recommandation de ce qui s'appelle maintenant le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Un des résultats de cette démarche est la pénurie actuelle d'infirmiers et de médecins au Canada.

### Orientations stratégiques

- i. *Mise en œuvre d'un bureau canadien de coordination pour les ressources humaines en santé* – L'exploration de modèles à travers le pays pourrait identifier un prototype approprié selon lequel un bureau canadien de coordination pour les ressources humaines en santé pourrait être instauré.
- ii. *Facilitation d'échanges entre les milieux de fournisseurs et les comités consultatifs fédéraux/provinciaux/territoriaux* – Bien que les professionnels de la santé aient été inclus dans certains comités consultatifs par le passé, ils n'ont pas été représentatifs, en général, de la « nature » de la pratique clinique régulière. Les échanges récents entre le CCPSSRH et les études sectorielles qui sont en cours dans le domaine de la santé constituent un début prometteur. Une interaction entre les comités et les fournisseurs qui va au-delà de la recherche des données jusqu'à l'élaboration des options de politique est nécessaire.
- iii. *Promotion de la représentation des fournisseurs auprès des entités de gouvernance régionales et des institutionnelles* – L'un des résultats de la régionalisation des années 1990 est qu'elle a grandement réduit le nombre de professionnels de la santé qui exercent une influence sur les organismes de réglementation, par exemple, en éliminant les conseils d'administration d'hôpital individuels. Dans certains cas, il a été interdit aux professionnels de la santé de siéger aux régies régionales. Une analyse de l'environnement à travers le pays est nécessaire en vue de comparer et de contraster les possibilités dont disposent les professionnels de la santé pour exercer une influence significative sur les organismes de réglementation.
- iv. *Promotion d'une « politique publique favorisant la santé » intersectorielle*

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

Tout comme une meilleure coordination s'avère nécessaire au sein du secteur de la santé, de meilleurs liens entre les secteurs sont également requis. Dans son rapport historique de 1986 *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, Jake Epp, a créé le terme « politique publique favorisant la santé ». Le but était de coordonner toutes les politiques ayant une portée directe sur la santé, y compris la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les affaires, l'agriculture, le transport, la justice et la technologie<sup>121</sup>.

Dans le contexte des RHS, pour l'instant nous n'avons même pas de cadre conceptuel de ce que cela pourrait comporter, encore moins d'évaluation des écarts et des besoins.

Plusieurs sciences de la santé et organisations de professionnels de la santé participent à des questions spécifiques concernant la politique publique favorisant la santé au Canada<sup>122,123,124,125,126,127,128</sup>.

### C. CYCLE DE CARRIÈRE

Au cours des dernières années on a concerté l'attention sur la question de la sécurité du patient. Dans une entreprise qui est aussi « travailliste » que les soins de santé, rares sont ceux qui argumenteraient qu'avoir des effectifs qui sont en santé, bien instruits et au courant des derniers développements constitue la clé de la prestation de soins de qualité aux patients.

Le « cycle de carrière » dans le domaine de la santé a été créé par Morris Barer et Greg Stoddart dans leur rapport de 1991 intitulé *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*<sup>129</sup>. Ils déterminent que le cycle de carrière comporte quatre stades : éducation médicale de premier cycle, formation postdoctorale de préautorisation d'exercer, formation de spécialisation et pratique clinique. Ils identifient 49 options ou leviers de politique à travers le continuum de ces quatre stades. Ce concept est généralement applicable aux autres professions de la santé.

### 7. *Politiques concurrentielles sur les ressources humaines – Les professionnels de la santé devraient bénéficier de milieux de travail positifs conçus en vue de les attirer et de les garder grâce à des stratégies intégrées qui répondent à leurs besoins professionnels et personnels.*

Le secteur de la santé vient de saisir ce que l'on sait dans le secteur des affaires depuis des années, notamment qu'il est moins coûteux de fidéliser un client actuel que d'en recruter un nouveau. Comme les communautés et les établissements l'ont découvert, le recrutement est non seulement dispendieux mais, dans le climat actuel de pénuries, il devient de plus en plus difficile.

## Orientations stratégiques

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

- i. *Stratégies de recrutement qui tiennent compte des facteurs tant professionnels que personnels* – La documentation sur le recrutement de professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées est abondante. Cette documentation souligne l'importance des facteurs personnel et professionnel. L'un des nouveaux enjeux clés dans ce domaine est la reconnaissance du besoin de recruter une famille, pas simplement le professionnel individuel qui est probablement une moitié d'un couple professionnel. Certaines provinces et certains territoires ont engagé des recruteurs, cependant des efforts plus importants devront être déployés de la part des régions régionales, et des communautés professionnelles et commerciales locales. Le recrutement pour les professions à dominance féminine devrait également tenir compte du désir des fournisseurs de fonder une famille<sup>130</sup> et de maintenir un équilibre entre leurs engagements professionnels et leurs responsabilités familiales<sup>131</sup>.

Les stratégies de recrutement doivent examiner un large éventail de problèmes, entre autres : l'attrition des professions de la santé; les questions liées à la santé au travail et le besoin d'assurer un milieu de travail sain aux fournisseurs<sup>132</sup>; l'interface entre les fournisseurs des secteurs privé et public<sup>133</sup>; et l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale<sup>134</sup>.

- ii. *Stratégies de maintien* – Jusqu'à récemment, les efforts visant à attirer et à fidéliser les employés étaient centrés sur le recrutement. À l'aide de l'expérience des régions rurales et éloignées comme exemple, l'un des outils clés utilisé est une certaine prime au « système de recrutement à la base » pouvant être versée au cours des premières années de pratique. Récemment, certaines juridictions ont créé des primes de fidélisation qui récompensent les longs états de service, bien qu'il soit encore trop tôt pour déterminer leur taux de succès.

Comme c'est le cas pour le recrutement, les stratégies de maintien en fonction doivent être plus vastes que les incitatifs monétaires. Un recueil des stratégies de milieux de travail sains préparé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) (2002) identifie l'importance des stratégies comme les horaires de travail souples, les initiatives pour obligations familiales, les dispositions pour les congés, le soutien pour le perfectionnement professionnel et les programmes de santé et de mieux-être, pour n'en citer que quelques-unes<sup>135</sup>.

D'autres incitatifs de fidélisation incluent l'amélioration de l'accès aux suppléants pour les infirmiers et les médecins afin d'atténuer le stress et le syndrome d'épuisement professionnel<sup>136</sup>. Le soutien de la formation de spécialisation et de la formation professionnelle continue est crucial, tant en termes d'affecter du temps pour le perfectionnement que de financer adéquatement chaque employé<sup>137,138</sup>. Pour d'autres professions, l'accès aux prestations de maladie en milieu de travail fournit un incitatif de fidélisation majeur<sup>139</sup>. D'autres problèmes importants à solutionner à l'intérieur des stratégies de fidélisation incluent, entre autres, des charges de travail lourdes, le besoin de mentorat, la question des



## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

travailleurs non réglementés<sup>140</sup> et l'interface entre les fournisseurs des secteurs privé et public de sorte que les patients puissent passer facilement d'un groupe à l'autre<sup>141</sup>.

- iii. *Possibilités d'emploi souples* – Au cours de la dernière décennie il y a eu des progrès en matière d'offre de programmes qui soutiennent les congés de maternité et, récemment, de paternité. Si l'on jette un regard sur l'avenir, un nombre croissant de personnes en âge de travailler sera probablement engagé dans les « services aux aînés » de la génération du baby-boom, potentiellement sur de nombreuses années. Cela requerra une attention continue aux problèmes comme le partage d'emploi et les heures de travail souples.

Les pratiques d'emploi souples devraient aussi inclure d'autres modèles de prestation de services afin de permettre aux praticiens de dispenser des services à l'extérieur de leurs endroits de pratique habituels<sup>142</sup>.

Bien que les pratiques d'emploi souples soient attrayantes, elles peuvent aussi présenter des inconvénients puisque les employeurs peuvent opter pour un emploi à temps partiel au détriment d'un emploi à plein temps. Si les nouveaux diplômés ne peuvent trouver de postes à plein temps, ils quitteront les effectifs de la santé<sup>143</sup>.

- iv. *Recherche en vue de déterminer les possibilités de rapatriement* – Des milliers de professionnels de la santé formés au Canada travaillent à l'étranger, surtout aux États-Unis, et nombre d'entre eux ont encore une partie importante de leur carrière devant eux. Les recherches démontrent qu'ils ont quitté le Canada pour une variété de raisons professionnelles comme des emplois assurés, des possibilités de recherche, l'influence de l'endroit de la formation supérieure ainsi que diverses raisons personnelles. Bien qu'un certain nombre revienne au Canada chaque année, le potentiel de recruter un plus grand nombre pour la pratique au Canada n'a pas été complètement évalué et la recherche exploratoire pourrait être effectuée à un coût modeste.

8. *Milieus de travail sains* – Les administrateurs de soins et les décisionnaires doivent reconnaître l'importance de milieux de travail sains et collaborer avec les fournisseurs de soins de santé pour la mise en oeuvre de stratégies visant à appuyer leur santé et leur sécurité.

La santé en milieu de travail est un domaine d'étude important. Les organismes de professionnels de la santé reconnaissent que le milieu de travail est un déterminant clé de santé personnelle. Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques ont écrit en 2002 « le lien est établi entre la santé des travailleurs de la santé et la capacité du système de répondre aux besoins du patient<sup>144</sup> ». (Traduction libre) En outre, les organismes de professionnels de la santé commencent à reconnaître l'importance d'une culture qui permet aux professionnels de la santé en exercice et en formation de trouver un niveau

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

d'équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. En comparaison d'autres travailleurs, les Canadiens qui occupent des postes dans le milieu de la santé sont, en moyenne, plus susceptibles de s'absenter du travail pendant plusieurs jours pour cause de maladie ou d'invalidité<sup>145</sup>. Les planificateurs des RHS et les décideurs comprennent que notre crise de ressources humaines en santé actuelle signifie que notre système de soins de santé canadien ne peut se permettre de perdre un seul fournisseur pour cause de maladie. De plus en plus, les recherches confirment qu'une mauvaise santé est le résultat du contexte plus large des milieux et des conditions de travail de nos fournisseurs de soins de santé.

### Orientations stratégiques

- i. *Démarches fondées sur les meilleures pratiques* – Il n'est plus suffisant de conseiller aux fournisseurs de soins de santé individuels de faire des choix sains en matière de nutrition et d'exercice, nous devons créer des milieux qui soutiennent et favorisent des choix sains et permettent aux fournisseurs d'adopter des comportements sains. Les organisations nationales comme Santé Canada, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et, aux États-Unis, la Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations (JCAHO), reconnaissent que les milieux de travail et l'organisation du travail sont des stratégies importantes de recrutement et de fidélisation des professionnels de la santé. La qualité des milieux d'exercice professionnels des infirmiers a une corrélation directe avec la satisfaction professionnelle, le rendement, le recrutement et la fidélisation, la qualité des soins et, finalement, avec les résultats pour le client. Cela est formulé dans la prise de position de 2001 de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada sur les milieux d'exercice de qualité des professionnels<sup>146</sup>.

Les organisations d'étudiants et de résidents en médecine ont remporté beaucoup de succès dans la négociation des accords qui créent des paramètres et des attentes plus humains pour les stagiaires qui continuent d'équilibrer le besoin d'une expérience de formation satisfaisante avec les exigences de service qui sont attendues des stagiaires. Les planificateurs des RHS doivent cependant tenir compte de l'incidence de ces nouvelles politiques sur les exigences en matière de ressources humaines et nous devons tous être à l'affût des tensions intergénérationnelles en ce qui concerne le partage de la charge de travail et d'autres problèmes de couverture.

Des établissements individuels comme Homewood Health Care (services en matière de santé mentale et de toxicomanie à Guelph) ont élaboré des initiatives spécifiques, et des organismes comme l'autorité en matière de santé de Calgary (Calgary Health Authority) ont adopté un compte de gestion de temps (jours de travail souples) pour la santé et le mieux-être. Un entrepôt de données central de ces exemples devrait être mis sur pied comme ressource des meilleures pratiques pour tous les professionnels de la santé<sup>147,148</sup>.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

Des milieux de travail sains doivent aussi solutionner les problèmes concernant la santé et la sécurité de tous les professionnels de la santé<sup>149,150</sup>, des gains raisonnables pour les professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur privé<sup>151</sup> et un contrôle sur les heures de travail, le respect et les conditions de travail<sup>152</sup>.

Les meilleures pratiques dans les milieux de travail sains devraient également être liées aux soins des patients. L'expérience des employeurs a été que les améliorations apportées aux environnements en milieu de travail réussissent le mieux lorsque les employeurs et les employés peuvent créer un lien direct entre les milieux de travail sains et de meilleurs soins aux patients<sup>153</sup>.

- ii. *Programmes d'éducation* – Les programmes d'éducation dans les domaines de la santé et du mieux-être personnels ne constituent pas une offre standard dans la plupart des milieux de travail. Certains Programmes d'aide aux employés (PAE) offrent une gamme plus vaste de services mais, dans la plupart des cas, ces programmes ne sont pas offerts aux médecins. En outre, les ressources éducatives en vue de promouvoir l'équilibre et le mieux-être, et de prévenir la mauvaise santé, ne sont pas automatiquement disponibles.

Afin de combler cet écart, les associations professionnelles élaborent des programmes d'études, des séminaires et d'autres services en vue d'aider leurs membres. Dans le cas des médecins, le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins de l'AMC a élaboré un nouveau programme d'études national pour que les chefs de file de la médecine rehaussent le niveau de compréhension entourant ces questions et développent des compétences en vue de créer des milieux de travail sains et de venir en aide à leurs collègues dans le besoin. Ce programme d'études, bien qu'il ait été conçu au départ pour les médecins, est largement applicable à tous les professionnels de la santé et à tous les administrateurs de soins de santé.

- iii. *Promotion d'un changement de culture afin d'encourager les comportements d'appel à l'aide* – La culture parmi les fournisseurs de soins de santé et les milieux dans lesquels ils travaillent et sont formés regorge d'obstacles au maintien du mieux-être ou à l'obtention d'aide lorsque surgit un problème. Des professionnels de la santé dynamiques, adéquatement formés et motivés ont tendance à s'autoévaluer, à nier la maladie et à reporter l'intervention. Les chefs de file au sein des professions de la santé doivent promouvoir le changement de cette culture et ils auront besoin d'outils pertinents.

### 9. *Équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle* – Les planificateurs doivent tenir compte des opinions de la nouvelle génération de professionnels de la santé qui recherchent un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

La société est témoin d'un changement générationnel dans la priorité que les jeunes Canadiens accordent à l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

personnelle. Ce phénomène n'est pas exclusif aux soins de santé; cependant, dans les professions où la demande s'avère sans limites et où les ressources humaines sont rares, cette attitude pose un défi additionnel aux planificateurs de ressources humaines. De façon importante, cette tendance positive semble toutefois nécessaire dans les professions de la santé qui luttent contre un moral faible, le syndrome d'épuisement professionnel et les invalidités.

### Orientations stratégiques

- i. *Intégration dans les programmes de formation* – Les éducateurs deviennent de plus en plus conscients que l'éducation précoce sur l'équilibre est d'une importance cruciale en vue d'aider les étudiants à devenir les professionnels de la santé robustes de l'avenir. Vu que la concurrence pour le temps de l'enseignement magistral est un problème omniprésent, certains reconnaissent que l'intégration d'un enseignement formel sur l'équilibre et l'adaptation doit s'accompagner d'un changement culturel positif dans le milieu de formation et que les mentors et modèles de comportement positifs sont nécessaires. Le nouveau mentor de ces étudiants est le professionnel qui a appris comment survivre et s'épanouir dans un milieu clinique de plus en plus complexe et exigeant.

L'étude de l'équilibre devrait être intégrée aux normes d'agrément pour l'éducation professionnelle médicale.

- ii. *Leçons tirées de l'expérience à l'étranger* – En 1993 la directive de travail (European Working Time Directive) a été adoptée et elle fixe le maximum d'heures de travail par semaine à 48 (surtemps compris). En Amérique du Nord, les heures de travail prolongées ont été soulevées comme un problème lié à la qualité des soins. Qu'advierait-il si le nombre d'heures maximum était mandaté pour les professionnels de la santé au Canada<sup>154</sup>?

Bien qu'une telle démarche puisse sembler très positive pour la santé personnelle des fournisseurs et, finalement, pour les patients, elle aurait des répercussions graves pour les planificateurs des ressources humaines en santé qui doivent maintenant en étudier l'impact sur les exigences de leurs ressources humaines. Par exemple, pour certaines catégories de fournisseurs manquantes comme les directeurs de la santé, la réduction des heures de travail, jumelée à la demande et à la complexité accrues de ce travail, empirerait la pénurie de ressources humaines dans ce secteur<sup>155</sup>. Pour d'autres catégories de professionnels, une telle démarche améliorerait l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, mais les établissements d'enseignement auraient besoin d'un préavis car cela exercerait une incidence sur les sites cliniques<sup>156</sup>.

Dans un document rédigé par le groupe de travail spécial sur les politiques de l'AMC en matière d'effectifs médicaux en 2004, on projette que le Canada aurait un besoin immédiat de 12 780 médecins supplémentaires<sup>157</sup> pour compenser la pénurie imposée par la semaine de travail de 48 heures (sauf sur appel). Ce

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

montant augmenterait encore davantage si les heures passées sur appel étaient incluses.

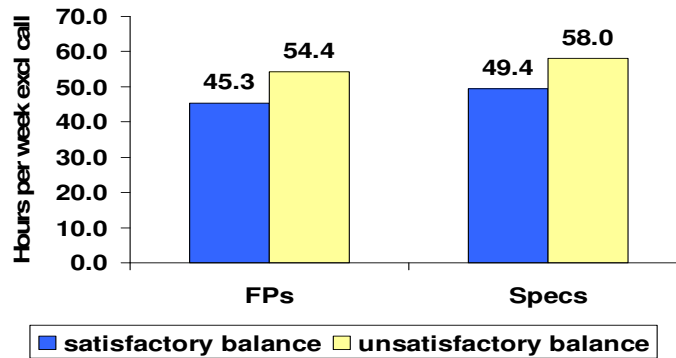
Des retombées similaires se feraient sentir si les recommandations en vue d'éliminer le surtemps du personnel infirmier étaient mises en vigueur. Le surtemps du personnel infirmier est lié aux résultats négatifs pour les patients comme pour les fournisseurs. En 2002, le nombre total d'heures supplémentaires (payées ou non) s'élève à 300 000 heures par semaine, soit 15,7 millions d'heures par année, c'est-à-dire 8643 postes à plein temps par année.

Les retombées pour les soins de santé canadiens seraient énormes si ces restrictions mandataires entraient en vigueur. Les planificateurs constatent déjà une réduction volontaire du temps consacré au travail par nombre de professionnels. Nous devons être prêts à faire face à l'impact positif et négatif de ces restrictions mandataires sur les exigences en matière de ressources humaines.

- iii. *Pondération de l'équilibre travail/vie dans la planification de l'offre* – Nous savons que les professionnels de la santé continuent de travailler pendant de longues heures. Une démarche en vue d'évaluer une charge de travail raisonnable serait d'étalonner la semaine de travail parmi les populations qui se disent satisfaites de l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Les comités de santé et de sécurité en milieu de travail devraient être en mesure de prodiguer des conseils à la direction sur l'équilibre approprié entre la vie professionnelle et la vie personnelle<sup>158</sup>.

Un exemple peut être constaté dans le graphique suivant qui compare les heures moyennes de travail (sauf sur appel) des médecins qui se disent satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements professionnels et personnels par rapport à ceux qui ne sont pas satisfaits. Dans le cas des médecins de famille qui se disent satisfaits, ils font état d'une semaine de travail de 45 heures en moyenne en comparaison de 54 heures par semaine pour ceux qui ne sont pas satisfaits. Des approches similaires peuvent s'appliquer à d'autres groupes de professionnels selon la disponibilité des données.

## Balance between personal and professional commitments



Source: 2004 National Physician Survey

### Équilibre entre les engagements personnels et professionnels

Heures par semaine sauf sur appel

70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

45,3 54,4 49,4 58,0

Médecins de famille      Spécialistes

équilibre satisfaisant      équilibre non satisfaisant

Source : Sondage national de 2004 auprès des médecins

Les résultats de l'étude nationale sur le secteur du personnel infirmier indiquent que les infirmiers sont moins susceptibles d'être en bonne forme physique ou mentale lorsqu'ils travaillent en surtemps non volontaire<sup>159</sup>. De plus, les infirmiers qui s'attendaient à une instabilité d'emploi et qui avaient fait l'expérience de la violence au travail étaient aussi plus susceptibles de ne pas être satisfaits de leur poste actuel. Les infirmiers qui pouvaient prendre des pauses étaient plus satisfaits de leur emploi actuel, de même que ceux qui se voyaient offrir des possibilités d'éducation par leurs employeurs.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

- 10. *Acquisition continue du savoir*** – *Les professionnels de la santé doivent avoir accès aux ressources nécessaires pour se tenir au courant des progrès de la science et pour acquérir de nouvelles compétences, au cours de leur carrière, de mettre ces compétences en pratique pour relever de nouveaux défis.*

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'accent accru sur l'acquisition continue du savoir. Premièrement, il y a généralement une mobilité de carrière accrue dans la société. Deuxièmement, la focalisation sur l'amélioration continue de la qualité a souligné le besoin de se tenir au courant des dernières recherches et des améliorations dans la pratique. Troisièmement, la prolifération des connaissances a stimulé l'intérêt dans la « traduction des connaissances » et dans la « gestion du savoir ».

### Orientations stratégiques

- i. Possibilité de réintégrer la formation et de recevoir de la formation perfectionnée* – Dans la plupart des domaines d'entreprise professionnelle, les temps ont bien changé depuis qu'un employé prévoyait entreprendre et achever sa carrière au sein de la même organisation ou exercer le même emploi. Le domaine de la santé n'est pas différent. Le ministère de la santé de la G.-B. a reconnu cette tendance il y a quelques années avec le lancement, en 1999, du service de carrières en santé nationale (National Health Service Careers service).

Plusieurs cours sont offerts pour le perfectionnement des compétences de gestion ou d'administration comme les programmes de maîtrise en administration des affaires qui sont offerts dans un format de supervision qui convient aux employés à plein temps et certains sont élaborés spécifiquement pour le domaine de la santé.

Dans la sphère de nouvelle formation clinique du champ des sciences infirmières, nombre de programmes de spécialisation après le diplôme d'IA comme l'oncologie, la santé mentale, l'urgence et d'autres se sont développés dans leurs propres cours. En outre, des programmes éducatifs en vue de soutenir les rôles de pratique avancée comme celui d'infirmier clinique spécialisé et d'infirmier praticien ont été mis en œuvre au cours des dernières années. Dans le domaine de la médecine, cependant, le système postdoctoral demeure stagnant depuis le début des années 1990 et rares sont les possibilités pour les médecins de famille d'opter pour une formation dans une spécialisation ou pour les spécialistes d'acquérir de la formation dans une autre spécialisation.

- ii. Évolution et perfectionnement de la carrière* – Ce concept est de plus en plus reconnu dans le domaine de la santé. Dans un rapport récent qui examine les stratégies visant à régler les pénuries de personnel infirmier dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, Simoens et coll.<sup>160</sup> soulignent le rôle du perfectionnement de la carrière comme une stratégie de fidélisation, citant des exemples d'« échelles cliniques »,

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

d'évaluation des emplois simples ou multiples et d'une rémunération au rendement individuelle ou collective. Ils font également remarquer le potentiel de développement du leadership parmi les infirmiers. On devra tenir compte de ce facteur dans la conception future du système canadien de soins de santé.

- iii. *Formation professionnelle continue* – Le développement des connaissances nouvelles dans le domaine de la santé est bien documenté. Le directeur du portail clinique de Kaiser-Permanente estime que la quantité de connaissances médicales disponibles augmente du double tous les sept ans<sup>161</sup>. La U.S. National Library of Medicine ajoute de 1500 à 3500 références à sa base de données MEDLINE chaque jour, du mardi au samedi. Un total de 571 000 références a été ajouté en 2004<sup>162</sup>. Le défi de faire face à cette quantité croissante d'informations donne lieu à une nouvelle discipline du nom de « traduction des connaissances ».

La recherche est un élément crucial des meilleures pratiques en matière de soins de santé. Pour cette raison, nous devons investir bien davantage pour nous assurer que les professionnels de la santé ont accès aux meilleures recherches actuelles disponibles, dans un format digeste, pouvant être facilement mises en pratique. De plus, il ne suffit pas de rendre disponibles les outils de gestion et les cours de formation professionnelle continue. Bien que nombre d'organismes de réglementation ont des attentes face au perfectionnement professionnel pour le maintien de l'inscription, la responsabilité de la formation professionnelle continue est parfois laissée au praticien de la santé individuel et le soutien, tant financier que du point de vue temps, accordé aux praticiens pour assister aux conférences et ateliers peut varier selon l'employeur<sup>163</sup>. Les professionnels de la santé ont besoin de temps pour participer à ces activités. La formation professionnelle continue doit être reconnue comme un élément de la « rançon des affaires » en matière de soins de santé. Nombre d'organismes de professionnels de la santé offrent des possibilités d'acquisition continue du savoir à leurs membres dans tout un éventail de formats<sup>164,165,166,167,168,169,170,171,172</sup>.

Le temps est également un facteur important pour les professeurs de sciences de la santé, dont les exigences associées à leur charge de cours exercent une incidence sur leur capacité d'effectuer des recherches. Donner du temps aux professeurs des sciences de la santé pour leur permettre de conduire des recherches inciterait un plus grand nombre de professionnels de la santé à entrer dans les programmes de doctorat, ce qui, à son tour, atténuerait les pénuries de professionnels de la santé dans l'enseignement de ces professions.

- iv *Identification et perfectionnement des chefs de file*  
On reconnaît le besoin du développement du leadership dans toutes les professions afin de combler les écarts actuels et futurs. Les chefs de file potentiels doivent être identifiés dès les débuts de leur carrière et on doit leur fournir les possibilités de mentorat et de perfectionnement de carrière appropriées. L'élaboration de stratégies spécifiques dans ce domaine est requise pour nous



## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

assurer qu'une cohorte de chefs de file bien qualifiés guide le système de santé de l'avenir.

### SOMMAIRE

Ce qui précède a pour but de présenter les orientations et principes fondamentaux qui sous-tendent une stratégie proactive à l'implantation d'une perspective de planification stratégique des ressources dans les effectifs de la santé du Canada. Une telle démarche ne pourra réussir que si elle est intégrée à l'échelle des provinces et des territoires et dans l'ensemble des disciplines professionnelles de la santé.

De plus, cette démarche ne saurait être implantée de manière isolée par les gouvernements, surtout lorsque l'on tient compte des nombreux leviers politiques qui touchent le cycle de carrière, tels qu'énumérés par Barer et Stoddart. Il est essentiel d'obtenir dès le début du processus de planification une participation réelle et continue des professionnels de la santé.

L'étape suivante consisterait à repérer les indicateurs et les cibles de mise en oeuvre des orientations stratégiques proposées plus haut et à cerner les leviers politiques appropriés et les intervenants qui en sont responsables.

---

<sup>1</sup> Données sur la santé de 2004 de l'OCDE.

<sup>2</sup> Simoens et coll., Tackling Nurse Shortages in OECD Countries, 19<sup>e</sup> document de travail sur la santé, 2005.

<sup>3</sup> Sobel, M., Litwin, P., Seville, C., Homuth, C., The Coming RT Shortage, Revue canadienne de la thérapie respiratoire, hiver 2000. Approximativement 20 autres pays reconnaissent la profession d'inhalothérapeute comme profession de la santé. La seule autre comparaison qui existe est avec les États-Unis, laquelle étudiait récemment la possibilité de pénuries dans ce pays, et déterminait que la situation est similaire à celle du Canada. Les deux pays prévoient une incapacité à doter au moins 15-20 % des postes présentement vacants par des praticiens formés dans leur pays respectif. Source : La Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>4</sup> Cette évidence anecdotique inclut des comparaisons entre le Canada et les États-Unis qui ont une pénurie de physiothérapeutes ainsi que des renseignements sur des recruteurs internationaux et nationaux en plus des annonces dans les journaux et des bulletins professionnels, lesquels indiquent la disponibilité croissante des postes de physiothérapie dans la plupart des pays. Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>5</sup> D'après un sondage de 2004 auprès des organisations membres de HEAL concernant les ressources humaines en santé, plusieurs organisations ont remarqué l'absence de valeur prédictive des données lorsqu'on traite des questions de planification, de prestation et d'autres sujets importants en matière de RHS. De fait, il pourrait donc y avoir des pénuries pour plusieurs professions de la santé au Canada, mais les données à l'appui sont inexistantes.

<sup>6</sup> Secrétaire d'État à la santé, le plan du service national de santé (The NHS Plan), Londres, G.-B., HSMO, 2000.

<sup>7</sup> Conférence australienne des premiers ministres de la santé, National Workforce Strategic Framework, avril 2004, [www.healthworkforce.health.nsw.gov.au/amwac/pdf/NHW\\_stratfwork\\_AHMC\\_2004.pdf](http://www.healthworkforce.health.nsw.gov.au/amwac/pdf/NHW_stratfwork_AHMC_2004.pdf), site accédé le 2005-06-11.

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé, Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century: the challenge of chronic conditions, 2005, [http://www.who.int/chronic\\_conditions/workforce\\_report/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/workforce_report/en/), site accédé le 2005-06-11.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

- <sup>9</sup> Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, fichier de microdonnées à grande diffusion, Le Quotidien, le lundi 24 janvier 2005.  
<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050124/q050124b.htm>, site accédé le 2005-05-21.
- <sup>10</sup> Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>11</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>12</sup> Source : Collège canadien des directeurs de services de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>13</sup> Source : Société canadienne de science de laboratoire médical, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>14</sup> Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>15</sup> Source : Association canadienne de counseling, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>16</sup> Wennberg J.E., Dealing with medical practice variations: a proposal for action, Health Affairs 1984; 3(2): 6-32.
- <sup>17</sup> Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>18</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>19</sup> Source : Association canadienne des soins de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>20</sup> Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>21</sup> Source : Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>22</sup> Ibidem.
- <sup>23</sup> Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>24</sup> Source : Association canadienne des soins de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>25</sup> Canadian Council for Practical Nurse Regulators, Infirmières/infirmiers autorisés du Canada, Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier, 2005.  
[www.cna-aifc.ca/CNA/documents/pdf/publications/Evaluation\\_Framework\\_2005\\_e.pdf](http://www.cna-aifc.ca/CNA/documents/pdf/publications/Evaluation_Framework_2005_e.pdf). Document accédé le 2005-06-11.
- <sup>26</sup> Source : Société canadienne de science de laboratoire médical, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>27</sup> Par exemple, l'Association canadienne des technologues en radiation médicale a fait remarquer que les domaines où il y a pénurie de radiologues, les technologues en radiation médicale doivent effectuer ces tâches. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>28</sup> Source : Institut canadien de la santé infantile, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>29</sup> Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century, Washington, D.C., National Academy Press, 2001.
- <sup>30</sup> Nombre de programmes d'études universitaires en diététique offrent au moins un cours de nutrition aux étudiants d'autres sciences de la santé. Il y a également des initiatives d'éducation interprofessionnelle menant à l'exercice de collaboration centré sur le patient dans la province de Saskatchewan. Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>31</sup> Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006. De nombreux programmes de l'association soutiennent la formation interprofessionnelle.
- <sup>32</sup> Les écoles d'hygiène dentaire à l'Université de Dalhousie et à l'Université du Manitoba ont élargi leur programme pour inclure l'éducation interprofessionnelle. Source : L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>33</sup> L'éducation interprofessionnelle comportant la psychologie a lieu à l'Université Memorial, aux sciences de la santé de l'Université de la Colombie-Britannique et dans le cadre du programme TUDOR-PHCS de l'Université de Western Ontario. Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>34</sup> Des initiatives de l'éducation interprofessionnelle pour l'ergothérapie sont en cours à l'Université de la Colombie-Britannique, à l'Université de l'Alberta, à l'Université McMaster et à l'Université Laval où les étudiants en ergothérapie apprennent en collaboration avec d'autres étudiants des professions de la santé, au niveau précédant l'obtention du permis d'exercice. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.
- <sup>35</sup> L'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Toronto et l'Université McMaster explorent et mettent en œuvre des possibilités pour l'éducation interprofessionnelle avec la participation des physiothérapeutes. D'autres travaux sont effectués dans les facultés à travers le pays (Toronto, Saskatchewan, Terre-Neuve et Labrador, et le Nord de l'Ontario) à l'intérieur des stages cliniques où les étudiants en physiothérapie apprennent et travaillent en collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

---

santé. Il y a aussi d'autres exemples à travers le pays où les physiothérapeutes travaillent selon des modèles de collaboration avec d'autres fournisseurs de la santé dans des milieux de prestation de soins de santé primaires. En milieu hospitalier ou de réadaptation les équipes de collaboration constituent la norme d'exercice. Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de 2006.

<sup>36</sup> À l'intérieur de ces deux sciences de la santé, il y a chevauchement de l'équipement TDM avec l'équipement TEP/CT et entre les fonctions assignées aux technologues en radiologie, aux radiologistes et à la communauté d'imagerie. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>37</sup> Le travail social participe à l'initiative d'éducation interprofessionnelle à l'Université Memorial et aussi au sein d'un comité consultatif du nom de « Transdisciplinarity Understanding on Research in Primary Health Care » qui se concentre sur l'établissement d'un programme de formation qui inclut quatre sciences de la santé destiné aux étudiants d'université intéressés à la recherche sur les soins de santé primaires. Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>38</sup> La Société canadienne de science de laboratoire médical estime que cela est lié au fait que les discussions concernant l'éducation interprofessionnelle en sciences de la santé des fournisseurs de soins se produisent au niveau universitaire alors que les programmes d'éducation pour les sciences de laboratoire médical prennent place au niveau du collège communautaire. Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>39</sup> L'Association canadienne de protection médicale et de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, Déclaration conjointe de l'ACPM/SPIIC sur la protection contre la faute professionnelle pour les infirmiers praticiens et les médecins dans la pratique de collaboration, mars 2005.

<sup>40</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2004, Ottawa, 2004.

<sup>41</sup> Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>42</sup> Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>43</sup> Source : Association canadienne des soins de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>44</sup> Source : L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>45</sup> Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>46</sup> Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>47</sup> Source : Institut canadien de la santé infantile, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>48</sup> Source : Association canadienne de counseling, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>49</sup> Source : Société canadienne de psychologie réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>50</sup> Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>51</sup> Gouvernement du Canada, Statuts du Canada 1966-1967, chapitre 42, Loi sur la Caisse d'aide à la santé, Ottawa, Imprimeur de la reine, 1966.

<sup>52</sup> Secrétariat du commerce intérieur, Accord sur le commerce intérieur – Codification administrative. [http://www.ait-aci.ca/index\\_fr/ait.htm](http://www.ait-aci.ca/index_fr/ait.htm), site accédé le 2005-06-11.

<sup>53</sup> Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>54</sup> Source : Association médicale canadienne, communication personnelle, 2006.

<sup>55</sup> Des accords de mobilité de la main-d'œuvre pour la technologie de la radiation médicale ont été signés en 1998-1999 par tous les organismes provinciaux et de réglementation. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>56</sup> Un accord de reconnaissance mutuelle pour la psychologie a été signé en 2002. Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de 2006.

<sup>57</sup> Les 10 organismes de réglementation provinciaux pour l'ergothérapie ont établi un accord de reconnaissance mutuelle pour les ergothérapeutes. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>58</sup> Un accord de reconnaissance mutuelle pour la physiothérapie a été signé en 2002. Depuis, le consortium national des organisations, incluant les organismes de réglementation et les gouvernements, travaillent pour mettre en œuvre l'accord en vertu des domaines clés suivants : 1) uniformité en vertu de l'ACI; 2) adaptation des lois et des politiques provinciales/territoriales; 3) élaboration d'un autre mécanisme pour évaluer l'équivalence; et 4) coordination. La réussite de l'examen de compétence en physiothérapie que fait

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

---

passer l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie est requis pour l'entrée dans la pratique des diplômés canadiens dans toutes les provinces et est administré dans toutes les juridictions sauf le Québec et le Nouveau-Brunswick. Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>59</sup> L'accord de reconnaissance mutuelle pour l'inhalothérapie en 2001 a donné lieu à la création de l'Alliance nationale des organismes de réglementation en thérapie respiratoire qui continue de travailler sur des projets en vue d'améliorer la mobilité interprovinciale et d'aider à normaliser la pratique réglementaire pour ces thérapeutes au Canada. Les projets incluent, entre autres, l'élaboration d'un profil et d'un examen de compétences, la mise en application d'un programme national d'agrément pour les programmes d'inhalothérapie et l'élaboration d'un cadre national de reconnaissance des titres de compétences. Source : La Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>60</sup> Les diététistes étaient toujours en mesure de faire la demande d'inscription dans des juridictions différentes de celles dans lesquelles ils avaient été formés; selon Les diététistes du Canada, l'efficacité et la rapidité de l'inscription au sein de nouvelles juridictions ne s'est pas matérialisée en vertu de l'accord de reconnaissance mutuelle. Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>61</sup> La portabilité ne constitue pas un problème grave pour les cadres en santé au Canada, mais il y a certaines restrictions en termes d'engagement de cadres étrangers qualifiés. Source : Collège canadien des directeurs de services de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>62</sup> Il est à espérer qu'en établissant une norme pour l'ensemble des compétences en counseling, l'ACI sera satisfait. La validation des compétences élaborées par la C.-B. se fera avant mai 2006; d'autres provinces ont été invitées à participer et pourraient le faire. La C.-B. pourrait satisfaire à la loi en 2007. Source : Association canadienne de counseling, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>63</sup> Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, Les Provinces tracent la voie pour l'avenir des soins de santé, communiqué des 24 et 25 janvier 2002, [http://www.scics.gc.ca/cinfo02/850085004\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo02/850085004_f.html), site accédé le 2005-05-23.

<sup>64</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers réglementés au Canada, 2002, Ottawa, 2003.

<sup>65</sup> Terre-Neuve et Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick achètent tous des places de Dalhousie. Le Nouveau-Brunswick achète aussi des places de Laval pour cette science de la santé. Le Consortium national de formation en santé assure également le financement visant à faciliter la formation en français dans diverses professions de la santé comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmiers autorisés hors Québec. Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>66</sup> Les provinces de l'Atlantique ont toutes des accords concernant l'achat de places, et toutes les places pour cette région et pour cette science de la santé sont issues de l'Université de Dalhousie. Le Nouveau-Brunswick a acheté des places pour l'éducation et la formation en français à Laval et auprès de l'Université de Montréal. La Saskatchewan achetait des universités de l'Alberta et du Manitoba; toutefois, la province a mis fin à cette pratique avec le Manitoba. Le changement concernant les exigences d'éducation pour cette science de la santé du niveau du baccalauréat au niveau de la maîtrise entrera en vigueur en 2008. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>67</sup> En ce qui concerne les sciences de laboratoire médical, dans la génétique clinique, il y a seulement deux programmes pour le moment; un au Mitchener Institute et l'autre au BCIT. Un défi important pour les programmes de sciences de laboratoire médical est la disponibilité des postes adéquats pour les stages cliniques. Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>68</sup> Le ministère de la Défense nationale achète une place chaque année au Collège Algonquin et au Georgian College. Source : L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>69</sup> Outre la Nouvelle-Écosse, des places pour l'orthophonie et l'audiologie sont achetées à l'Université de Dalhousie par le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard. L'Université de Montréal dispose aussi de places désignées pour les francophones du Nouveau-Brunswick. Il y a seulement neuf programmes au Canada et plusieurs provinces n'offrent aucun programme en sciences et troubles de la communication. Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

<sup>70</sup> Le seul exemple de formation des étudiants en inhalothérapie hors province est le programme de l'Université de Dalhousie, où les étudiants ont l'occasion d'exécuter une partie de leur formation clinique au site de leur choix. L'intention est de fournir aux étudiants une expérience clinique plus vaste. Source : Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>71</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>72</sup> Jeans M., Hadley F., Green J., DaPrat C., Parcours pour devenir infirmière/infirmier au Canada, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2005.

<sup>73</sup> Approximativement 90 % des physiothérapeutes sont instruits et formés au Canada. Il y a quelques cas de recrutement international de physiothérapeutes surtout pour les régions éloignées mal desservies. Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>74</sup> Approximativement 95 % des ergothérapeutes sont instruits et formés au Canada et nous ne recrutons pas activement ces fournisseurs. Ce sont plutôt des fournisseurs formés à l'étranger qui s'installent au pays par immigration volontaire. En moins de 10 ans, il faudra remplacer 15 % des effectifs en raison de la retraite. Environ 60 % des ergothérapeutes au Canada sont des femmes en âge de procréer, il y a donc un besoin continu de recrutement, mais le Canada ne dépend pas du recrutement de professionnels formés à l'étranger. Toutes les places universitaires d'ergothérapie sont remplies. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>75</sup> Approximativement 95 % des technologues de la radiation médicale sont instruits au Canada. Il y a quelques années il y avait pénurie de fournisseurs et l'Association canadienne des technologues en radiation médicale a livré un mécanisme permettant aux fournisseurs formés à l'étranger d'écrire l'examen d'agrément dans leur pays d'origine. Ceux qui réussissent l'examen reçoivent une offre d'emploi. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>76</sup> Approximativement 90 % des fournisseurs qui travaillent en sciences de laboratoire médical sont présentement formés au Canada. Bien qu'il y ait pénurie mondiale de ces fournisseurs, l'Association canadienne de science de laboratoire médical voit une hausse cette année du nombre de nouvelles demandes pour son processus d'évaluation de l'apprentissage antérieur. Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>77</sup> Approximativement 90 à 95 % des personnes qui écrivent l'examen du Conseil national en hygiène dentaire sont canadiennes. Source : L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>78</sup> Approximativement 80 % des orthophonistes et audiologistes sont formés au Canada. L'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes a négocié un accord international de reconnaissance mutuelle avec certaines associations professionnelles dans d'autres pays comme les États-Unis, La Grande-Bretagne et l'Australie et travaille à des accords avec la Nouvelle-Zélande et l'Irlande. Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>79</sup> Présentement environ 90 % des inhalothérapeutes qui travaillent au Canada sont formés dans ce pays. La Société canadienne des thérapeutes respiratoires est à la recherche de moyens d'évaluer et de décerner des permis d'exercice aux praticiens formés à l'étranger. Source : Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>80</sup> Le travail social ne dépend pas des professionnels formés à l'étranger pour l'exercice du travail social de première ligne au Canada. Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>81</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>82</sup> Ryten E., Planning for the future: Nursing human resource projections, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002.

<sup>83</sup> Association médicale canadienne, Direction de la recherche, 2005.

<sup>84</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>85</sup> Voir la note 63.

<sup>86</sup> Association des facultés de médecine du Canada, Canadian Medical Education Statistics, Ottawa, 2005.

<sup>87</sup> Voir la note 63.

<sup>88</sup> Association médicale canadienne, notes pour une allocution du D<sup>r</sup> Sunil Patel : présentation au Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration de la Chambre des communes, 19 avril 2004.

<sup>89</sup> O'Brien-Pallas L., Tamblin Murphy G., White S. et coll., Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada – Rapport de synthèse de la recherche,

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

<http://buildingthefuture.ca/f/study/phase1/reports/Rapport-synthese-de-la-recherche.pdf>, site accédé le 2005-06-01.

<sup>90</sup> Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>91</sup> Source : Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>92</sup> Cela se produit pour plusieurs raisons, p. ex., une hausse du nombre d'étudiants; une pénurie de travailleurs au sein de sites cliniques possibles, ce qui atténue la capacité de superviser les étudiants; et une hausse de la charge de travail à ces sites de sorte que les établissements veulent des étudiants qui sont mieux préparés aux stages cliniques. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>93</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>94</sup> Source : Collège canadien des directeurs de services de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>95</sup> Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006. L'association n'a pas d'estimation chiffrée de la pénurie.

<sup>96</sup> Source : Société canadienne de science de laboratoire médical, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>97</sup> Source : L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>98</sup> Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>99</sup> Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>100</sup> Voir la note 73.

<sup>101</sup> Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>102</sup> De ces candidats admissibles, un tiers réussit du premier coup, un autre tiers réussit à la deuxième tentative et un dernier tiers échoue complètement. Ceux qui participent à un programme formel pour combler les écarts jouissent d'un taux de succès comparable au taux de réussite national à l'examen de 85 %. Société canadienne de science de laboratoire médical, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>103</sup> La Société canadienne des thérapeutes respiratoires élabore présentement des normes pour rectifier cette situation. Source : La Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>104</sup> Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>105</sup> Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, Réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>106</sup> Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>107</sup> Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>108</sup> Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>109</sup> Ministère des Finances Canada, Le budget de 2005 : Renforcer nos fondements sociaux

<http://www.fin.gc.ca/budget05/pdf/pasocf.pdf>, site accédé le 2005-06-11.

<sup>110</sup> Secrétariat du Commonwealth, The Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers, [www.thecommonwealth.org/shared\\_asp\\_files/uploadedfiles/7BDD970B-53AE-441D-81DE](http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/7BDD970B-53AE-441D-81DE), site accédé le 27 mars 2005.

<sup>111</sup> Ministère de la santé (G.-B.), Nouvel accord pour la coopération avec l'Afrique du Sud en matière de soins de santé (New agreement for health care cooperation with South Africa), communiqué, 24 octobre 2003.

<sup>112</sup> Le Ministère de la santé (Afrique du Sud) envisage les demandes de résidence permanente de certains médecins cubains (Health Department is considering permanent residence applications by some Cuban doctors), communiqué, 23 novembre 2004.

<sup>113</sup> Stein R., Hospital Services Performed Overseas, Washington Post, 24 avril 2001, page A01.

<sup>114</sup> The Economist, Peering into 2010: A Survey of the Future of Medicine, 1994, 330 #7855, 19 mars, après p.66.

<sup>115</sup> CBC News. Astronauts go underwater to test robotic surgery skills, 9 août 2004.

[www.cbc.ca/story/science/national/2004/08/09/neemo040809.html?print](http://www.cbc.ca/story/science/national/2004/08/09/neemo040809.html?print), site accédé le 2005-05-24.

<sup>116</sup> La Société canadienne des thérapeutes respiratoires est membre de l'International Council of Respiratory Care. Une partie du mandat de ce conseil est d'encourager l'élaboration de normes pour les soins respiratoires. La société enquête également sur les possibilités d'agrément en Arabie Saoudite et au Qatar. Source : La Société canadienne des thérapeutes respiratoires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

<sup>117</sup> L'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ISRRT) a été active dans la révision des normes d'éducation de l'ISRRT. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>118</sup> Depuis que l'Association canadienne des ergothérapeutes souscrit aux normes de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME), si un praticien est formé dans un pays étranger qui ne souscrit pas à ces normes, il peut être admissible à l'examen d'agrément de l'ACE, ce qui est une exigence pour l'inscription dans huit des dix provinces. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>119</sup> L'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes souscrit à un accord international concernant les processus d'agrément, les normes, et une entente sur les équivalences substantielles. Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>120</sup> Le Canada et les États-Unis jouissent d'un accord d'agrément qui permet un agrément conjoint par la Société canadienne de psychologie et l'American Psychological Association. Des discussions préliminaires sont en cours afin de trouver un organisme international d'agrément; l'accord bilatéral entre le Canada et les États-Unis devrait prendre fin à l'avenir, en faveur d'un cadre international. Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>121</sup> Epp E., La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, Ottawa : ministre des Approvisionnement et Services, 1986.

<sup>122</sup> L'Association canadienne des technologues en radiation médicale participe aux initiatives de dépistage du cancer du sein et d'éducation sur le dépistage de l'ostéoporose par l'auto-examen de la densité minérale de l'os. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>123</sup> L'Association canadienne des ergothérapeutes a participé à la représentation et la défense de l'avantage des soins prodigués avec compassion et à d'autres travaux sur les soins aux personnes en fin de vie, sur la réforme des prestations d'invalidité, sur les technologies d'aide et sur le concept d'universalité pour assurer à toutes les personnes un accès égal au milieu, au travail sur le mieux-être et aux milieux de travail sains, à la prévention des chutes chez les personnes âgées et à d'autres questions. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>124</sup> La politique publique sur la santé en matière d'orthophonie et d'audiologie inclut le dépistage de la surdité chez les nouveaux-nés (une politique dans plusieurs provinces) et des politiques pour le financement des aides auditives. Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>125</sup> Les physiothérapeutes tentent d'encourager les enfants à être plus actifs physiquement. Les physiothérapeutes essaient également d'interdire aux enfants de moins de 16 ans de conduire des véhicules tous terrains. De même, la physiothérapie a fait connaître sa position contre le tabagisme. Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>126</sup> Les diététistes du Canada se sont avérés actifs sur plusieurs fronts comme les recommandations en matière de nutrition, le Guide alimentaire canadien, l'étiquetage et la publicité des aliments, la sécurité alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments et d'autres questions. Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>127</sup> Le nouveau dentiste hygiéniste national rencontre régulièrement L'Association canadienne des hygiénistes dentaires au cours de l'année et l'association prévoit que ces rencontres seront une occasion de fournir des commentaires pour la planification des politiques et pour le processus décisionnel. Source : L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>128</sup> L'Association canadienne des soins de santé a participé à la représentation et à la défense des milieux de travail sains. Source : Association canadienne des soins de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>129</sup> Barer M., Stoddart G., Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada, Winnipeg, Manitoba Health, 1991.

<sup>130</sup> Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>131</sup> Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>132</sup> Source : Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>133</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>134</sup> Source : Association canadienne de counseling, réponse au sondage de HEAL de 2006.

## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

<sup>135</sup> Wagner S., Bookey-Bassett S., Clement-Gallian L., Butler J., A Catalogue: Current Strategies for Health Workplaces, rapport préparé pour le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002.

<sup>136</sup> Institut canadien de la santé infantile, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>137</sup> Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>138</sup> Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>139</sup> Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>140</sup> Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>141</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006. En psychologie, la capacité d'avoir une journée par semaine pour travailler en pratique privée serait un incitatif de fidélisation important.

<sup>142</sup> Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>143</sup> Source : Société canadienne de science de laboratoire médical, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>144</sup> Koehoorn M., Lowe G., Rondeau K., Schellenberg G., Wager T., Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé, Ottawa, Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2002.

<sup>145</sup> Institut canadien d'information sur la santé, Dispensateurs de soins au Canada, Ottawa, 2001.

<sup>146</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada, Des milieux de travail de qualité pour les infirmières, 2001.

<sup>147</sup> Source : Collège canadien des directeurs de services de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>148</sup> Source : Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>149</sup> Par exemple, les hygiénistes dentaires sont susceptibles aux blessures musculo-squelettiques et aux microtraumatismes répétés. Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>150</sup> Par exemple, l'adoption de stockage, de transport et d'affichage d'images (PACS – Picture Archiving and Communications Systems) a éliminé l'exposition à des produits chimiques nocifs pour les technologues en radiation médicale. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>151</sup> Par exemple, les ergothérapeutes ont remarqué que lorsque les contrats sont financés par l'État pour les services d'ergothérapie, ils sont soumis aux appels d'offres auprès du secteur privé et qu'en raison du phénomène de surenchère, les fournisseurs ne sont pas suffisamment rémunérés pour le niveau de travail requis. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>152</sup> Un sondage récent auprès des psychologues canadiens démontre que parmi les raisons pour lesquelles ils préfèrent le secteur privé au secteur public dans le secteur des hôpitaux non enseignants ils comptaient un plus grand contrôle sur les heures de travail et le nombre de patients, plus d'autonomie, un respect accru et de meilleures conditions de travail. Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>153</sup> Source : Association canadienne des soins de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>154</sup> Commission européenne, directive de travail (EU Working Time Directive) [www.eubusiness.com/guides/working-time-directive](http://www.eubusiness.com/guides/working-time-directive), site accédé le 2005-06-10.

<sup>155</sup> Collège canadien des directeurs de services de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>156</sup> Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>157</sup> Association médicale canadienne, Les vents du changement : Vers des effectifs médicaux viables au Canada, rapport du groupe de travail spécial de l'AMC sur les effectifs médicaux, Ottawa, 2004.

<sup>158</sup> Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>159</sup> Voir la note 87.

<sup>160</sup> Voir la note 2.

<sup>161</sup> Kaiser Permanente, Kaiser Permanente et la recherche Google pour votre entreprise, <http://www.google.com/entreprise/>, site accédé le 2005-05-05.

<sup>162</sup> U.S. National Library of Medicine, Fact Sheet Medline, [www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html](http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html), site accédé le 2005-05-05.



## Principes fondamentaux et orientations stratégiques pour un plan pancanadien de ressources humaines en santé

---

<sup>163</sup> Source : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>164</sup> La Société canadienne de science de laboratoire médical offre à ses membres un cours de perfectionnement professionnel sous forme de formation par correspondance ainsi que d'apprentissage en ligne. Source : Société canadienne de science de laboratoire médical, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>165</sup> L'Association canadienne de counseling requiert que les conseillers portant le titre de Conseiller canadien certifié obtiennent une nouvelle certification tous les trois ans en achevant quatre unités de formation continue. Source : Association canadienne de counseling, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>166</sup> La Société canadienne de psychologie offre en ligne une formation professionnelle continue requise par le Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues, un système d'accréditation de formation continue, ainsi que des programmes de formation continue. Source : Société canadienne de psychologie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>167</sup> L'Association canadienne des ergothérapeutes offre à la fois des services d'apprentissage face à face, comme des ateliers, et des possibilités d'apprentissage en ligne. Source : Association canadienne des ergothérapeutes, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>168</sup> Certains organismes de réglementation provinciaux canadiens en physiothérapie exigent que les praticiens maintiennent leur certification par la preuve de participation à des activités d'acquisition continue du savoir afin de conserver leurs compétences. Source : L'Association canadienne de physiothérapie, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>169</sup> Le programme et la désignation CHE du Collège canadien des directeurs de services de santé (Certified Health Executive – CHE) incluent une exigence pour la formation continue afin de maintenir la désignation. Source : Collège canadien des directeurs de services de santé, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>170</sup> L'Association canadienne des technologues en radiation médicale a toute une gamme d'activités, dont l'élaboration des certificats de spécialisation, des conférences annuelles, des revues et bulletins professionnels, l'agrément supérieur et des bourses d'étude, des cours par correspondance, des possibilités d'obtention de diplômes, le maintien de l'agrément, etc. Source : Association canadienne des technologues en radiation médicale, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>171</sup> L'Association canadienne des hygiénistes dentaires a créé le poste de directeur de l'éducation et l'association met l'accent sur l'éducation en ligne. Les neuf organismes de réglementation provinciaux exigent des candidats qu'ils obtiennent des crédits de formation continue. Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires, réponse au sondage de HEAL de 2006.

<sup>172</sup> Chaque organisme de réglementation en diététique requiert une formation continue et nombre d'entre eux ont recours à l'approche du portfolio professionnel. Les diététistes du Canada offrent bon nombre de possibilités de perfectionnement professionnel comme les programmes d'éducation en ligne accompagnés d'autoévaluation et d'examen de fin de leçon; des preuves scientifiques en nutrition fondées sur la pratique accompagnées d'une orientation relative aux questions de pratique avec des liens vers les preuves scientifiques (un service de perfectionnement de la pratique et professionnel), accessibles par le truchement du site Web de l'association; des conférences; des webémissions sur l'heure du midi concernant de nouveaux enjeux ou sujets; de la documentation envoyée à tous les membres par diffusion courriel qui fournit une synthèse en temps opportun des preuves scientifiques sur les sujets chauds ou nouveaux. Source : Les diététistes du Canada, réponse au sondage de HEAL de 2006.