

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DOCUMENT D'INFORMATION / DE SONDAGE

Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada

JUILLET 2002

Ce document fait partie d'une série de neuf documents d'information/de sondage conçus pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées sur l'avenir du système de santé du Canada. Chacun de ces documents explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis en soins de santé. Le Canada peut choisir quelques-uns de ces plans d'action, comme il peut les adopter tous ou n'en retenir aucun. De nombreuses autres options sont aussi possibles, mais elles ne sont pas abordées ici. Ces points saillants de recherche ont été préparés pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Merci de l'intérêt que vous portez à l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Ce document d'information/de sondage sur les ressources humaines dans le système de soins de santé au Canada, qui vise à la fois à donner et à recueillir de l'information, fait partie d'une série de neuf documents que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préparés en collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tous ont été conçus de façon à permettre aux Canadiens d'être mieux renseignés sur quelques-uns des principaux défis à relever concernant le système de soins de santé et d'exprimer leurs préférences parmi les solutions proposées. Nous nous sommes efforcés de résumer les faits les plus pertinents tout en veillant à maintenir l'équilibre et l'accessibilité de l'information.

Les neuf documents se présentent tous de la même façon. Nous donnons d'abord un bref aperçu de la question à considérer. Nous proposons ensuite trois voies qu'il est possible de suivre, en précisant les avantages et les inconvénients. Enfin, nous vous demandons de répondre au bref questionnaire.

Pour vous simplifier la tâche, les questions de sondage se trouvent à la fin du document. Veuillez détacher la ou les pages et les envoyer par télécopie au numéro 1-613-992-3782, ou par la poste à l'adresse suivante :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Vous pouvez aussi participer au sondage en ligne au moyen de notre site Web interactif à l'adresse suivante : www.commissionsoinsdesante.ca

Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse et les résultats ne seront utilisés qu'à titre informatif. Ils permettront de voir comment les réponses des participants s'intègrent dans le contexte global de toutes les réponses reçues, et il ne leur sera attribué aucune valeur scientifique propre. Ces résultats ne seront que l'une des nombreuses sources d'information utilisées par la Commission dans son étude et son analyse du problème. Pour recevoir les autres titres de la série, veuillez nous écrire à l'adresse ci-dessus ou téléphoner au 1-800-793-6161. Voici la liste des autres titres :

- Les soins à domicile au Canada
- L'accès aux soins de santé au Canada
- L'assurance-médicaments au Canada
- Le choix des consommateurs dans le système des soins de santé au Canada
- La Loi canadienne sur la santé
- La viabilité du système de soins de santé au Canada
- La mondialisation et le système de soins de santé au Canada
- Les interventions médicalement nécessaires : quelles sont-elles et qui décide?

Nous vous remercions de votre contribution à l'avenir du système de soins de santé au Canada et nous espérons que ce document vous sera tout aussi utile que vos réponses le seront pour nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Roy Romanow

Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada

Il y a deux ans, la Régie de la santé du District de la capitale de Halifax a annoncé qu'il lui fallait de toute urgence 175 infirmières supplémentaires pour répondre à la demande dans ses hôpitaux. Par manque de chirurgiens, elle a aussi annulé un programme de transplantation de foie qui connaissait un franc succès. Le même phénomène se répète d'un bout à l'autre du Canada.

Les effectifs du système de santé du Canada sont devenus un énorme problème pour les gestionnaires et les responsables de politiques qui ont récemment identifié les ressources humaines comme étant leur plus grand défi des prochaines années. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de nombre : il faut également s'assurer que les travailleurs de la santé soient bien répartis dans les provinces et entre les régions urbaines, rurales et éloignées. Les infirmières et les médecins ne sont pas les seuls sujets de préoccupation. Beaucoup d'emplois dans le secteur de la santé demeurent vacants, que ce soit des postes dans des laboratoires médicaux et des centres de réadaptation, ou des postes d'opérateurs d'appareils pour le traitement du cancer.

La façon de s'attaquer à ce qui, pour certains, constitue une « crise » des ressources humaines génère beaucoup de discussions. Certains croient qu'il faudrait investir davantage dans l'éducation et l'embauche pour régler le problème. D'autres soutiennent qu'en réalité, nous n'avons pas besoin de plus de travailleurs — nous devons plutôt repenser nos modes de prestation des soins de santé.

Dans ce document, nous analysons si :

I. Le gouvernement devrait investir pour augmenter le nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers au Canada;

II. Les gouvernements et les employeurs du secteur de la santé devraient modifier les lois, les règlements et les contrats d'emploi afin de mieux ajuster les tâches des praticiens de la santé à leur formation;

III. Les gouvernements devraient recourir à des incitations financières pour mieux répartir les praticiens de la santé entre les provinces et à l'intérieur de celles-ci.

I Augmenter les effectifs médicaux et infirmiers

Les statistiques n'annoncent rien de bon au Canada. L'Association médicale de l'Ontario affirme, par exemple, que près d'un million d'Ontariens n'ont pas accès aux soins médicaux en temps opportun et que ce nombre pourrait grimper à deux millions d'ici 2010. De même, le Conseil consultatif sur la santé du premier ministre de l'Alberta signalait dans son rapport de 2001 que l'Alberta avait besoin de 333 médecins à plein temps de plus et qu'il lui en faudrait 1 329 supplémentaires au cours des quatre prochaines années — ce qui représente un bond de 29 %.

En 2000, le nombre d'infirmières diplômées oeuvrant dans le milieu des soins infirmiers a légèrement augmenté, passant de 74,6 par 10 000 Canadiens en 1999 à 75,4 en 2000. Cependant, ce nombre reste encore inférieur à celui du début des années 90.

Ces chiffres semblent grimper en flèche pour de nombreuses raisons. Les effectifs médicaux et infirmiers vieillissent, la formation dure plus longtemps, les travailleurs de la santé prennent leur retraite plus tôt qu'il y a 30 ans et il ne semble pas y avoir suffisamment de nouveaux diplômés pour les remplacer.

Plan d'action : Le gouvernement devrait investir pour augmenter le nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers au Canada.

Au cours des années 60, le gouvernement fédéral était d'avis que les 12 facultés de médecine du Canada et leurs 800 diplômés par année ne suffiraient pas pour s'occuper d'une population en pleine croissance : quatre nouvelles facultés de médecine ont donc ouvert leurs portes. En 1969, le nombre de nouveaux médecins doublait pour passer à 1 600 par année.

À la suite d'une étude d'envergure réalisée au début des années 90, on a conclu que nous avons trop de médecins et recommandé de réduire de 10 % le nombre d'étudiants en médecine. Ces réductions devaient toutefois être accompagnées de changements majeurs dans notre façon de recourir aux médecins et dans l'organisation du système de santé. Peu des autres changements ont été apportés. On a donc déduit que le plan est à l'origine de la pénurie de médecins, même si de nouvelles recherches indiquent que d'autres facteurs ont contribué à faire baisser le nombre de médecins actifs, y compris les départs à la retraite, la diminution du nombre des médecins immigrants et les diplômés en médecine qui poursuivent leur formation au lieu de commencer à pratiquer plus tôt.

Le nombre d'infirmières a aussi diminué au fil des ans. Entre 1995 et 1997, presque 10 % des nouvelles infirmières sont parties travailler aux États-Unis. Le nombre d'infirmières diplômées travaillant à plein temps au Canada a diminué de 8,5 % entre 1990 et 1997 (sauf au Québec où l'on ne disposait pas de statistiques). Les lourdes compressions budgétaires imposées aux hôpitaux au milieu des années 90 ont raréfié les postes, l'inscription dans les écoles d'infirmières a dégingolé de façon spectaculaire et plus de diplômées sont parties travailler à l'étranger. Afin de satisfaire aux exigences croissantes d'éducation, les infirmières ont passé plus de temps qu'auparavant en formation.

Des mesures ont déjà été prises pour augmenter le nombre de médecins et d'infirmières diplômés au Canada — les facultés admettent plus d'étudiants et une nouvelle faculté de médecine (visant à former des médecins disposés à travailler à l'extérieur des grandes villes) ouvrira ses portes dans le nord de l'Ontario en 2004.

Il faut d'abord nous entendre sur ce qu'est le « bon » nombre de soignants — certains affirment que nous en avons assez et qu'il suffit d'utiliser avec plus d'efficacité ceux que nous avons déjà. Si l'on reconnaît que plus de médecins et d'infirmières sont nécessaires, nous devrions encourager les étudiants à s'orienter dans les soins de santé en facilitant l'accès aux prêts étudiants et élaborer des programmes d'incitations à l'intention des groupes minoritaires du Canada.

À court terme, on pourrait recruter des médecins et des infirmières à l'étranger — même si l'on considère souvent que c'est « braconner » des diplômés dans des pays qui en ont déjà désespérément besoin. On pourrait aussi essayer de rapatrier les professionnels de la santé canadiens installés à l'étranger.

Il faudrait intégrer des facteurs comme l'argent, des postes à plein temps, des conditions de travail, des services de soutien et beaucoup d'autres dans les politiques sur les soins de santé afin de recruter, de garder et de rapatrier des médecins et des infirmières.

ARGUMENTS FAVORABLES

Comparativement à la plupart des pays industrialisés, nos effectifs ne sont pas nombreux. Comparés aux autres membres de l'Organisation de coopération et de développement économique, nos ratios médecins et infirmières par 1 000 habitants sont bas. En 1999, nous comptons seulement 2,1 médecins pour 1 000 habitants, soit le tiers de moins que la moyenne de l'OCDE qui est de 3,0. Dans le cas des infirmières, le ratio a augmenté dans la plupart des pays au cours des années 90, mais il a diminué au Canada après 1992.

L'augmentation du nombre de professionnels réduirait le stress général. Beaucoup de médecins et d'infirmières travaillent de longues heures et en souffrent souvent : chaque jour, environ 8,4 % des infirmières à plein temps sont absentes du travail pour cause de maladie ou d'incapacité, ce qui est à peu près deux fois plus que les autres travailleurs de la santé. Beaucoup de médecins en régions rurales s'épuisent, car ils n'ont pas suffisamment de collègues avec qui partager de longues heures de garde. S'il y avait plus de médecins et d'infirmières dans l'ensemble, leur qualité de vie pourrait s'améliorer et devenir plus attrayante.

Plus de travailleurs permettraient aux docteurs et aux infirmières de travailler les heures qu'ils veulent. Bien des docteurs et des infirmières travaillent de trop longues heures. Engager plus de personnel leur permettrait de travailler des heures plus flexibles et gérables. Dans l'état actuel des choses, le nombre excessif pose un problème : environ 8,4 % des infirmières à plein temps sont absentes du travail pour cause de maladie ou d'incapacité, ce qui est à peu près deux fois plus que les autres travailleurs de la santé. Cette situation est causée entre autres par une demande psychologique en hausse, les heures supplémentaires et une moins grande satisfaction au travail. Beaucoup de médecins en régions rurales s'épuisent, car ils n'ont pas suffisamment de collègues avec qui partager de longues heures de garde.

Certaines stratégies visant à augmenter les effectifs pourraient résulter en de meilleures conditions de travail pour les infirmières. En essayant d'attirer de nouvelles recrues et en rapatriant les infirmières qualifiées qui ne pratiquent pas, il serait possible d'améliorer les conditions de travail des infirmières. Des questions comme la sécurité d'emploi, la sécurité au travail, l'appui des collègues, le contrôle de ses horaires et la reconnaissance pourraient être abordées afin de rendre les conditions de travail plus attrayantes.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Rien ne prouve clairement que l'augmentation des effectifs médicaux et infirmiers permettra de répondre aux besoins de la population canadienne dans le domaine de la santé. Plusieurs études dans lesquelles on proclame qu'il y a des pénuries de personnel signalent une baisse de l'offre d'infirmières et de médecins au lieu de déterminer combien il en faut en fonction de l'état de santé des Canadiens. La capacité du système de traiter la population ne repose pas seulement sur le nombre de travailleurs.

Cela coûterait cher. Dans un système qui a déjà de la difficulté à couvrir ses coûts, il est difficile de se donner les moyens de recruter plus de médecins et d'infirmières.

L'augmentation des effectifs ne réglera pas les problèmes de répartition. Former davantage de personnes n'entraînera pas nécessairement une augmentation des effectifs dans les régions mal desservies. Il faut investir dans l'éducation et la formation qui encourageront les personnes à travailler en régions rurales et éloignées.

De nouveaux modèles de soins permettraient de répondre aux besoins actuels sans augmenter considérablement le nombre de personnes formées. Une pratique où des infirmières praticiennes travaillent avec des médecins de famille peut, par exemple, accueillir de 25 à 50 % de patients de plus. On estime que 20 à 32 % des tâches des omnipraticiens pourraient être confiées à des infirmières praticiennes. Les infirmières auxiliaires autorisées ainsi que divers thérapeutes et techniciens pourraient eux aussi se charger d'une partie des tâches des infirmières diplômées.

L'exode des médecins n'est pas aussi grave qu'on le croit. Le nombre de médecins que nous perdons au profit d'autres pays diminue depuis quelques années, surtout lorsqu'on tient compte du nombre de médecins canadiens qui reviennent au pays. En 2000, la perte nette s'est élevée à 164, une baisse par rapport au record de 508 en 1996. De plus, nous avons accueilli 335 médecins comme immigrants reçus.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veillez consulter la page 11 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Changer les descriptions de tâches

Les modes d'administration des soins et par qui ils sont exécutés ont peu changé au fil des ans. Le sénateur Wilbert Keon — chef de la direction de l'Institut de cardiologie d'Ottawa — a déjà déclaré : « Nous avons trop de médecins qui font le travail d'une infirmière, trop d'infirmières qui font le travail d'une infirmière auxiliaire, et trop de techniciens qui font ce que devraient faire des commis et des administrateurs. »

Le Canada compte plus de 30 professions de la santé « réglementées », qui varient des médecins et des infirmières aux massothérapeutes et pédicures. Chacune est spécialisée, même si les compétences professionnelles et les rôles varient d'un bout à l'autre du pays et se chevauchent souvent. Un infirmier, un chiropraticien et un physiothérapeute peuvent travailler avec des patients qui ont des problèmes de dos. Les psychologues font une partie du travail des psychiatres. Les infirmières praticiennes, qui ont reçu une formation supplémentaire leur permettant de diagnostiquer des maladies bénignes, de surveiller des maladies chroniques stables, de commander certains examens et de rédiger certaines ordonnances, peuvent libérer les médecins afin de leur permettre de s'occuper de patients plus gravement malades.

Pourquoi donc ne pas utiliser les ressources de la façon la plus rentable possible pour que, par exemple, des médecins ne passent pas autant de temps à faire ce que des infirmières praticiennes peuvent faire? C'est en partie parce qu'on ne s'est pas beaucoup penché sur la façon de composer efficacement avec les compétences. Personne n'a précisé quand il serait préférable de laisser une infirmière praticienne traiter un patient qui a des problèmes de dos ou un psychologue plutôt qu'un psychiatre traiter un cas de maladie mentale.

Il y a aussi des problèmes légaux. Les travailleurs de la santé « réglementés » ont un permis d'exercice dont la nature consiste à restreindre certaines professions à certaines activités. Lorsqu'il s'agit de déterminer qui fait quoi, les tensions à l'intérieur des professions de la santé et entre elles ralentissent le changement — peu de professions veulent céder des tâches qui leur sont presque exclusives — tout comme les conventions collectives de longue date qui limitent qui peut faire quoi.

Le Québec a été la province qui a le mieux réussi à encourager les professions à collaborer dans le domaine des soins de première ligne. Ainsi, 20 % de ses médecins de famille travaillent dans des centres locaux de services communautaires (CLSC) en compagnie d'autres professionnels de la santé et offrent ainsi tout un éventail de services.

Plan d'action : Les gouvernements et les employeurs du secteur de la santé devraient modifier les lois, les règlements et les contrats d'emploi afin de mieux ajuster les tâches des praticiens de la santé à leur formation.

Il est possible de modifier les paramètres d'un emploi et les lois qui les régissent : Le Québec a proposé une mesure législative qui toucherait jusqu'à 120 000 travailleurs de 11 professions de la santé, dont les infirmières, les infirmières auxiliaires, les pharmaciens, les physiothérapeutes et les techniciens en radiologie. La redéfinition des rôles permettrait notamment aux médecins et aux infirmières de partager davantage de fonctions dans des domaines comme la chirurgie, la cardiologie et les soins intensifs néonataux. Les résultats semblent prometteurs — le Collège des médecins du Québec a donné son assentiment à ce projet de loi.

Ces réformes visent surtout les soins de première ligne — soit les soins de santé quotidiens habituellement administrés en cabinet privé par un médecin. En partageant leurs tâches avec tout un éventail de professionnels de la santé variant des infirmières aux psychologues en passant par les diététistes, les médecins de famille pourraient adhérer à des réseaux de soins fonctionnant 24 heures sur 24. Ce partage réduirait ainsi les pressions qui leur sont imposées individuellement et, probablement, sur le système en général. La demande dans les services d'urgence diminuerait si, par exemple, une infirmière praticienne était de garde à la clinique régulière du patient.

On pourrait même aller plus loin. Dans tout le système de santé, les descriptions de tâches reposeraient sur ce qu'un professionnel peut faire plutôt que sur ce qu'il est autorisé à faire. On pourrait jumeler des compétences spécialisées aux pratiques et les gens auraient plus de souplesse dans le type de travail qu'ils peuvent effectuer. Certains recevraient une formation polyvalente afin d'exécuter des interventions et de s'acquitter de fonctions dans deux disciplines ou plus. Un technicien en radiologie qui a aussi reçu une formation en échographie est un exemple de ces travailleurs « polyvalents ».

Le Réseau Santé familiale de l'Ontario et les CLSC du Québec pourraient servir de modèles et ainsi encourager les médecins à se joindre à d'autres médecins et professionnels de la santé pour dispenser en équipe des soins plus accessibles à leurs patients, en mettant l'accent sur la prévention et les soins intégrés.

ARGUMENTS FAVORABLES

En permettant à plus de gens d'offrir un éventail élargi de services, on améliorera l'accès aux soins de santé et aidera à régler les pénuries d'employés. Laisser des travailleurs de la santé accomplir un plus vaste éventail de tâches signifie qu'il serait plus facile d'offrir tous les services nécessaires, surtout dans les régions mal desservies.

La modification des règlements afin de permettre aux infirmières praticiennes d'utiliser toutes leurs compétences spécialisées pourrait accroître la rentabilité du système. Comme les médecins sont les mieux rémunérés de tous les travailleurs de la santé, les laisser s'occuper de tâches que l'on pourrait confier aux infirmières praticiennes (ou à d'autres professionnels) est une des façons les moins efficaces d'utiliser les ressources financières. Des études montrent que les patients sont plus satisfaits lorsqu'ils consultent une infirmière praticienne plutôt qu'un médecin, et que consulter un médecin (plutôt qu'une infirmière praticienne) ne débouche pas sur un état de santé meilleur.

Les provinces commencent déjà à agir en ce sens. L'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont modifié leurs lois afin que seules certaines tâches exigent un permis, et non des emplois complets. Cela signifie qu'un plus vaste éventail de personnes peut se charger de certaines tâches particulières (dans certains cas, il suffit au titulaire du permis de superviser les personnes qui exécutent la tâche).

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Les professionnels de la santé craignent que cela mine leur travail. Les travailleurs de la santé sont des professionnels dévoués qui ont reçu une solide formation; plusieurs résistent lorsqu'on leur laisse entendre que quelqu'un d'autre pourrait faire le travail aussi bien qu'eux. De nombreuses associations professionnelles augmentent graduellement le niveau de formation nécessaire pour pratiquer au lieu d'essayer de l'élargir. Les associations de médecins ne veulent pas voir diminuer le besoin de médecins et les infirmières diplômées essaient également de limiter les tâches que l'on consent à confier à des collègues dont la formation est moins poussée.

Les médecins pourraient perdre de l'argent. S'ils continuent d'être rémunérés en fonction du nombre de patients qu'ils traitent, et si des infirmières praticiennes se chargent des cas plus rapides et plus simples, les médecins pourraient alors perdre de l'argent parce qu'ils consacreront la majeure partie de leur temps à des cas plus longs et plus compliqués.

Si nous nous retrouvons avec deux ou trois professions différentes qui font le même travail, elles pourraient toutes s'attendre à toucher la même rémunération. Ce qui pourrait faire augmenter les coûts.

Réorganiser ainsi les effectifs obligerait à investir dans le recyclage professionnel. Les infirmières praticiennes, par exemple, ont une formation plus poussée que celle qui débouche sur le diplôme d'infirmière de base. Il pourrait en coûter très cher pour élargir le champ d'application de la formation d'autres professionnels.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veillez consulter les pages 11 et 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Répartir les travailleurs de la santé

Même si la Loi canadienne sur la santé promet une accessibilité universelle, la répartition des soins de santé est en fait très inégale au Canada. Les médecins recrutés et formés dans les grandes villes ne veulent pas travailler dans les petites. Les installations et le matériel onéreux sont concentrés dans les agglomérations urbaines très peuplées et les autres services sont éparpillés dans les régions rurales et éloignées. Le Canada doit trouver un moyen de répartir encore plus également les fournisseurs de soins de santé d'une province à l'autre et à l'intérieur de chaque province, de même qu'entre les régions urbaines, rurales et éloignées.

Plan d'action : Les gouvernements devraient recourir aux incitations financières pour mieux répartir les praticiens de la santé entre les provinces et à l'intérieur de celles-ci.

Le nombre de médecins et d'infirmières par habitant varie énormément d'un bout à l'autre du Canada. En 2000, on comptait en moyenne 94 médecins de famille pour 100 000 Canadiens, mais ce total est loin de présenter un tableau réaliste — à certains endroits, il y a plus de 140 médecins pour 100 000 habitants, contre moins de 70 ailleurs. Une autre statistique illustre un peu mieux le problème : le tiers de la population canadienne vit en milieu rural, où l'on ne trouve que 18,6 % des médecins de famille et 3,8 % des spécialistes.

On comptait en moyenne 754 infirmières pour 100 000 Canadiens en 2000 (contre 803 en 1994) : la fourchette s'étend d'un minimum de 333 au Nunavut à un maximum de 1 027 dans les Territoires du Nord-Ouest. La répartition est inégale même à l'intérieur des provinces. Sans oublier le problème constant du braconnage — les gros hôpitaux des grandes provinces peuvent souvent offrir des salaires et des primes qui, conjugués à l'attrait qu'exerce la vie dans une grande ville, entouré de matériel de haute technologie et d'une foule de collègues, détournent autant les médecins que les infirmières de la pratique en milieu rural.

Le Canada pourrait établir une stratégie pancanadienne de gestion des ressources humaines du secteur de la santé qui comprendrait des échelles de salaire nationales rajustées en fonction du coût de la vie plus élevé dans certaines régions. Ces mesures pourraient réduire la concurrence que se livrent les provinces pour attirer les travailleurs de la santé et aider à répartir les professionnels plus également d'un bout à l'autre du pays.

Les incitations financières — que l'on pourrait offrir aux praticiens avant et après la remise des diplômes — pourraient aussi améliorer la répartition. Ces incitations pourraient comprendre un revenu subventionné ou des contrats à revenu minimal garanti; des subventions, primes ou salaires spéciaux reliés au travail en région éloignée; des allocations de voyage; des subventions pour l'établissement de cabinets; des vacances payées et un supplément de revenu pour ceux qui vivent dans des endroits isolés. Il faudrait recourir à un assortiment d'incitations dépendamment de l'endroit où l'on aurait besoin de praticiens de la santé — que ce soit dans les régions rurales et éloignées ou dans une province mal desservie. Bien entendu, on peut aussi recourir à l'argent pour dissuader certains comportements : en 1982, le Québec a commencé à réduire de 30 % la rémunération des médecins s'ils travaillaient dans une région urbaine dans les trois ans suivant leur sortie de la faculté de médecine.

ARGUMENTS FAVORABLES

Les incitations financières ont produit des résultats dans certains cas. L'Alberta attire des infirmières et des médecins de la Saskatchewan et du Manitoba en les payant davantage. Le National Health Service Corps des États-Unis a montré que les incitations financières aident à recruter des médecins dans des régions mal desservies — environ 45 % des médecins qui ont reçu des incitations financières du National Health Service Corps ont travaillé dans des régions mal desservies, comparativement à 13 % de ceux qui n'en ont pas reçu.

Une stratégie nationale aiderait à éliminer le « braconnage » interprovincial. Si tous les professionnels de la santé touchaient le même salaire, les provinces plus pauvres n'auraient pas autant de difficulté à recruter des travailleurs.

Les incitations financières destinées aux étudiants qui ont grandi en milieu rural devraient donner des résultats. La recherche montre que le fait de grandir en milieu rural a beaucoup d'influence sur la décision d'un médecin de pratiquer dans cet environnement. Les étudiants en médecine originaires de régions rurales sont toutefois deux fois moins nombreux, compte tenu de la population globale. Les étudiants autochtones sont dans la même situation. Même si jusqu'à 50 % des médecins autochtones du Canada œuvrent dans le secteur des soins de santé autochtones où le manque de personnel est chronique, ils constituent moins du sixième de la population que les facultés de médecine devraient accueillir.

Dans certains cas, la salarisation des médecins pourrait augmenter le nombre de ceux qui sont disposés à pratiquer dans les régions rurales et éloignées. Dans les régions où il y a très peu de patients, le changement du mode de rémunération des médecins — la salarisation en remplacement de la rémunération à l'acte — pourrait permettre à plus d'un médecin de desservir une petite collectivité, ce qui allégerait le fardeau des périodes de garde et donnerait un plus grand sentiment d'appui professionnel.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Pour la plupart des médecins, les facteurs financiers ne constituent pas une priorité dans le choix de leur établissement. Pour les médecins qui cherchent du travail, les antécédents, les considérations familiales, l'appui professionnel, la charge de travail et la qualité de vie sont tous des facteurs plus importants.

Cela fait des décennies qu'on a recours aux incitations financières et il existe toujours un problème important de répartition. En Ontario, les subventions et les bourses d'études offertes aux infirmières ont réglé les problèmes de dotation à court terme seulement. Les milieux de travail de grande qualité réussissent bien plus que l'argent à attirer du personnel et à le garder.

Le problème réel est le maintien des effectifs, non le recrutement. Le Programme des services aux régions insuffisamment desservies de l'Ontario a offert plus d'argent aux médecins pour travailler dans des régions isolées, mais ils partaient habituellement une fois la subvention terminée. Les médecins quittent les régions rurales à cause de la charge de travail et des conditions de travail moins attrayantes, et non à cause de l'argent. Nous devons envisager des stratégies en vue d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie en dehors du travail si nous voulons attirer des professionnels en région rurale.

Les incitations financières désavantageront les provinces pauvres. Sauf si les incitations financières proviennent d'un fonds national, les provinces pauvres ne pourront offrir les mêmes incitatifs que les provinces riches.

Investir dans la télémédecine pourrait être plus efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les régions rurales et éloignées. La télémédecine ne peut pas remplacer le personnel, mais la plupart des recherches à ce jour indiquent qu'elle reste efficace pour les diagnostics, pour quelques traitements, pour les consultations, et pour le partage de renseignements. Elle permettrait de relier les communautés isolées à la plupart des expertises et informations disponibles ailleurs.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Remerciements

Ce document a été produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Les sujets et les plans d'action tiennent compte des questions clés qui ont été soulevées au cours des consultations que la Commission a tenues jusqu'ici et pour lesquelles la Fondation a pu trouver des conclusions de recherche pertinentes pour aider à éclairer le débat.

L'exactitude et l'impartialité du document ont été examinées par les experts suivants, mais la responsabilité finale incombe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

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

Owen Adams
Secrétaire-général adjoint, Recherche en politiques et planification
Association médicale canadienne

Alba Dicenso
Professeure, École de nursing
Université McMaster

Une bibliographie complète de la recherche utilisée pour préparer ces documents se trouve à : www.commissionsoinsdesante.ca.

INSTRUCTIONS DU SONDAGE

Veillez détacher les pages suivantes et nous les envoyer par télécopieur au :
(613) 992-3782

ou par la poste à :
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Pour plus d'informations :
Appeler sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca

Merci

Questions du Sondage

Pour chacune des questions suivantes, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée.

AUGMENTER LE NOMBRE DE MÉDECINS ET D'INFIRMIÈRES

| | Tout à fait en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Tout à fait en accord |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si le gouvernement investissait pour augmenter le nombre de médecins et d'infirmières travaillant au Canada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Les gouvernements devraient augmenter les dépenses en santé pour augmenter le nombre de médecins et d'infirmières travaillant au Canada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Il est plus important de mieux utiliser les professionnels de la santé déjà existants que d'augmenter le nombre de nouveaux professionnels de la santé au Canada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Améliorer les conditions de travail pour les professionnels de la santé est la meilleure façon de les garder au Canada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CHANGER LES DESCRIPTIONS D'EMPLOIS

| | Tout à fait en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Tout à fait en accord |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si les gouvernements et les employeurs du secteur de la santé changeaient les lois, les règlements et les contrats d'emploi pour mieux assortir les emplois des praticiens à leur formation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. On devrait permettre aux professionnels de la santé d'offrir tous les soins que leur formation leur permet d'offrir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je serais satisfait(e) de recevoir des soins prodigués par une infirmière plutôt que par un médecin, si cette infirmière était dûment formée pour s'occuper de mes soins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'aimerais que mon médecin de famille fasse partie d'un cabinet de groupe qui offrirait un meilleur accès aux services en dehors des heures régulières et où une gamme de professionnels de la santé pourraient s'occuper de moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DISTRIBUTION DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

| | Tout à fait en désaccord | En désaccord | Neutre | En accord | Tout à fait en accord |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si le gouvernement utilisait des incitatifs financiers pour mieux distribuer les praticiens de la santé entre les provinces. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Les gouvernements devraient augmenter les dépenses en santé pour offrir des incitatifs financiers pour mieux distribuer les praticiens de la santé entre les provinces et à l'intérieur de chaque province. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le Canada devrait établir des échelles de salaire nationales pour les professionnels de la santé, afin de réduire la concurrence entre les provinces pour attirer les professionnels de la santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le Canada devrait se concentrer sur l'amélioration de certains des facteurs qui rendent le travail dans les régions rurales et les régions éloignées moins attirant pour les praticiens de la santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMATION REQUISE POUR L'ANALYSE

Veillez nous fournir l'information suivante requise pour l'analyse. Merci.

Sexe : homme femme

Âge : 18 ans et moins 19 à 29 ans 30 à 49 ans 50 à 65 ans plus de 65 ans

Votre province ou territoire de résidence : _____

Suite ...

Revenu annuel total du ménage, avant déductions : (question optionnelle)

Choisissez :

- < 20 000 \$
- 20 000 \$ – 39 999 \$
- 40 000 \$ – 59 999 \$
- 60 000 \$ – 79 999 \$
- 80 000 \$ – 99 999 \$
- 100 000 \$ ou plus

Niveau de scolarité atteint : (question optionnelle)

Choisissez :

- Élémentaire
- Études secondaires
- Collège communautaire/technique ou CEGEP
- Grade supérieur
- Certificat professionnel
- Baccalauréat

Êtes-vous un professionnel de la santé? (question optionnelle)

- Oui
- Non

Au cours de la dernière année, combien de fois environ avez-vous recouru personnellement au système de soins de santé (par exemple, consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, période d'hospitalisation ou soins en salle d'urgence) : (question optionnelle)

Choisissez :

- de 0 à 3 fois
- de 4 à 6 fois
- de 7 à 9 fois
- 10 fois ou plus

**Commission sur l'avenir
des soins de santé au Canada**

81, rue Metcalfe, bureau 800

Ottawa (Ontario)

Canada K1P 6K7

Sans frais 1-800-793-6161

www.commissionsoinsdesante.ca