



**ÉTUDE DOCUMENTAIRE ET ANALYSE DU
CONTEXTE ENTOURANT LES PRATIQUES
PRIVILÉGIÉES DE DÉPLOIEMENT DES
RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET LES
OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION -
RAPPORT FINAL**

Présenté par North South Group Inc.
Contrat H 654130-15
Rapport final

Le 28 juin 2004

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs/chercheurs et ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.
© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	2
1.0 INTRODUCTION	5
1.1 Contexte	5
1.2 Portée du projet	6
1.3 Remerciements	7
2.0 ÉTUDE DOCUMENTAIRE	
2.1 Approche et méthodologie	8
2.2 Constatations	16
2.2.1 Pratiques de déploiement des RHS en vigueur au Canada	16
2.2.2. Pratiques internationales relatives aux RH	38
2.2.3 Outils d'aide à la décision	50
2.3 Synthèse et inventaire	56
2.3.1 Pratiques de déploiement des RHS	56
2.3.2 Outils d'aide à la décision	65
3.0 ANALYSE DU CONTEXTE	68
3.1 Approche et méthodologie	68
3.2 Constatations	69
3.2.1 Pratiques canadiennes de déploiement des RHS	70
3.2.2 Pratiques internationales de déploiement des ressources humaines en santé (RHS) ..	85
3.2.3 Outils d'aide à la décision	91
3.3 Synthèse et inventaire des pratiques privilégiées de déploiement et des outils d'aide à la décision	96
4.0 CONCLUSIONS, FACTEURS CRITIQUES DE SUCCÈS ET RECOMMANDATIONS	123
4.1 Conclusions	123
4.2 Facteurs critiques de succès	124
4.2.1 Pratiques privilégiées de déploiement	124
4.2.2 Outils d'aide à la décision	125
4.3 Recommandations	126
BIBLIOGRAPHIE	128
ANNEXE A	147
ANNEXE B	151
ANNEXE C	155

SOMMAIRE

Les pénuries et les déséquilibres actuels et imminents touchant l'offre de dispensateurs de soins de santé ont été bien documentés, tant au Canada qu'à l'échelle internationale. Alors que l'on modifiait l'organisation et la structure de prestation des soins au Canada, beaucoup d'administrations ont réévalué leurs méthodes de déploiement des ressources humaines en santé (RHS) dans le but de trouver des moyens différents et innovateurs de régler ces pénuries et déséquilibres causés par le nombre, l'éventail et la répartition inappropriés des fournisseurs de soins de santé ainsi que d'élaborer de nouveaux modèles organisationnels de prestation.

Dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, on demandait aux ministres de la Santé d'élaborer « des stratégies de collaboration pour améliorer les données qui permettent la planification à l'échelle nationale, pour favoriser l'interdisciplinarité des fournisseurs de soins par le biais de l'éducation, pour améliorer le recrutement et le maintien en poste et pour assurer une relève suffisante ». Par conséquent, le gouvernement du Canada a engagé annuellement un montant de 20 millions de dollars pour appuyer la planification et la coordination nationales des ressources humaines en santé ainsi que pour promouvoir les activités de recherche et d'évaluation.

Afin d'encourager le renforcement de pratiques efficaces de déploiement des RHS, la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé de Santé Canada a passé un contrat avec North South Group, Inc. pour la réalisation d'une étude documentaire et d'une analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées et les outils d'aide à la décision liés au déploiement des ressources humaines en santé.

Le but du projet était d'aider Santé Canada à réaliser les grands objectifs suivants :

- partager de l'information sur les pratiques privilégiées en matière de déploiement des ressources humaines en santé et encourager la mise en application de celles pouvant se révéler indiquées dans chaque contexte particulier;
- cerner les outils d'aide à la décision qui pourraient contribuer de façon positive aux initiatives de déploiement grâce à l'utilisation optimale des fournisseurs de soins de santé disponibles.

Le projet prévoyait plus précisément l'étude documentaire d'un échantillon choisi d'ouvrages publiés et de littérature grise du Canada et de l'étranger, de même qu'une analyse du contexte réalisée au moyen d'entrevues ciblées avec des informateurs clés.

L'étude documentaire a été conçue à partir des spécifications relatives à l'emplacement géographique, au type de services de santé offerts, au cadre de prestation et au groupe professionnel des ressources humaines en santé, de manière à cerner et à évaluer les pratiques privilégiées de déploiement. Quant à l'examen des outils d'aide à la décision, il a mis l'accent sur les types précis

de dispensateurs de soins et de cadres de prestation. La démarche a englobé les 14 administrations canadiennes et cinq administrations internationales (les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Australie et la Nouvelle-Zélande). L'étude a permis de confirmer le consensus au sujet d'un certain nombre de tendances sous-jacentes, mais elle a révélé une pénurie d'outils d'aide à la décision pour appuyer les décisions relatives au déploiement des ressources. La majeure partie des documents examinés traitaient du rôle des médecins et des infirmières, mais les autres dispensateurs de soins n'y recevaient qu'une attention secondaire. Parmi les principales stratégies découlant de l'étude et décrites aux présentes, mentionnons la redéfinition des rôles des professionnels de la santé, l'optimisation des efforts en vue d'élargir au maximum le cadre des fonctions des dispensateurs de soins et la promotion de la collaboration interdisciplinaire. Les tendances générales suivantes en matière de déploiement des RHS ressortent des documents canadiens et internationaux : recours à des équipes multidisciplinaires pour la prestation des services de soins de santé; stratégies de substitution; recrutement externe de RHS; élargissement du cadre des fonctions de certains dispensateurs de soins; services partagés et applications de télémédecine et de télésanté. L'étude documentaire n'a pas permis de cerner beaucoup d'outils d'aide à la décision, et ceux qui ont été dégagés étaient des modèles théoriques.

Les conclusions de l'analyse du contexte sont conformes à celles de l'étude documentaire; elles définissent au chapitre du déploiement des ressources humaines plusieurs tendances dominantes qui représentent des changements par rapport aux modèles de pratique traditionnels. Les stratégies clés de déploiement sont la substitution, les cadres de fonctions élargis et les modèles de prestation faisant appel à des équipes. Parmi les autres tendances révélées par l'analyse du contexte, mentionnons l'exercice du plein cadre des fonctions par les professionnels de la santé; la plus grande utilisation des infirmières praticiennes pour la prestation des soins de santé primaires (SSP), le recours à des infirmières ayant un cadre de fonctions élargi, l'utilisation de la télésanté et de la télémédecine pour accroître l'accès aux services de santé, particulièrement dans les collectivités éloignées ou isolées, le recours aux intervenants des services paraprofessionnels, l'utilisation accrue des « aides » ainsi que d'autres initiatives. Des programmes d'enseignement qui visent à soutenir les approches axées sur la collaboration et l'élargissement du cadre des fonctions des dispensateurs de soins de santé ont été mis en place. On s'efforce également de recruter du personnel dans les collectivités rurales et isolées et de lui offrir une formation théorique et pratique sur place, afin d'encourager et d'accroître le nombre de dispensateurs de soins dans ces régions mal desservies.

Le présent rapport renferme une description détaillée de ces tendances en matière de déploiement, qui sont présentées selon les dispensateurs et les cadres de prestation de soins ciblés, de même que des pratiques en vigueur dans les administrations fédérale, provinciales et territoriales du Canada et des expériences innovatrices menées sur la scène internationale.

Le rapport se termine par une analyse des principales constatations, un examen des facteurs critiques de succès ainsi que des recommandations, parmi lesquelles on retrouve la nécessité de « reconceptualiser » les modèles de prestation des services, y compris le déploiement des

ressources humaines en santé, à la lumière des changements apportés à l'organisation des soins. Nous recommandons aussi l'adoption d'un nouveau cadre stratégique en matière de main d'œuvre qui encourage efficacement les pratiques innovatrices et adaptées de déploiement et qui tienne compte de nouvelles définitions des rôles. Il importe à notre avis d'axer dorénavant la planification sur les services de santé plutôt que sur l'offre de professionnels de la santé et d'assurer ces services à l'aide de l'éventail optimal de dispensateurs de soins. D'après les résultats de l'étude, le plus souvent, les outils d'aide à la décision ne sont pas utilisés pour éclairer les grandes décisions stratégiques en matière de déploiement, et ils devraient être fondés sur des recherches claires reposant sur des données probantes.

1.0 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Les pénuries et les déséquilibres actuels et imminents dans l'offre de dispensateurs de soins de santé ont été bien documentés et soulèvent de grandes préoccupations, tant au Canada qu'à l'étranger. Au cours de la dernière décennie, on a considérablement modifié l'organisation et la structure de prestation des soins de santé au Canada, et beaucoup d'administrations ont dû examiner de près leurs méthodes de déploiement des ressources humaines en santé (RHS) dans le but de trouver des moyens différents et innovateurs de régler les pénuries et déséquilibres sur le plan de l'éventail et de la répartition géographique des dispensateurs de soins de santé ainsi que de réagir aux nouveaux modèles organisationnels de prestation.

Dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, on demandait aux ministres de la Santé d'élaborer « des stratégies de collaboration pour améliorer les données qui permettent la planification à l'échelle nationale, pour favoriser l'interdisciplinarité des fournisseurs de soins par le biais de l'éducation, pour améliorer le recrutement et le maintien en poste et pour assurer une relève suffisante ». Par conséquent, le gouvernement du Canada a engagé annuellement un montant de 20 millions de dollars pour appuyer la planification et la coordination nationales des ressources humaines en santé ainsi que pour promouvoir les activités de recherche et d'évaluation.

Les initiatives de déploiement visent avant tout à trouver des moyens d'équilibrer la répartition géographique et l'éventail des fournisseurs de services, de même qu'à permettre aux dispensateurs de soins de santé d'assumer le plein cadre de leurs fonctions. L'élaboration et l'utilisation de stratégies de déploiement est jugée primordiale pour mettre fin aux pénuries dans certains groupes professionnels et spécialisés. De même, la mise en place de stratégies visant à redresser les déséquilibres sur le plan du nombre de travailleurs de la santé disponibles dans les régions rurales, éloignées et isolées, dans les quartiers défavorisés des centres-villes, dans les communautés inuites et des Premières nations ainsi que dans certains services précis comme les soins de santé primaires, la santé autochtone et les soins à domicile ou dans divers cadres de pratique (hôpitaux, établissements de soins prolongés, milieu communautaire et organismes de santé publique) est tout aussi importante pour régler les iniquités et les problèmes d'accès.

La planification et la gestion efficaces des ressources humaines en santé est essentielle au fonctionnement optimal des systèmes de santé, y compris au rapprochement optimal des besoins épidémiologiques de la population et d'une cohorte bien formée, compétente et motivée de professionnels de la santé. Cela englobe aussi bien un nombre et une répartition géographique appropriés que la rationalisation du type et du niveau de services. En fait, peu de pays ont atteint ces conditions optimales et offrent un nombre et une répartition géographique de professionnels qui permet de répondre aux besoins de la population et d'assurer un accès juste et équilibré aux services de santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les systèmes de santé sont très exigeants en main d'œuvre et les salaires et avantages sociaux représentent près de 75 % des dépenses totales vouées

à la santé. Ces coûts sont étroitement liés à la façon dont les ressources humaines sont organisées et déployées. Au sein des services de santé communautaires, qui reposent moins sur l'infrastructure technologique, les ressources humaines représentent une proportion encore plus élevée des coûts totaux des soins.

Il importe donc de souligner l'importance de la gestion stratégique des ressources humaines dans la réforme du secteur de la santé et le fait que les méthodes utilisées pour assurer cette gestion jouent un rôle déterminant dans la réalisation ou la non-réalisation des objectifs du système de santé.

1.2 PORTÉE DU PROJET

Afin d'encourager le renforcement de pratiques efficaces de déploiement des RHS, la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé de Santé Canada a passé un contrat avec North South Group, Inc. pour la réalisation d'une étude documentaire et d'une analyse du contexte entourant les pratiques privilégiées et les outils d'aide à la décision liés au déploiement des ressources humaines en santé.

Le but du projet était d'aider Santé Canada à réaliser les grands objectifs suivants :

- partager de l'information sur les pratiques privilégiées en matière de déploiement des ressources humaines en santé et encourager la mise en application de celles pouvant se révéler indiquées dans chaque contexte particulier;
- cerner les outils d'aide à la décision qui pourraient contribuer de façon positive aux initiatives de déploiement grâce à l'utilisation optimale des fournisseurs de soins de santé disponibles.

Le projet prévoyait plus précisément l'étude documentaire d'un échantillon choisi d'ouvrages publiés et de littérature grise du Canada et de l'étranger, de même qu'une analyse du contexte réalisée au moyen d'entrevues ciblées avec des informateurs clés.

Pour ce projet, Santé Canada nous a fourni les définitions suivantes.

Déploiement

- Utilisation optimale des ressources humaines en santé et des ressources technologiques disponibles pour réduire les déséquilibres sur le plan de la répartition géographique des services et de l'éventail des dispensateurs de soins
- Mise sur pied de projets créatifs et innovateurs afin de maximiser le cadre des fonctions des dispensateurs de soins de santé
- Utilisation de l'éventail optimal de dispensateurs de soins de santé pour répondre aux besoins locaux, soutenir le système de santé et obtenir les meilleurs résultats globaux
- Utilisation des ressources existantes grâce à leur déplacement physique ou à l'utilisation de la technologie, des télécommunications ou d'autres techniques pour dispenser des services de santé dans les secteurs sous-desservis

Le déploiement n'inclut pas le recours à des incitatifs, financiers ou autres, pour recruter des dispensateurs de soins de santé.

Outils d'aide à la décision

- Outils de mesure de la charge de travail ou autres outils qui contribuent de façon positive aux initiatives de déploiement grâce à une utilisation optimale des ressources humaines en santé
- Outils permettant de déterminer de façon objective le nombre total d'heures de soins (services directs et indirects) que nécessitent les clients ainsi que le nombre et le type de dispensateurs de soins de santé en mesure d'offrir ces services
- Outils pouvant aider les employeurs à déterminer la meilleure façon d'utiliser les ressources humaines en santé

Pratique privilégiée

- Initiative ou mesure que prennent le plus fréquemment les employeurs pour régler une question de déploiement

Employeurs

- Tous ceux qui embauchent des professionnels de la santé, comme les gouvernements et les administrateurs des soins de santé

1.3 REMERCIEMENTS

Les membres de l'équipe responsable du projet tiennent à remercier M^{me} Suzanne Larente et M. David Moore de les avoir guidés au cours de l'étude et de leur avoir fourni des ressources et des contacts très utiles.

Nous aimerions également profiter de l'occasion pour remercier toutes les personnes qui ont répondu au sondage d'y avoir consacré un temps précieux au cœur de leurs responsabilités professionnelles très prenantes ainsi que de la profusion d'information qu'ils nous ont fournie. Nous assumons la responsabilité de toute erreur ayant pu se produire dans l'interprétation des renseignements livrés lors des entrevues téléphoniques, étant donné que le calendrier du projet n'a pas permis aux répondants d'en vérifier les sommaires.

2.0 ÉTUDE DOCUMENTAIRE

2.1 APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE

Pour effectuer l'étude documentaire, nous avons dû examiner les pratiques privilégiées de déploiement des ressources humaines en santé et les outils d'aide à la décision qui aident ou qui pourraient aider les employeurs à déterminer la meilleure façon d'utiliser les RHS au Canada.

L'étude documentaire a été conçue à partir des spécifications relatives à l'emplacement géographique, au type de services de santé offerts, au cadre de prestation et au groupe professionnel des ressources humaines en santé, de manière à cerner et à évaluer les pratiques privilégiées de déploiement. Quant à l'examen des outils d'aide à la décision, il a mis l'accent sur les types précis de dispensateurs de soins de santé et de cadres de prestation. La démarche a englobé les 14 administrations canadiennes, cinq administrations internationales (les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) ainsi que certains organismes internationaux choisis, dont nous avons examiné les pratiques privilégiées de déploiement. Nous avons effectué des recherches dans des bases de données ainsi que des recherches bibliographiques de documents nationaux et internationaux publiés, de même qu'une recherche manuelle et un examen de la « littérature grise ». Afin que l'étude couvre le plus vaste champ possible, nous avons adopté une approche libérale pour choisir aussi bien les ouvrages publiés (citations et résumés analytiques) que la littérature grise (pour laquelle nous avons surtout fait appel à des recherches sur le Web) qui feraient l'objet de notre examen. Cela nous a permis d'examiner environ trois fois plus de documents que ce qui était exigé dans le cadre de notre mandat.

L'examen de « littérature grise » et de documents provenant d'autres sources (p. ex., associations professionnelles, ministères, organismes de soins de santé, organismes internationaux) a été entravé par le fait que le principal moteur de recherche que nous prévoyions utiliser, la base de données CABOT (de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé), faisait l'objet d'une importante mise à jour et n'était censée redevenir opérationnelle qu'à la fin d'avril. À la mi-mai, comme elle n'était toujours pas fonctionnelle, les membres de l'équipe du projet ont décidé d'effectuer une recherche manuelle afin de cerner de la « littérature grise » et d'autres rapports répondant aux critères définis. Ils ont donc dépouillé les sites Web des ministères de la Santé des 14 administrations canadiennes et des cinq pays visés par l'étude (les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) à la recherche de publications, d'annonces ou de rapports pertinents, de même que les sites Web d'organismes fédéraux, d'organisations professionnelles (fédérales, provinciales et internationales) et d'établissements de recherche.

Le tableau qui suit (Tableau 1) expose plus de détails le point de mire, l'ampleur et la portée de l'étude documentaire.

Tableau 1 - Méthodologie employée pour l'étude documentaire

	PRATIQUES PRIVILÉGIÉES DE DÉPLOIEMENT	OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION
<i>POINT DE MIRE</i>	<p><u>Situation géographique</u> secteurs ruraux, éloignés ou isolés; quartiers défavorisés des centres-villes; communautés inuites et des Premières nations (dans les réserves et hors des réserves)</p> <p><u>Type de soins de santé</u> soins primaires; santé autochtone; soins à domicile; santé mentale</p> <p><u>Lieu de prestation des soins</u> Hôpitaux; établissements de soins de longue durée; milieu communautaire; agences de santé publique</p> <p><u>Catégorie ou groupe professionnel des ressources humaines en santé</u> infirmières (y compris infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées); médecins de famille; pharmaciens; technologues en diagnostic médical (y compris technologues de laboratoire médical et technologues en radiation médicale); spécialistes en réadaptation (y compris physiothérapeutes et ergothérapeutes); intervenants (y compris préposés aux soins personnels et auxiliaires familiales)</p>	<p><u>Type de soins de santé</u> soins primaires; santé publique; santé communautaire</p> <p><u>Catégorie ou groupe professionnel des ressources humaines en santé</u> infirmières (y compris infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées); médecins de famille; pharmaciens; technologues en diagnostic médical (y compris technologues de laboratoire médical et technologues en radiation médicale); spécialistes en réadaptation (y compris physiothérapeutes et ergothérapeutes); intervenants (y compris préposés aux soins personnels et auxiliaires familiales)</p>

AMPLEUR	Canada 14 administrations (l'ensemble des provinces et des territoires et le gouvernement fédéral) Scène internationale Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis, France, OMS et autres organismes internationaux	Canada 14 administrations (l'ensemble des provinces et des territoires et le gouvernement fédéral)
PORTÉE	Ouvrages publiés et littérature grise (du Canada et de l'étranger) portant sur le déploiement des ressources humaines en santé	Ouvrages publiés et littérature grise (du Canada) portant sur l'utilisation des outils d'aide à la décision

Documents publiés / Stratégie de recherche dans les bases de données

À partir de la terminologie employée dans la Demande de propositions, nous avons formé de grands groupes de termes, ou « volets », pour lesquels nous avons ensuite défini des *Medical Subject Headings* (termes utilisés par Medline pour catégoriser le contenu des citations) et des mots clés (termes apparaissant dans le titre, la vedette matière MeSH ou le résumé analytique d'un article). Toutes nos recherches se sont limitées aux articles publiés entre 1994 et 2004 se trouvant dans la base de données Medline.

Nous avons utilisé les combinaisons de mots clés suivantes pour rechercher les articles canadiens rédigés en anglais.

- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada, Ressources humaines en santé et Innovation (605 citations trouvées)
- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada, Ressources humaines en santé et Outils d'aide à la décision (89 citations trouvées)
- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada, Ressources humaines en santé et Secteurs sous-desservis (207 citations trouvées)
- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada, Ressources humaines en santé et Cadres de pratique (521 citations trouvées)

En raison du grand nombre de citations obtenues lorsque nous avons élargi les paramètres de recherche pour inclure les articles en anglais publiés sur la scène internationale, nous avons fait ces recherches à l'aide d'une option de la base de données Medline qui permet de se limiter aux articles qui résument des documents publiés (articles de synthèse), en utilisant les combinaisons de mots clés suivantes.

- Articles de synthèse contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : International, Ressources humaines en santé et Innovation (565 articles trouvés).
- Articles de synthèse contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : International, Ressources humaines en santé et Outils d'aide à la décision (34 articles trouvés)
- Articles de synthèse contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : International, Ressources humaines en santé et Secteurs sous-desservis (100 articles trouvés)
- Articles de synthèse contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : International, Ressources humaines en santé et Cadres de pratique (496 articles trouvés)

Nous avons également choisi des articles en français en combinant le volet Canada et la vedette matière MeSH « français » pour effectuer les recherches suivantes.

- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada (suivi de « français »), Ressources humaines en santé et Innovation (82 citations trouvées)
- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada (suivi de « français »), Ressources humaines en santé et Outils d'aide à la décision (4 citations trouvées)
- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada (suivi de « français »), Ressources humaines en santé et Secteurs sous-desservis (12 citations trouvées)
- Citations contenant au moins un terme dans chacun des volets suivants : Canada (suivi de « français »), Ressources humaines en santé et Cadres de pratique (145 citations trouvées)

Le tableau qui suit (Tableau 2) indique les vedettes-matières MeSH et les mots clés utilisés.

Tableau 2 - Vedettes-matières MeSH et mots clés utilisés

Volet	Vedettes-matières MeSH	Mots clés
Ressources humaines en santé	Health manpower (<i>main d'œuvre du secteur de la santé</i>) Delivery of health care, integrated (<i>prestation des soins de santé, intégrée</i>) Nursing staff (<i>personnel infirmier</i>) Medical staff (<i>personnel médical</i>) Health personnel (<i>personnel du secteur de la santé</i>) Professional practice (<i>exercice professionnel</i>) Personnel management (<i>gestion du personnel</i>)	Health human resources (<i>ressources humaines en santé</i>) Health care provider (<i>dispensateur de soins de santé</i>) Health care professional (<i>professionnel des soins de santé</i>) Human resources (<i>ressources humaines</i>)
	Nurses (<i>infirmières</i>) Nurse Practitioners (<i>infirmières praticiennes</i>) Physicians, Family (<i>médecins, famille</i>) Pharmacists (<i>pharmaciens</i>) Laboratory personnel (<i>personnel de laboratoire</i>) Mental health services (<i>services de santé mentale</i>) Physical Therapy (specialty) (<i>physiothérapie - spécialité</i>) Occupational Therapy (<i>ergothérapie</i>) Nurses' Aides (<i>aides-infirmières</i>) Homemaker services (<i>services d'auxiliaire familiale</i>) Home care services (<i>services de soins à domicile</i>) Primary Health Care (<i>soins de santé primaires</i>) Family practice (<i>médecine familiale</i>) Community health centres (<i>centres de santé communautaire</i>) Community health services (<i>services de santé communautaire</i>) Patient care team (<i>équipe de personnel soignant</i>)	Registered nurse (<i>infirmière autorisée</i>) Nurse practitioner (<i>infirmière praticienne</i>) Licensed practical nurse (<i>infirmière auxiliaire autorisée</i>) Registered psychiatric nurse (<i>infirmière psychiatrique autorisée</i>) Medical diagnostic technologist (<i>technologue en diagnostic médical</i>) Medical laboratory technologist (<i>technologue de laboratoire médical</i>) Medical radiation technologist (<i>technologue en radiologie médicale</i>) Mental health worker (<i>travailleur en santé mentale</i>) Mental health provider (<i>intervenant en santé mentale</i>) Rehabilitation worker (<i>spécialiste en réadaptation</i>) Physiotherapist (<i>physiothérapeute</i>) Occupational therapist (<i>ergothérapeute</i>) Support worker (<i>intervenant</i>) Personal attendant (<i>préposé aux soins personnels</i>) Homemaker (<i>auxiliaire familiale</i>)

Innovation	Health care reform (<i>réforme des soins de santé</i>) Organizational innovation (<i>innovation organisationnelle</i>) Continuity of patient care (<i>continuité des soins au patient</i>) Comprehensive health care (<i>soins de santé complets</i>) Models, organizational (<i>modèles, organisationnels</i>) Pilot projects (<i>projets pilotes</i>)	Mix of providers (<i>éventail de fournisseurs</i>) Scope of practice (<i>cadre des fonctions</i>) Preferred practices (<i>pratiques privilégiées</i>) Initiative Optimization (<i>optimisation</i>) Innovation
Outils d'aide à la décision	Workload (<i>charge de travail</i>) Task performance and analysis (<i>accomplissement et analyse des tâches</i>)	Workload measurement (<i>mesure de la charge de travail</i>) Decision support tools (<i>outils d'aide à la décision</i>) Care hours (<i>heures de soins</i>)
Secteurs sous-desservis	Rural health services (<i>services de santé rurale</i>) Telemedicine (<i>télémedecine</i>) Medically underserved area (<i>régions mal desservies sur le plan médical</i>) Indians, North American (<i>Indiens, Amérique du Nord</i>) Inuits	Inner-city (<i>quartiers défavorisés des centres-villes</i>) Underserved (<i>mal desservi</i>) Underserved (<i>mal servi</i>) First Nations (<i>Premières nations</i>) Inuit Aboriginal (<i>Autochtone</i>)
Canada	Canada British Columbia (<i>Colombie-Britannique</i>) Alberta Saskatchewan Manitoba Ontario Québec Prince Edward Island (<i>Île-du-Prince-Édouard</i>) Nova Scotia (<i>Nouvelle-Écosse</i>) New Brunswick (<i>Nouveau-Brunswick</i>) Newfoundland and Labrador (<i>Terre-Neuve-et-Labrador</i>) Northwest Territories (<i>Territoires du Nord-Ouest</i>) Yukon Territory (<i>Territoire du Yukon</i>) Nunavut	Canadian (<i>canadien</i>)

Scène internationale	United States (<i>États-Unis</i>) Great Britain (<i>Grande-Bretagne</i>) England (<i>Angleterre</i>) Wales (<i>Pays de Galles</i>) Scotland (<i>Écosse</i>) Northern Ireland (<i>Irlande du Nord</i>) Australia (<i>Australie</i>) New Zealand (<i>Nouvelle-Zélande</i>) France World Health Organization (<i>Organisation mondiale de la santé</i>)	United Kingdom (<i>Royaume-Uni</i>)
Cadres de pratique	Hospitals (<i>hôpitaux</i>) Long-term care (<i>soins de longue durée</i>) Home nursing (<i>soins infirmiers à domicile</i>) Home care services (<i>services de soins à domicile</i>) Community health nursing (<i>soins infirmiers en santé communautaire</i>) Skilled nursing facilities (<i>établissements de soins infirmiers spécialisés</i>) Community health services (<i>services de santé communautaire</i>) Community health nursing (<i>soins infirmiers en santé communautaire</i>) Public Health (<i>santé publique</i>)	

Sélection et examen des citations et des résumés analytiques

Lors du premier examen des citations et des résumés analytiques, les membres de l'équipe du projet ont constaté que la recherche n'avait pas permis de cerner un ensemble de publications traitant directement des « pratiques privilégiées de déploiement » (*preferred practices of deployment*) et des « outils d'aide à la décision » (*decision support tools*) utilisés à l'appui du déploiement. Ils ont donc confié à trois chercheurs le soin de passer en revue chaque citation et chaque résumé afin de déterminer les sources pertinentes; celles choisies ont été jugées pertinentes à deux reprises au moins.

Tableau 3 - Documents publiés / Sélection des citations étudiées

Recherche	Nombre de citations et de résumés examinés	Nombre de documents choisis et examinés
Déploiement des RHS au Canada	1226	48
Déploiement des RHS sur la scène internationale	1161	22
Outils d'aide à la décision - Canada et scène internationale	123	4
TOTAL	2510	74
<i>Remarque : Dans le cas des catégories susmentionnées, le nombre de citations indiqué représente le nombre de citations uniques. Dans certains cas, cependant, plus d'une recherche dans les bases de données a mené à la même citation.</i>		

Littérature grise / Stratégie de recherche manuelle

La recherche manuelle de littérature grise a englobé les publications, documents de politique, documents de recherche, annonces et autres documents publiés dans les sites web. Il a été convenu que les sites des ministères de la Santé de chaque administration serviraient de point de départ pour la recherche. Dans les sections Publications ou Rapports de chaque site, on a recherché des titres incluant les termes ou les mots clés définis dans le Tableau 2. Les chercheurs ont également suivi tous les liens pertinents entre ces sites web et ceux d'autres ministères, organismes ou associations afin d'y effectuer une recherche similaire de rapports pertinents ainsi que de personnes qui pourraient être contactées dans le cadre du sondage téléphonique rattaché à l'analyse du contexte. Les documents ainsi repérés étaient parcourus par le chercheur principal pour qu'il en détermine la pertinence et, s'ils comportaient un résumé analytique ou un sommaire, celui-ci était imprimé pour être passé en revue par un deuxième membre de l'équipe de recherche avant d'être téléchargé et imprimé pour faire l'objet d'une lecture plus approfondie puis d'un résumé pour le présent rapport d'étude documentaire. Nous avons visité quelques 95 sites Web primaires, examiné plus de 1 700 titres pour en vérifier la pertinence ainsi que lu et résumé au moins 80 rapports en vue de leur inclusion possible dans le présent rapport.

Tableau 4 - Littérature grise / Sélection des documents étudiés

Recherche	Nombre
Sites web primaires consultés	95
Titres examinés	1700
Documents examinés	80

2.2 CONSTATATIONS

2.2.1 Pratiques de déploiement des RHS en vigueur au Canada

2.2.1.1 Tendances générales

L'étude des sources documentaires canadiennes avait pour objet de cerner des tendances et des exemples de pratiques ou de modèles nouveaux et émergents du secteur des RHS ainsi que des outils d'aide à la décision reliés aux stratégies de déploiement. Elle a permis de confirmer un vaste consensus au sujet d'un certain nombre de tendances sous-jacentes, mais aussi une rareté d'outils d'aide à la décision utilisés pour appuyer les décisions relatives au déploiement.

L'un des principaux objectifs de l'étude consistait à cerner les pratiques privilégiées de déploiement et à traiter spécifiquement d'exemples, de modèles ou d'études et projets pilotes cernés au Canada et à l'échelle internationale qui pourraient être appliqués en parallèle dans d'autres administrations. La majorité des publications étaient axées sur la documentation et l'analyse de questions liées au recrutement des médecins et traitaient principalement des incitatifs financiers et des mécanismes de paiement. S'il est vrai que ce sujet ne s'insère pas dans le cadre bien précis de la présente étude, il permet néanmoins de dégager une importante constatation, à savoir qu'une bonne part des stratégies de déploiement établies à ce jour étaient axées sur les mécanismes de financement, les systèmes de rémunération de rechange et d'autres incitatifs visant à favoriser la réinstallation de médecins dans les régions mal desservies. De plus, une grande part de la documentation publiée est axée sur le rôle, la formation et l'optimisation de la profession infirmière en vue d'appuyer un accès accru aux services de soins de santé. Qui plus est, l'étude de la littérature grise a mis en évidence ces tendances et permis de dégager certains renseignements applicables et exemples de modèles et de tendances de déploiement ayant cours au Canada et à l'échelle internationale.

Les auteurs des articles examinés expriment des préoccupations générales reconnues au sujet de l'offre de ressources humaines en santé au Canada, même si une grande variété de perspectives concernant l'ampleur de cette préoccupation ont été dégagées. Divers points de vue sont exprimés concernant la répartition des médecins et autres dispensateurs de soins, l'éventail et les niveaux de services, la mesure dans laquelle il se produit des pénuries et les projections de l'offre future en RHS. Ces discussions portant, de façon générale, sur l'offre et la demande de professionnels des soins de santé dans divers lieux géographiques et cadres soulèvent des facteurs comme la démographie, la proportion de médecins généralistes et de médecins de famille par rapport aux spécialistes ainsi que les tendances du vieillissement, les modèles de retraite et les attentes quant aux modes de vie. Il est généralement reconnu que le développement et la promotion des soins de santé primaires au Canada constituent une grande priorité. Pour ce qui est de l'utilisation des ressources humaines en santé, cette priorité met en relief trois aspects : le renforcement de la prestation des soins de santé primaires, la garantie de l'offre future de ressources humaines en santé et la meilleure utilisation possible des RHS actuelles au sein du système de santé. Les stratégies clés cernées relativement à l'atteinte de ces objectifs comprennent la redéfinition des rôles des professionnels de la santé, l'optimisation des efforts visant l'accomplissement du cadre intégral des fonctions et la promotion de la collaboration interdisciplinaire.

Dans les documents examinés, on accorde une certaine attention à la nécessité et aux perspectives d'élargissement de l'utilisation des ressources humaines en santé actuelles, qui est jugé réalisable grâce à la promotion d'équipes interdisciplinaires et à l'encouragement de pratiques de collaboration novatrices parmi les professionnels de la santé. Les obstacles à l'intégration et à la contribution optimale des professionnels de la santé au sein des équipes de soins de santé primaires sont également abordés et analysés. À titre d'exemple, mentionnons la non-disponibilité d'infirmières praticiennes, les définitions imprécises des rôles et des attentes, les préoccupations d'ordre médical et juridique, les questions liées à l'autorisation d'exercer et à la réglementation ainsi que le manque de mécanismes d'enseignement et de formation pour renforcer les rôles et les possibilités de substitution par les membres des équipes de soins de santé.

Au cours de la dernière décennie, par suite des mesures de réforme, de la régionalisation, des contraintes imposées par les ressources financières, des changements apportés à l'organisation de la prestation des soins de santé ainsi que des pénuries de ressources humaines et du déséquilibre s'y rattachant, les modèles traditionnels de prestation des soins ont fait l'objet de certaines pressions. Ces pressions ont donné lieu à la recherche de modèles novateurs et rentables qui permettent d'assurer des services de haute qualité tout en optimisant l'accès aux services et leur prestation. Une étude menée pour le *Groupe de travail Deux : Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada* (Groupe de travail Deux, 2003) a permis de dresser un inventaire et de faire une synthèse des modèles nouveaux et émergents de prestation des soins de santé.

Plusieurs modèles cernés dans l'inventaire se sont révélés utiles pour la présente étude en ce qui concerne l'utilisation des ressources humaines en santé ainsi que l'utilisation novatrice de la technologie. Un grand nombre des modèles prévoyaient de nouvelles formules de financement et de nouveaux régimes de rémunération (par exemple, paiement à capitation, traitement, incitatifs) et, à ce titre, ne s'inséraient pas dans le cadre de l'étude, mais ils sont néanmoins dignes de mention. Des modes optionnels de financement sont souvent utilisés pour traiter des pénuries de médecins dans les régions rurales, éloignées et mal desservies, mentionnons notamment l'Ontario Northern Group Funding Plan ou le Saskatchewan Coordinated Northern Medical Services Programme. Des systèmes de mode optionnels de paiement font également l'objet d'essais dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires, comme l'utilisation de mécanismes de rémunération pour les médecins et le recours à des infirmières praticiennes salariées. Des approches en matière de financement global sont utilisées pour conclure des marchés avec des médecins comme ce fut le cas pour le projet de renforcement des soins de santé primaire dans les collectivités de la Nouvelle-Écosse. Le financement par capitation a également été appliqué, notamment dans le cas des Réseaux santé familiale de l'Ontario, lesquels font partie de l'initiative de réforme des soins de santé primaires de cette province.

Les exemples d'innovation dans la prestation des soins de santé primaires qui sont décrits dans l'inventaire du Groupe de travail Deux portent surtout sur le recours à des centres multidisciplinaires et communautaires de soins de santé primaires, allant des centres locaux de services communautaires (CLSC), qui existent au Québec depuis près d'une décennie, jusqu'aux modèles mis en œuvre plus récemment dans l'Ouest canadien. Les équipes multidisciplinaires sont composées d'une gamme de

professionnels des soins de santé, y compris de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, de travailleurs sociaux, de spécialistes en réadaptation et d'autres professionnels de la santé.

Les tendances observables relevées dans l'inventaire du Groupe Deux viennent documenter le recours accru aux infirmières praticiennes et aux infirmières exerçant un rôle élargi dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires. Le cadre des fonctions des infirmières praticiennes a été élargi dans l'ensemble du pays et les tâches actuelles qu'accomplissent ces infirmières au Canada peuvent comprendre le diagnostic, la prescription, le traitement, le counselling des patients, la prescription d'épreuves de laboratoire et d'autres fonctions infirmières avancées, qui varient d'une province à l'autre. L'élargissement du cadre des fonctions des infirmières a également été constaté dans les services hospitaliers, y compris les services d'urgence, tout comme au cours des interventions chirurgicales.

Nous avons également cerné des modèles qui mettent en lumière la tendance vers un recours accru aux médecins hospitaliers (médecins généralistes, médecins de famille travaillant dans les hôpitaux) pour soulager l'engorgement et l'afflux dans les hôpitaux. Le Dartmouth General Hospital, en Nouvelle-Écosse, utilise présentement des médecins hospitaliers dans les services d'urgence, tout comme le fait la Calgary Regional Health Authority (Groupe de travail Deux, 2003).

Plusieurs ministères de la Santé provinciaux ont obtenu un financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé de Santé Canada afin de mettre sur pied des projets de soins primaires. Ces projets possèdent des caractéristiques communes, comme l'utilisation d'équipes multidisciplinaires pour la prestation des soins; l'exercice collectif de la médecine; l'accès amélioré aux services (souvent 24 heures, sept jours semaine); l'accès à des services complets, y compris de promotion de la santé, de prévention des maladies, de traitement et de post-observation; des régimes innovateurs de rémunération des médecins en fonction de la population servie plutôt que selon le régime de la rémunération à l'acte; le recours à des infirmières exerçant un rôle élargi comme composantes clés de l'équipe. À titre d'exemples d'un tel modèle, mentionnons les huit projets pilotes de soins de santé primaires menés dans diverses collectivités de la Colombie-Britannique. Une formule de financement mixte est utilisée pour la rémunération des médecins (rémunération à l'acte fondée sur la population et ajustée selon l'âge et le sexe). Les constatations préliminaires d'une évaluation se sont révélées positives aussi bien pour les dispensateurs de soins de santé que pour les patients (Micco, 2001).

Le secteur des soins à domicile a également enregistré un plus grand déploiement des infirmières en soins à domicile, notamment dans le cadre du CareLinks Programme dans la région de la santé Simon Fraser, en Colombie-Britannique, où des infirmières des soins à domicile facilitent et gèrent la transition des soins du milieu hospitalier vers le domicile. Les projets d'intervention rapide font également appel à des infirmières de soins domicile qui travaillent dans les services d'urgence et réorientent les patients vers leur domicile où ils recevront des services améliorés. Parmi les autres modèles de soins à domicile cernés, mentionnons la chimiothérapie, les soins palliatifs, la surveillance cardiaque et les soins gériatriques, lesquels sont assurés par des infirmières à domicile (Groupe de travail Deux, 2003).

Les parties qui suivent mettent en relief le regroupement des tendances en matière de déploiement qui se dégagent de l'étude documentaire canadienne.

2.2.1.2 Élargissement du cadre des fonctions et formation ou éducation

Les questions de formation et d'éducation ont été classées par ordre de priorité et qualifiées d'essentielles pour la promotion de l'enrichissement des rôles dans les stratégies visant l'élargissement du cadre des fonctions. Ce volet de la discussion est axé sur l'importance de promouvoir la compréhension parmi les professionnels de la santé, d'assurer la formation et le renforcement des compétences et de clarifier les rôles potentiels, les exigences ainsi que le cadre des fonctions comme moyens de cerner les possibilités d'une collaboration accrue. Les membres de l'équipe de soins de santé doivent comprendre leurs propres rôles et ceux des autres, puis examiner le chevauchement de ces rôles et déterminer les limites à maintenir pour remanier la fonction de l'équipe de manière à obtenir une contribution maximale de tous. Les ouvrages publiés mettent en relief le manque actuel de clarté à cet égard, qui est largement attribuable aux approches axées sur les disciplines qui sont adoptées dans l'enseignement traditionnel et aux points de vue propres à chaque discipline qui en résultent (Minore et Bone, 2002). Les publications donnent à penser que l'incompréhension des limites et des paramètres du cadre des fonctions chez nombre des professionnels de la santé constitue un facteur clé qui expliquerait pourquoi certains n'utilisent pas la gamme complète des compétences acquises dans le cadre de leur formation. Par exemple, une faible compréhension par les médecins du rôle et des compétences des infirmières praticiennes a tendance à se traduire par une sous-utilisation de celles-ci. Une étude pilote portant sur deux pratiques rurales de soins de santé primaires de l'Ontario participant à une intervention d'extension des services visant à améliorer la collaboration structurée entre les infirmières praticiennes et les médecins de famille a été entreprise afin de déterminer quels services de soins de santé primaires sont assurés aux patients par les infirmières praticiennes et les médecins de famille œuvrant dans le même cadre de pratique rurale. Les auteurs de cette étude ont conclu que les infirmières praticiennes étaient sous-utilisées pour les soins curatifs et les soins de réadaptation et ont relevé très peu de cas où il y avait partage des soins. Ils en ont conclu que cette situation tenait peut-être aux préoccupations concernant les questions médicales et juridiques reliées à la responsabilité partagée, au manque de formation sur le travail en équipes interdisciplinaires et à la méconnaissance, de la part des médecins de famille, du cadre des fonctions des infirmières praticiennes (Way, Jones, Baskerville et Busing, 2001).

L'inventaire de modèles du Groupe de travail Deux (Groupe de travail Deux, 2003) a mis en relief un certain nombre de projets démographiques spéciaux dans le cadre desquels des médecins de famille reçoivent une formation spéciale pour la pratique en milieu rural (Prince George (C.-B.), en consultation avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et la faculté de médecine de la UBC).

Le plan de recrutement et de maintien en poste prévu pour les professionnels paramédicaux, les infirmières et les travailleurs sociaux des Territoires du Nord-Ouest préparé en 2002 par le ministère de la Santé et des Services sociaux était axé sur les initiatives actuelles et projetées visant à conserver

les services des dispensateurs de soins de santé dans le Nord (soulignons que les médecins sont traités à titre distinct). Les initiatives reliées aux approches novatrices en matière de déploiement consistaient surtout en des programmes de formation. Un programme d'encadrement pour les infirmières entrepris en 1977 avait appuyé 62 encadrements en 2002. Trois des sept régions de la santé des Territoires du Nord-Ouest ont organisé des encadrements. L'infirmière monitrice se concentre sur les encadrements et les stages et coordonne et dispense aussi des cours sur place à l'intention des infirmières de première ligne. Un poste d'infirmière volante jouant à la fois le rôle de monitrice et de mentor a été créé afin d'assurer la formation dans les collectivités où il n'y a pas de mentor permanent.

2.2.1.3 Collectivités rurales

Vous trouverez ci-dessous plusieurs exemples d'initiatives visant à accroître la capacité en ressources humaines vouées à la santé dans les régions rurales en offrant de la formation et de l'enseignement au sein même des collectivités rurales et éloignées.

Les responsables du Programme d'éducation familiale du Nord (*Nor Fam*), un programme d'exercice de la médecine familiale en milieu rural de sept mois mis sur pied à Terre-Neuve-et-Labrador, ont indiqué qu'en 1997, 90 % des diplômés avaient opté pour l'exercice de la médecine en milieu rural (Gray, 1997). Des cabinets d'exercice collectif de la médecine regroupant des médecins généralistes ont été cités, notamment la Marathon Family Practice qui reçoit un financement global du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et qui a réussi à assurer la stabilité à une collectivité rurale du Nord de l'Ontario (O'Reilly, 1998).

Dans son Plan d'activités 2002-2003, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a prévu la création de la nouvelle École de médecine du Nord en 2002. Cette école est censée encourager les étudiants et médecins à s'établir et à exercer leur profession dans les collectivités rurales du Nord, ce qui améliorera l'accès aux services de santé dans les régions mal desservies et le recrutement des médecins dans ces régions.

Le Dalhousie Outpost Nursing Programme visait à assurer des soins de santé primaires dans les communautés autochtones du Nord canadien où il y a pénurie de médecins. Il a été conçu précisément pour les infirmières autorisées, qu'il est censé préparer à occuper des postes dans les collectivités du Nord et à travailler en partenariat avec des groupes autochtones dans le cadre de la réalisation de leur vision d'autonomie gouvernementale, d'équité et de guérison. Une évaluation du programme effectuée en 1993 a permis de constater que les infirmières œuvrant dans les communautés autochtones étaient très efficaces dans la prestation des soins de santé primaires. L'un des thèmes soulevés par les communautés était la nécessité de prévoir des infirmières autochtones pour assurer les services aux communautés autochtones (Martin-Misener et Black, 1998).

Le Nunavut Arctic College à Iqaluit et l'Université Dalhousie ont élaboré en partenariat le Arctic Nursing Programme afin d'offrir la formation nécessaire à l'acquisition des compétences uniques requises pour la prestation de soins de santé au Nunavut. Le collège offre également un programme

d'accès aux carrières dans le secteur de la santé qui est conçu pour permettre aux étudiants inuits de se préparer à poursuivre des études dans des domaines liés à la santé.

Le Northern Outreach Programme (NOP) est une entreprise concertée de la Lakehead University (School of Nursing), de l'Université Laurentienne (Centre de recherche en développement humain) et de la University of Western Ontario (facultés et bibliothèques des sciences de la santé) dont les responsables travaillent avec les conseils de santé de district, les universités et les collèges, les dispensateurs de soins de santé, les administrateurs et les représentants du gouvernement. Cela a aidé à mettre sur pied des programmes qui améliorent la prestation des services de soins infirmiers, de nutrition et de réadaptation. Depuis sa création en 1981, le NOP œuvre de concert avec les districts de Kenora-Rainy River, de Thunder Bay, d'Algoma, de Manitoulin-Sudbury, de Cochrane, de Muskoka-Parry Sound et de Temiskaming-Nipissing du Nord de l'Ontario. Un article paru en 1994 décrit les services de consultation et les programmes d'encadrement qui sont offerts aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes et qui peuvent aider les personnes travaillant dans les régions rurales et éloignées en ce qui concerne les questions cliniques et professionnelles. Parmi les autres volets du programme que nous avons relevés, mentionnons le recours à des réseaux de soutien régionaux pour les nouveaux thérapeutes et la tenue de conférences téléphoniques pour aider à réduire les obstacles liés à la distance et les obstacles d'ordre financier au perfectionnement professionnel (Sumison et Beggs, 1994).

2.2.1.4 Initiatives de déploiement des RHS dans le secteur des soins de santé primaires

L'importance récemment accordée aux soins de santé primaires a amené des changements fondamentaux dans le secteur du déploiement des ressources humaines en santé et a permis d'introduire le concept de l'équipe interdisciplinaire et des modèles de pratique concertée. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples d'initiatives que favorise l'approche axée sur les soins de santé primaires.

Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement (2002), un document rédigé par le Collège des médecins de famille du Canada, préconise l'établissement de réseaux de pratique familiale au sein desquels les médecins de famille et autres professionnels de la santé œuvrent de concert en tant qu'équipe intégrée. Les auteurs envisagent une équipe composée de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, d'infirmières, de sages-femmes et d'autres professionnels.

Les Health Services de la Colombie-Britannique (2004), dans leur document intitulé *Making progress: Primary Health Care Renewal in British Columbia*, affirment qu'ils envisagent la possibilité de créer 30 nouveaux sites de soins de santé primaires qui seraient financés selon le modèle de rémunération mixte et regrouperaient des infirmières et d'autres professionnels de la santé dans des équipes cliniques. Le cadre de la Colombie-Britannique du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires reconnaît qu'un modèle uniformisé ne convient pas à toutes les situations. Une gamme d'initiatives, parmi lesquelles on retrouve les organisations et réseaux de soins de santé primaires, les centres de santé communautaire, les soins partagés, les soins gérés par des infirmières et la prise en charge des maladies chroniques, sont également envisagées.

Le *2002 Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador* trace les grandes lignes d'un nouveau modèle de soins de santé primaires qui comprend deux volets : le recours à l'équipe de soins de santé primaires, laquelle est décrite comme étant une équipe interdisciplinaire composée de médecins généralistes, de médecins de famille, d'infirmières, d'infirmières praticiennes, de travailleurs paramédicaux, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et d'autres travailleurs, et l'inclusion de réseaux de soins de santé primaires, plus vastes incluant d'autres professionnels de la santé comme les orthophonistes, les pharmaciens communautaires, les diététiciennes, les dentistes, les psychologues et autres professionnels. De plus, il a été question de mettre sur pied un réseau de médecins, au sein duquel ceux-ci entretiennent des rapports bien définis avec les membres du conseil de santé régional avec lequel des ententes de services officielles ont été conclues (Ministère de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve, 2002).

Un projet pilote de prestation de soins de santé primaires a été mis sur pied dans la région d'Elnora (région de santé David Thompson), en Alberta (1998-2000), et financé dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé de Santé Canada afin d'accroître l'accès aux services de soins primaires et aux services d'urgence dans les collectivités rurales éloignées. Une équipe multidisciplinaire de soins primaires composée d'une infirmière praticienne, du personnel du Centre de santé communautaire, d'un pharmacien local, de deux médecins d'une collectivité avoisinante, d'infirmières en santé publique, de préposés aux soins à domicile, d'un conseiller en soins continus, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute et d'un technicien de laboratoire a été formée. Le membre central de l'équipe était l'infirmière praticienne, qui assure des soins aux malades sur pied (y compris le diagnostic, le traitement au niveau d'entrée des maladies communes et chroniques, les aiguillages et la post-observation). Les résultats de l'évaluation ont montré que cette dernière aiguillait 55 % des patients vers un autre professionnel de la santé. Selon le degré de satisfaction indiqué par les patients face à l'accès aux services d'urgence (cerné plus tôt comme étant une importante préoccupation), 70 % des patients étaient satisfaits ou très satisfaits de l'intervention d'urgence. Il s'agit d'une augmentation car en 1999, le taux de satisfaction était de 53 %. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99 %) des patients étaient par ailleurs satisfaits ou très satisfaits de la qualité des services de l'infirmière praticienne. De façon générale, le projet a été jugé un succès. L'évaluation ne portait pas sur sa viabilité à long terme (Simpson et Littlejohns, 1999).

2.2.1.5 Initiatives de déploiement des RHS dans le secteur de la santé en milieux ruraux et éloignés

Au chapitre général de la disponibilité des services, une question préoccupante qui a fait l'objet d'une attention considérable est celle du déséquilibre géographique dans les RHS et des lacunes observées dans les milieux ruraux et éloignés. Dans la discussion sur les entraves et les obstacles à l'exercice de la profession dans ces milieux, on a cité des études indiquant que les médecins qui sont formés (rotations cliniques) dans les milieux ruraux ou qui proviennent de ces milieux sont plus susceptibles de continuer à y exercer leur profession. De nombreux exemples de programmes offrant une telle formation en médecine familiale rurale décrivent les bienfaits d'une collaboration entre le gouvernement, le secteur universitaire et les collectivités rurales vers la réalisation de ces objectifs. Les documents traitent aussi des tendances à utiliser des médecins diplômés à l'étranger dans les régions mal desservies des États-Unis et du Canada.

Un certain nombre d'articles traitent de la pénurie de divers professionnels de la santé dans ces régions mal desservies. Le plus souvent, on y met l'accent sur l'importance du recrutement et du maintien en poste des effectifs infirmiers tout en lançant un appel à l'action et à l'élaboration de politiques et de stratégies. Ici encore, cependant, nous n'avons trouvé aucun exemple bien précis de stratégies particulières de déploiement s'étant révélées efficaces.

Un projet relié au déploiement des infirmières qui est digne de mention est le Comox Valley Nursing Centre (CVNC). Amorcé en 1994 à titre de projet pilote d'une durée de deux ans financé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le CVNC visait à démontrer la pratique des soins infirmiers dans un contexte de soins de santé primaires. Il a été mis en œuvre en tant que centre géré par des infirmières et assurant un accès direct à des infirmières autorisées offrant des services de santé holistiques axés sur le client. Les infirmières, en partenariat avec des particuliers, des groupes et la collectivité, assurent des soins de santé primaires par le truchement de l'évaluation, de l'enseignement, des connaissances sur la santé, de l'intervention en soins de santé, de l'aiguillage et de la post-observation. L'énoncé de mission du CVNC repose sur la prestation de la gamme complète de services de soins infirmiers aux habitants de Comox Valley en habilitant les infirmières à travailler en utilisant toute la gamme de leurs connaissances et de leurs compétences tout en respectant les principes des soins primaires, à assurer un accès direct aux services de soins infirmiers et à consulter la collectivité afin de déterminer ses besoins (Clarke et Mass, 1998). Le CVNC est présentement exploité sous les auspices de la Vancouver Hospital Authority et offre des services comme l'évaluation de l'état de santé, le counselling, l'information en matière de santé, une bibliothèque de prêts, des groupes de soutien et des renseignements sur les ressources communautaires ou des aiguillages vers ceux-ci.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé dans les collectivités éloignées du Nouveau-Brunswick, le Collaborative Nurse/Physician Care Model for Remote Areas a été établi dans la région de Grand Manan et de Black Harbour de la province. Une petite clinique de santé communautaire de Grand Manan est exploitée par une infirmière de pratique avancée qui a reçu de la formation additionnelle allant au-delà du cadre de fonctions normalisé pour l'exercice des soins infirmiers et qui relève du médecin local. Le modèle, élaboré par la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique, permet à l'infirmière d'évaluer les patients dans la clinique d'urgence, pour ensuite les traiter ou les aiguiller vers le médecin ou d'autres dispensateurs de soins de santé comme la diététicienne ou le physiothérapeute. La prise en charge des cas est un processus de collaboration entre l'infirmière et le médecin. Pour ce qui est de la télésanté, on y a recours pour avoir accès aux spécialistes de l'extérieur de la collectivité. L'infirmière et le médecin sont, l'un et l'autre, des employés salariés de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique. Un processus d'évaluation a été entrepris et a permis de constater que le modèle de collaboration est plus fructueux lorsque les médecins touchent un traitement que lorsqu'ils sont rémunérés à l'acte. Selon d'autres constatations, on réussit à obtenir de bons résultats cliniques et à prévoir le transfert approprié des patients de l'île Grand Manan. Ces derniers se sont dits satisfaits des soins obtenus au sein de leur communauté. Par ailleurs, des auteurs de l'évaluation soulignent que la durabilité de ce type de modèle est fonction de la disponibilité d'un appui clinique et de réseaux de télésanté pertinents (Groupe de travail Deux, 2003).

Le Projet Faro-Mayo mis sur pied au Yukon avait pour but d'aborder la question de l'accès aux services dans les collectivités rurales éloignées. Le modèle a été établi afin de stabiliser les services de santé à la lumière des difficultés de recrutement et de maintien en poste de médecins et prévoit le recours aux infirmières praticiennes pour assurer les services de santé primaires (tels le diagnostic, le traitement et la prescription) aux collectivités ciblées. Les infirmières doivent se concentrer sur les affections chroniques et les affections de plus longue durée, le médecin intervenant dans les situations aiguës et urgentes. Le modèle est en vigueur depuis près de dix ans. Les médecins sont embauchés par le ministère de la Santé en vertu d'un contrat, tandis que les infirmières (qui touchent un traitement) relèvent du Service de soins infirmiers communautaires du ministère. S'il est vrai qu'aucune évaluation officielle n'a été effectuée, le ministère signale toutefois que ce modèle a permis d'améliorer la disponibilité des services de santé à Faro et à Mayo. Selon des données anecdotiques, les patients en seraient satisfaits. On insiste cependant sur l'importance de l'éducation et de la formation pour préparer les professionnels de la santé à travailler dans un milieu rural et éloigné (Groupe de travail Deux, 2003).

Dans les communautés autochtones du Nord de l'Ontario, il y a 28 communautés crie et ojibway qui comptent très peu de routes et une population totale de 16 231 habitants. La plupart ont un poste de soins infirmiers doté de deux ou trois infirmières œuvrant de concert avec des médecins qui se rendent sur place en aéronef, par rotation. Dans les communautés plus petites, le poste de soins infirmiers est géré par un représentant en santé communautaire (RSC), qui reçoit habituellement des instructions de l'infirmière de la communauté plus importante la plus proche. Les auteurs d'un document produit pour le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord ont affirmé que les RSC peuvent assurer des soins de santé primaires complets à 85 % des patients. Ils en concluent que le fait d'allier les connaissances, les compétences et le jugement du clinicien à la sensibilisation culturelle et communautaire des paraprofessionnels constitue la façon privilégiée et fort probablement la seule façon efficace d'assurer la prestation des services de santé essentiels aux Autochtones du Nord canadien. Le système est financé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (Minore et Boone, 2002).

Le Projet de soins de santé primaires en milieu rural de l'Alberta prévoyait la création d'une équipe mobile de professionnels de la santé dans quatre collectivités rurales, à savoir Cremona, Youngstown, Cessford et Hussar. Il avait pour objet d'améliorer l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales mal desservies. Administré par la région de santé numéro 5, il recevait du financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé de Santé Canada. L'équipe multidisciplinaire comptait des médecins, des orthophonistes, des inhalothérapeutes, des thérapeutes en santé mentale, des techniciens de laboratoire, des infirmières, des spécialistes du développement communautaire et des auxiliaires cliniques. Des pharmaciens d'exercice privé participaient aussi au projet. Parmi les programmes additionnels prévus, mentionnons des cliniques de la santé du sein, des programmes de nutrition et des programmes destinés aux diabétiques. Une évaluation a été effectuée et portait sur les indicateurs des processus et des résultats; elle a permis de relever un niveau de satisfaction très élevé envers les services chez les collectivités et les patients. Le projet n'a cependant pas été mis en œuvre de façon permanente (Frere, 2000).

Le *Médecin de famille canadien* a publié une étude traitant des façons de maintenir en poste les médecins de familles en pratique rurale (Burke et coll., 2003). L'étude s'est déroulée dans le cadre de sondages menés auprès des médecins afin de cerner des stratégies permettant de mieux assurer le recrutement et le maintien en poste de médecins dans les régions rurales. Parmi les solutions possibles relevées, soulignons un accès accru et amélioré à l'enseignement médical et des solutions axées sur la pratique rurale. Selon les constatations de l'étude, les pratiques suivantes pourraient accroître le maintien en poste : la réduction des services d'appel; le déploiement de programmes provinciaux de suppléants pour les régions rurales; la révision du système de financement de la couverture en salle d'urgence; la mise en œuvre de réseaux d'aiguillage vers des spécialistes; l'utilisation accrue du téléphone, du télécopieur et de l'accès par Internet; d'autres mesures liées au financement.

Le document intitulé *A Review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce* préparé pour le Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord a mis en relief les stratégies suivantes proposées pour maintenir en poste les médecins (Pong et coll., 2003) dans le Nord : la prestation d'installations de cliniques communautaires pour les pratiques d'exercice collectif de la médecine, les spécialistes remplaçants, les remplaçants de relève, la flexibilité dans les marchés conclus avec des remplaçants et un plus grand recours à la télémédecine. Les auteurs concluent que c'est en insistant sur le recrutement d'étudiants en médecine des régions rurales et on offrant des possibilités de formation dans ces régions que l'on arrivera à accroître la possibilité que des étudiants décident d'exercer leur profession dans les régions rurales.

2.2.1.6 Déploiement lié à la pratique des soins infirmiers et cadre des fonctions élargi

La pénurie de médecins de famille et d'autres médecins, la nécessité d'assurer des services de santé dans les collectivités éloignées et isolées, l'importance accrue accordée aux soins de santé primaires ainsi que la réalisation croissante du fait que les infirmières peuvent être déployées pour assurer une vaste gamme de services ont donné lieu à une utilisation accrue ces dernières dans divers cadres de pratique. Des exemples de telles pratiques de déploiement vous sont présentés ci-dessous.

La Health Care Corporation of St. John's, à Terre-Neuve-et-Labrador, a mis en œuvre un modèle de soins cardiaques prodigués par des infirmières praticiennes. Le projet avait pour objet d'appuyer les soins aux patients cardiaques en collaboration avec les chirurgiens cardiologues et les autres membres de l'équipe de soins. L'utilisation d'infirmières praticiennes est considérée comme un moyen de réduire le temps d'attente pour une intervention chirurgicale. Des infirmières praticiennes ayant reçu une formation spécialisée en soins cardiaques participent à l'évaluation du patient et aux soins pré et post-opératoires et elles ont des pouvoirs de prescription qu'elles peuvent exercer selon certains protocoles cliniques approuvés. Certaines assument également la fonction d'infirmières premières assistantes lors de chirurgies cardiaques. Ce modèle n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle; cependant, des données anecdotiques donnent à penser que l'assistance des infirmières praticiennes prodiguant les soins pré et post-opératoires a permis aux chirurgiens de traiter plus de cas, tout en obtenant des résultats uniformes (sinon meilleurs) pour chacun. Selon d'autres données anecdotiques, il serait possible d'enregistrer des gains de rendement supérieurs, notamment un plus

grand nombre de procédures médicales menées à bien, des congés plus efficaces et de meilleurs résultats cliniques. Des modifications législatives apportées à Terre-Neuve-et-Labrador et des changements au programme de formation des infirmières (maîtrise en sciences infirmières) ont permis d'appuyer le modèle. On prévoit que ce dernier sera viable dans les régions où il y a pénurie de médecins et de spécialistes (Groupe de travail Deux, 2003).

En 2001, un modèle d'infirmière clinique spécialisée et d'infirmière praticienne a été élaboré par la Hamilton Health Sciences Corporation en Ontario afin d'assurer un plus grand accès aux services de santé aux patients ayant besoin de services de réadaptation en milieu hospitalier. Deux postes d'infirmière clinicienne spécialisée ont été financés à même le budget global de l'hôpital; les titulaires de ces postes dispensent des soins aux patients ayant un traumatisme crânien, des troubles neurologiques ou le cancer, selon des protocoles de traitement bien précis. Ces infirmières spécialisées sont considérées comme des « prolongements » du médecin et assurent des services de réadaptation complexes. Bien que ce modèle n'ait pas été officiellement évalué, des données anecdotiques donnent à penser que les résultats obtenus à ce jour sont satisfaisants, les médecins, les équipes de soins de santé et les infirmières semblent très satisfaits de l'approche, tout comme les patients. Il semble que les familles des patients préféreraient discuter du cas avec les médecins plutôt qu'avec les infirmières, mais du point de vue administratif, le modèle semble porter fruit. Le cadre des fonctions des infirmières a été élargi dans ce modèle, ce qui permet de réduire les demandes avec lesquelles doivent composer les médecins (Groupe de travail Deux, 2003).

Vers la fin des années 1990, la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique à Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick, adoptait le rôle d'infirmière clinicienne associée afin de traiter des lacunes sur le plan des services dans les unités de soins cardiaques et les unités de soins orthopédiques ainsi que d'assurer la prestation permanente des services dans ces unités. Comme il ne s'agit pas d'unités d'enseignement universitaire, elles ne prévoient pas de résidents pour participer à la prestation des soins. Le modèle avait pour objectif de prévoir des soins équivalant à ceux prodigués par les internes et les résidents juniors et, partant, d'améliorer la qualité des soins. Les infirmières cliniciennes associées relèvent du directeur de l'Administration des interventions chirurgicales et leurs fonctions comprennent la gestion des soins quotidiens (évaluation, surveillance, coordination des soins, liaison avec les spécialistes). Le financement est assuré à même le budget de fonctionnement de l'hôpital. Le modèle a été très bien accueilli et est en train d'être appliqué dans d'autres unités. On estime qu'il a permis d'accroître l'efficacité et la productivité. Des études de surveillance ont montré qu'il permet d'offrir des soins de meilleure qualité, d'obtenir de meilleurs résultats et d'assurer la satisfaction chez les dispensateurs de soins et les patients. Aucune évaluation officielle n'a été effectuée (Groupe de travail Deux, 2003).

La Hamilton Health Sciences Corporation de l'Ontario a utilisé un modèle d'infirmière clinicienne spécialisée pour assurer les soins cliniques dans l'unité des soins intensifs néonataux du McMaster Children's University Hospital. Ce poste d'infirmière de pratique avancée a été créé en raison des lacunes découlant de la pénurie de médecins résidents (le nombre total des postes de résidence ayant été réduit par le gouvernement de l'Ontario) et de l'absence de pédiatres pour les nouveau-nés et de néonatalogistes. La McMaster University est considérée comme un chef de file dans la formation des infirmières praticiennes et a été retenue comme site pour ce projet appuyé par la Société canadienne

de pédiatrie. Les infirmières cliniciennes spécialisées et praticiennes néonatales sont des infirmières cliniciennes spécialisées qui détiennent une maîtrise et ont reçu une formation supplémentaire en soins néonataux leur permettant d'effectuer les actes médicaux qui leur sont délégués. Il s'agit d'employés hospitaliers qui touchent un traitement et qui remplissent les fonctions habituellement assumées par les médecins. En 1993, la Direction de la diversification des modes de financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis en place l'Entente sur la diversification des modes de financement afin de compléter les fonds obtenus par l'entremise de l'hôpital. Une évaluation du modèle qui a été effectuée ne portait que sur les coûts et a permis de conclure qu'il y avait très peu de différence sur de plan entre le recours à un résident ou le recours à une infirmière clinicienne spécialisée ou une infirmière praticienne. Des tests de compétence comparatifs ont également permis de constater qu'il y avait très peu de différence entre les résidents et les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes en ce qui a trait aux résultats évalués. Une étude sur les résultats cliniques portant sur le rendement des résidents et celui des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières praticiennes a établi que les deux équipes étaient comparables sur le plan de la qualité et des résultats cliniques obtenus (morbidité, mortalité, satisfaction des parents, résultats à long terme, coûts des soins). La qualité des soins se compare dans tous les cas, sauf dans celui de l'ictère et de la documentation clinique, où on favorise l'infirmière clinicienne spécialisée ou l'infirmière praticienne. Les indicateurs de la réussite de ce modèle comprennent la qualité du programme de formation, la satisfaction au travail ainsi que la possibilité d'avancement professionnel et la reconnaissance donnée. Selon les auteurs, ce modèle présente un potentiel de durabilité à long terme (aussi a-t-il été mis en place à Hamilton) dans les cas de pénurie de médecins (Mitchell-DiCenso et coll., 1996; Paes et coll., 1989; Pinelli et Baes, 1995).

La Labador Health Corporation, qui sert une vaste région éloignée, exploite deux hôpitaux et dix cliniques communautaires dotées d'infirmières régionales. Les infirmières régionales ont un cadre de fonctions élargi comprenant, entre autres, la prescription et l'administration de médicaments dans des conditions bien précises. Cette pratique a été autorisée en vertu de dispositions législatives provinciales sur la pharmacie appliquées dans les collectivités isolées n'ayant aucun accès à une pharmacie. En 2002, une infirmière praticienne a été ajoutée à l'effectif de l'une des collectivités et elle s'est vue conférer l'autorisation de prescrire des médicaments et de fonctionner selon un cadre de pratique plus avancé. Il semble que ce modèle ait réussi à atténuer la charge de travail du médecin et à le libérer pour qu'il administre des soins médicaux plus aigus. De même, l'utilisation du service d'urgence a été réduite (Groupe de travail Deux, 2003).

En 1998, afin d'appuyer le cadre des fonctions élargi en Ontario, la *Loi sur l'extension des services infirmiers à l'intention des patients* est venue modifier la *Loi sur les professions de la santé réglementées* et la *Loi sur les infirmières et infirmiers* afin de confier aux infirmières praticiennes de la province un cadre de fonctions élargi les autorisant à diagnostiquer, à prescrire des tests diagnostiques particuliers (ultrasons ou rayons X), des électrocardiogrammes dans les cas non aigus et des tests de laboratoires bien précis, de même qu'à prescrire et administrer certains médicaments. Depuis 1998, 402 postes d'infirmières praticiennes ont été créés et financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario afin que leurs titulaires puissent œuvrer dans les centres de santé communautaire, dans le cadre du Programme des services aux régions

insuffisamment servies, dans les établissements de soins de longue durée, dans les centres d'accès aux soins de santé pour les Autochtones, au sein des réseaux de soins de santé primaires et dans les unités de santé publique. À l'époque, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée comptait financer 348 postes de plus sur une période de trois ans et s'était engagé à accorder un financement de 1,7 million de dollars par année pour la formation des infirmières praticiennes. Dans son Plan d'activités de 2002-2003, le Ministère avait prévu la somme de 10 millions de dollars pour augmenter le recours aux infirmières praticiennes œuvrant de concert avec les médecins de famille à la prestation des soins primaires, grâce à la création de 106 postes additionnels d'infirmières praticiennes pour les établissements de soins de longue durée, les régions insuffisamment desservies, les réseaux de santé de la famille et les centres de santé pour les Autochtones. La plupart de ces postes ont été comblés (MSSLD Ontario, 2002).

Une étude a été menée afin d'examiner les obstacles à la pratique, de même que de favoriser l'intégration plus poussée des infirmières praticiennes au système de santé de l'Ontario. Elle a mis en relief deux types de rapports se dégageant du modèle de pratiques et mettant à contribution les infirmières praticiennes, à savoir les rapports de collaboration et les rapports de consultation entre les infirmières praticiennes et les médecins. Parmi les indicateurs utilisés dans l'étude pour évaluer les rôles de l'infirmière praticienne, mentionnons les suivants : les facteurs extérieurs influant sur la mesure dans laquelle l'infirmière praticienne peut assurer des soins selon le cadre de ses fonctions; le rôle qu'elle joue dans la prise de décisions et la satisfaction au travail, la collaboration et les forces dynamiques des membres de l'équipe. L'étude a révélé que les éléments facilitateurs clés de l'intégration des infirmières praticiennes chargées des soins de santé primaires dans le système de santé de l'Ontario comprennent l'adoption de politiques qui légitiment les infirmières praticiennes, une plus grande sensibilisation du patient au rôle qu'elles jouent et une plus grande compréhension de leur rôle par les autres professionnels de la santé. On y met également en relief l'adoption d'un point de vue positif sur la pratique de collaboration chez les médecins, la prestation de ressources aux emplacements désireux de retenir les services d'une infirmière praticienne et des changements de fond visant à offrir un remboursement aux infirmières praticiennes et aux médecins qui œuvrent en collaboration avec elles (ministère de la Santé de l'Ontario, 2003; Hanrahan et coll., 2001 et Birenbaum, 1994).

Le Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, à Halifax (Nouvelle-Écosse), a présenté divers modèles visant à élargir le cadre des fonctions des infirmières. Au début des années 1980, le poste d'associée en soins cardiovasculaires a été créé pour les infirmières ayant une formation supplémentaire; il fut suivi du poste d'infirmière à rôle élargi, qui a été appliqué à plus de 20 secteurs spécialisés. Le poste d'infirmière à rôle élargi exige une maîtrise en sciences infirmières. En janvier 2002, la province de la Nouvelle-Écosse a adopté des dispositions législatives visant à créer le poste d'infirmière praticienne, tant pour les soins primaires que pour les secteurs spécialisés. Les infirmières à rôle élargi peuvent se recycler pour devenir des infirmières praticiennes par le truchement d'un processus de perfectionnement des compétences. La désignation de l'infirmière praticienne se fait en deux étapes : l'obtention des titres et certificats d'un programme de formation désigné, puis l'approbation d'une « entente de pratique de collaboration » par le Diagnostic and Therapeutics Committee du Nursing College. Le Diagnostic and Therapeutics Committee compte

des représentants du Nursing College, du College of Physicians and Surgeons et du College of Pharmacy. Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse finance le coût de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires œuvrant dans une pratique de collaboration avec des médecins (en vertu de modes optionnels de financement). Les infirmières praticiennes spécialisées des hôpitaux sont financées à même leurs budgets de fonctionnement. Le modèle d'infirmières praticiennes de la Nouvelle-Écosse n'a pas encore été évalué, mais on estime qu'il permettra de coordonner et d'intégrer les soins, d'assurer un meilleur accès et de faciliter une plus grande continuité des soins pour les patients (Groupe de travail Deux, 2003).

En Saskatchewan, le College of Physicians and Surgeons et la Registered Nurses Association ont introduit un modèle de pratique de collaboration qui a été établi dans plus de 20 collectivités depuis 1997. Dans le cadre de ce modèle, les infirmières cliniciennes ou les infirmières praticiennes de pratique avancée dispensent des services médicaux auparavant assurés par les médecins et font partie d'une équipe multidisciplinaire composée de pharmaciens, de travailleurs sociaux, de gestionnaires de cas, d'infirmières en santé publique, de nutritionnistes et de thérapeutes communautaires offrant une gamme holistique de services de santé. Elles ont une formation et une expérience poussées et œuvrent selon des protocoles améliorés de diagnostic et de traitement des problèmes communs des patients, des maladies d'importance mineure et des affections chroniques, prescrivent des tests et des médicaments et amorcent le traitement en agissant de façon autonome, c'est-à-dire sans consulter les médecins. À compter de 2002, la Saskatchewan Registered Nurses Association a élaboré afin de réglementer la pratique avancée des soins infirmiers des règlements administratifs qui ont dû par la suite être étayés de dispositions législatives. Les médecins participant à ces projets sont rémunérés selon des modes optionnels de financement. Une évaluation était prévue, mais un rapport provisoire déposé en mars 2002 (après trois ans d'activités) a révélé que les patients étaient très satisfaits des services fournis et que les collectivités avaient accepté l'idée d'une infirmière en soins de santé primaires (Hudson Bay Primary Health Service, 2002; Saskatchewan Health, Primary Health Services Branch, 2002).

2.2.1.7 Initiatives de déploiement des RHS dans le secteur des services de santé mentale

L'inventaire des modèles de prestation des services du Groupe de travail Deux (Groupe de travail Deux, 2003) indique une importante tendance à déployer des médecins généralistes pour la prestation des services de santé mentale. Ces déploiements se font en vertu d'un modèle de soins partagés selon lequel les médecins primaires reçoivent une formation pour mieux assurer l'intervention précoce, l'accès aux services de santé mentale et la continuité des soins entre les professionnels des soins primaires et les professionnels en santé mentale et, de façon générale, d'accroître les connaissances des médecins de famille au sujet des questions de santé mentale.

La régie régionale de la santé de Calgary et le Alberta Mental Health Board ont mis en œuvre un projet de soins de santé mentale partagés visant à assurer un soutien aux médecins de famille offrant des services de santé mentale à leurs patients dans leur pratique générale. Le projet visait à régler les problèmes de l'accès des patients aux services de santé mentale, des longs délais d'attente et des services de santé mentale souvent inappropriés dans la région de santé de Calgary. Il a permis

d'améliorer les programmes d'extension des services de diagnostic et de traitement ainsi que l'accès des consommateurs aux services de santé mentale. Financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé de Santé Canada dans le cadre du Projet de services de soins primaires de l'Alberta, le projet s'est déroulé de 1998 à 2000. Il prévoyait un modèle de soins partagés et la participation de 24 médecins de familles, de trois psychiatres, de quatre cliniciens en santé mentale (un psychologue, trois infirmières) ainsi que de 463 patients, de même que 947 consultations échelonnées sur une période de 14 mois. Une formation a été dispensée aux médecins de famille participants. Le projet a été évalué et les résultats montrent que les médecins de famille (92 % des participants) sont satisfaits des résultats obtenus. Ils disent se sentir plus efficaces dans la prise en charge des problèmes de santé mentale, et 59 % d'entre eux affirment avoir aiguillé moins de patients vers d'autres personnes grâce à leur formation. Le degré de satisfaction des patients est aussi élevé. Le recours au service d'urgence a été réduit de 31 % chez ceux qui participaient au projet. On a recommandé qu'il soit appliqué davantage et élargi et précisé qu'un mécanisme de financement était important pour assurer la durabilité du projet (McElheran, 2000).

Au Québec, une pénurie estimative de 200 psychiatres ETP a incité le ministre de la Santé à annoncer un gel du recrutement de psychiatres diplômés dans les hôpitaux universitaires à Montréal, à Québec et à Sherbrooke, obligeant ainsi les résidents en psychiatrie de travailler dans les régions éloignées mal desservies (mars 2004). Cette pénurie entraîne également la réorganisation des soins de santé mentale parmi les professionnels et le recours aux infirmières spécialisées et aux médecins généralistes pour la prestation des services de santé mentale de première ligne, libérant ainsi les psychiatres pour les cas aigus (Fidelman, 2004).

Une étude de recherche entreprise pour examiner l'efficacité des traitements en santé mentale assurés en milieu communautaire et axés sur les soins à domicile, par opposition aux soins psychiatriques en milieu hospitalier, est citée dans le document intitulé *Pour établir une assise plus solide : Cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé communautaires au Canada* publié par Santé Canada (Church et coll., 1995). L'étude porte sur un groupe de patients recevant des soins à domicile dispensés par une équipe multidisciplinaire composée d'un travailleur social psychiatrique, d'une infirmière psychiatrique et d'un psychiatre à temps partiel. Les résultats montrent que le séjour à l'hôpital pour les patients recevant des soins hospitaliers est plus long, soit de 41,7 jours, comparativement à 14,5 jours pour ceux qui reçoivent des soins à domicile, et que la différence est très minime en ce qui a trait aux soins ambulatoires requis.

2.2.1.8 Applications de la télémédecine et de la télésanté

La télémédecine et la télésanté ont également été présentées comme un autre moyen d'élargir la disponibilité des RHS, particulièrement pour composer avec les obstacles géographiques. Les ouvrages publiés traitent des diverses façons dont la télémédecine peut permettre d'optimiser les ressources financières et les ressources humaines en santé disponibles, d'améliorer l'accessibilité de services de santé de qualité et de faciliter le déploiement des ressources humaines en santé, surtout dans les régions rurales et éloignées. D'autre part, d'aucuns se sont dits préoccupés par le fait que l'évolution de la télémédecine soit accompagnée de problèmes visant l'ensemble du système et

nécessitant des approches concertées comme la formation des ressources humaines, l'autorisation d'exercer, la responsabilité professionnelle et le contrôle de la qualité. Les coûts de mise en œuvre initiaux ont été cernés comme étant un obstacle au déploiement plus répandu des systèmes de télémédecine.

De façon générale, la télémédecine est devenue une ressource importante pour les professionnels de la santé des régions éloignées. On estime qu'il y a environ 200 projets et réseaux de télésanté exploités au Canada à l'heure actuelle. Il existe près de 300 compagnies canadiennes de télésanté. Parmi les organisations qui appliquent présentement des initiatives de télésanté, mentionnons 272 collectivités rurales et éloignées, 20 communautés des Premières nations et des Inuits, 98 associations professionnelles, des établissements de soins de santé, des organismes de recherche et des universités et 19 ministères gouvernementaux. (*Réunion nationale de partage de l'information et de rétroaction sur l'avenir possible de la télésanté dans les communautés autochtones et inuites - Rapport final*).

L'inventaire des modèles de prestation de services du Groupe de travail Deux (Groupe de travail Deux, 2003) met en lumière des initiatives de télémédecine visant à servir les régions éloignées de Terre-Neuve-et-Labrador et des îles de la Madeleine, tout comme le recours à la formation à distance pour le perfectionnement des dispensateurs des soins de santé des régions rurales. Un projet de télépsychiatrie a été mis sur pied en Alberta, le Sick Children's Hospital de Toronto exploite un programme de télésoins à domicile et le Manitoba Telehealth Network offre des services à 21 emplacements dans de petites collectivités rurales de l'ensemble de la province.

Un projet mis sur pied dans des régions éloignées du Québec (*La télémédecine au service des régions*, Centre hospitalier universitaire du Québec, îles de la Madeleine, Québec) visait à intégrer la technologie de la télémédecine au système de santé et à en faire un modèle durable. Au départ, ce projet était conçu pour administrer un réseau de télésanté qui établirait un lien entre le centre hospitalier des îles de la Madeleine et les centres régionaux de l'est du Québec. Les médecins du centre hospitalier local étaient reliés à un réseau d'aiguillage comptant quelque 100 spécialistes de 30 spécialités qui se rendaient périodiquement aux îles de la Madeleine pour des consultations. Deux catégories de télésanté ont été établies, à savoir la téléconsultation (diagnostic, interprétation des clichés et des images; consultation entre pairs; surveillance et post-observation des patients) et la téléformation (formation en matière de santé à distance et formation médicale continue, y compris accès aux bases de données sur la recherche). Quatorze spécialités étaient visées par le projet (orthopédie; radiologie; orthophonie; dermatologie; oto-rhino-laryngologie, obstétrique et gynécologie; traumatologie; réadaptation; génétique; endocrinologie; neurologie; psychogériatrie; chirurgie plastique; chirurgie vasculaire). Une évaluation a révélé que le projet avait répondu aux attentes définies. L'accès aux services de santé s'était amélioré, la prestation des services se faisait dans des délais plus raisonnables et le degré de satisfaction des patients était généralement bon. Le modèle nécessitait un leadership et une direction organisationnelle solides, de même que l'intégration de la télésanté aux activités du centre hospitalier local et des établissements de consultation (Cloutier, 2000).

Terre-Neuve-et-Labrador a mis sur pied le projet Telecentres for Education and Community Health, une initiative de la faculté de médecine de la Memorial University et du ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador visant à appuyer le Projet d'amélioration des soins de santé primaires dans des collectivités désignées. Le projet, financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé (1999-2000) de Santé Canada, s'inspirait du Newfoundland and Labrador Remote Community Services Telecentre qui servait à assurer des services de télémédecine dans la province. Il était principalement axé sur la prestation d'un modèle de téléconsultation pour les soins de santé primaires dans les collectivités rurales et éloignées. Il prévoyait la participation du ministère de la Santé et des Services communautaires et des conseils de santé régionaux (dans le cas des collectivités ciblées). Selon l'évaluation effectuée, le projet a eu des résultats positifs, les patients en ont été très satisfaits et l'utilisation de cette technologie a suscité un vif intérêt. Le modèle affiche un excellent potentiel d'amélioration de l'accès aux services dans les collectivités éloignées (Sheppard et Goobie, 2000).

L'Ontario a mis sur pied le programme Télésanté Ontario, un service de consultation sans frais d'interurbain prévoyant l'accès à des infirmières autorisées pour obtenir conseils, information et aiguillages 24 heures sur 24, sept jours par semaine, en français et en anglais, et offrant des services de traduction dans 110 langues. Le programme est entré en vigueur en 2001 et, depuis février 2001, a donné suite à plus d'un million d'appels (MSSLD de l'Ontario, 2002).

Le Tele-Homecare Multi-Centre Model a été élaboré et mis en œuvre au Hospital for Sick Children (Toronto), à la Health Care Corporation of St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) et au Alberta Children's Hospital. Ce projet de télésoins pédiatriques à domicile prévoit des services à domicile à l'intention des enfants ayant besoin de soins d'intensité intermédiaire et d'une surveillance continue. Le programme a pour objectifs d'élargir les services pédiatriques en vue de les offrir à l'extérieur de l'hôpital, dans un cadre de soins à domicile, de même que d'accroître l'intensité des soins prodigués aux patients à domicile. Le modèle utilisé prévoit l'intégration des services hospitaliers (soins tertiaires) aux soins communautaires (soins à domicile et services de soutien à la famille) ainsi que la surveillance, 24 heures par jour, des patients recevant des soins à domicile grâce à la technologie des vidéoconférences et à l'observation des signes vitaux. Le financement de ce projet a été assuré par le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé de Santé Canada. Le modèle fait présentement l'objet d'une évaluation dans le cadre d'une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé et les constatations préliminaires indiquent que des gains de rendement et de rentabilité ont été enregistrés en raison de la réduction des séjours à l'hôpital, des visites au service d'urgence et des réadmissions. Il semble aussi que la continuité des soins se soit améliorée, tout comme l'intégration des services de santé et des services sociaux (Young et coll., 2000).

La télésanté affiche un grand potentiel d'amélioration de l'accès aux soins de santé par les populations inuites et des Premières nations étant donné que le tiers (252) de ces communautés sont situées à plus de 90 kilomètres des médecins (*Réunion nationale de partage de l'information et de rétroaction sur l'avenir possible de la télésanté dans les communautés autochtones et inuites - Rapport final*, les 5 et 6 octobre 2003). Elle peut améliorer l'accès aux services, à la consultation et

à l'information par les communautés ainsi que par leurs dispensateurs de soins primaires. Elle peut assurer un soutien aux dispensateurs de soins et aux collectivités et faciliter l'établissement de liens. La télésanté peut aussi contribuer à une administration et à une gestion plus efficaces des programmes de santé et des ressources qui s'y rattachent, notamment les dossiers électroniques de santé, la planification des congés, l'évaluation des processus et la gestion de l'infrastructure et de l'infostructure. Elle peut être utilisée pour les consultations médicales (dans la plupart des spécialités), l'éducation sanitaire (matériel pédagogique et revues, colloques, conférences, cours et formation de nature médicale), les soins à domicile (y compris les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services d'auxiliaires familiales et les programmes de repas), les centres d'appels (numéros 1-800 à composer pour obtenir conseils et renseignements), les réseaux d'information sur la santé (comme le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits), ainsi qu'à des fins administratives.

Il y a actuellement près de 20 projets de télésanté en cours dans les communautés des Premières nations et des Inuits; il s'agit de projets sur la rétinopathie diabétique, de centres de télépsychiatrie pour l'éducation et la santé communautaires et de projets de recherche qui font appel aux applications suivantes : téléultrasons, téléurgence, téléradiologie, téléenseignement; téléadaptation; télésurveillance à domicile; télécardiologie; télédermatologie; téléorthorhinolaryngologie; téléophtalmologie; télénéphrologie; télépsychiatrie; autres applications.

Le Projet national de recherche sur la télésanté pour les Premières nations a été amorcé en septembre 1998 et mis en œuvre dans cinq communautés isolées. Une évaluation en a été faite en 2001 et les constatations et facteurs de succès critiques pour la télésanté ont été présentés. Ces facteurs comprenaient, entre autres, les suivants : des attentes claires; la clarification de l'infrastructure; les produits à livrer et les coûts; une solide expertise en gestion de projets; de la formation sur l'utilisation du matériel; la nécessité de prévoir une période d'essai et de démonstration; la participation des dispensateurs de soins de santé locaux; le recours à un coordonnateur de la télésanté; l'établissement de l'infrastructure humaine nécessaire pour appuyer la télésanté; l'établissement de politiques de remboursement de la télésanté, de lignes directrices et protocoles et d'ententes interprovinciales sur le droit de pratique; l'utilisation de la technologie conviviale.

En 2003, le réseau de la télésanté de l'Alberta comptait plus de 200 sites de télésanté dans l'ensemble de la province. Il est relié à Health Link Alberta, un service provincial de renseignements et de conseils téléphoniques fonctionnant 24 heures sur 24. Les initiatives locales de soins de santé primaires consistent en une entente conclue entre un groupe de médecins et leur région régionale de la santé, en vertu de laquelle ils s'engagent à assurer une liste requise de services de soins primaires à une population déterminée d'une région. Jusqu'à 12 ententes de ce genre sont censées être conclues en 2005.

Le Provincial Mental Health Advisory Board du Alberta Hospital à Pokona a mis sur pied un service de télépsychiatrie afin d'assurer un accès accru aux consultations psychiatriques dans les petites collectivités rurales de l'Alberta. À la suite d'un projet pilote mené à bien en 1996, le service a été élargi pour être offert à d'autres collectivités. Le projet est financé par le Provincial Mental Health

Advisory Board et la régie régionale de la santé. Les patients doivent être aiguillés par un médecin généraliste et les consultations sont organisées par un coordonnateur de la télépsychiatrie, lequel fait aussi fonction de facilitateur et de personne-ressource. Les consultations se tiennent par vidéoconférence. Les résultats de l'évaluation se sont révélés positifs, tant du point de vue des médecins que de celui des patients (quatre-vingt-quatorze pour cent (94 %) des patients se disent très satisfaits des résultats). Les psychiatres-conseils sont d'avis que le service réduit le nombre d'hospitalisations chez certains patients et permet une intervention plus précoce chez d'autres. Les coûts du service de télépsychiatrie sont les mêmes que ceux des psychiatres itinérants. Il a été démontré que le service est plus coûteux si le volume de patients est moindre et moins coûteux si le volume est élevé (Doze, Simpson, Hailey et Jacobs, 1999).

2.2.1.9 Autres modèles et initiatives de déploiement des RHS

L'étude mentionnée auparavant menée pour le compte du *Groupe de travail Deux, Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada* (Groupe de travail Deux, 2003), qui consistait à faire un inventaire et une synthèse des modèles nouveaux et émergents de prestation des soins de santé, renferme de nombreux exemples de pratiques de déploiement des ressources humaines en santé ayant cours au Canada. Les paragraphes qui suivent donnent un aperçu des divers modèles applicables relevés dans la base de données du Groupe de travail Deux. Ces modèles sont identifiés par leur numéro repère de la base de données.

À Halifax, on a mis en œuvre un modèle de soins partagés prévu pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui faisait la promotion d'une approche intégrée et holistique vis-à-vis des problèmes de santé physique et mentale. Trois médecins de famille, un psychiatre à temps partiel et des intervenants en santé mentale forment l'équipe de traitement. (H0062)

Parrainés par la Calgary Urban Project Society, les services d'infirmières praticiennes ont été intégrés à un centre d'accueil d'un quartier défavorisé du centre-ville offrant des services par le truchement d'une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de dentistes, de chiropraticiens et d'orthésistes. Le rôle de l'infirmière praticienne vient accroître la capacité de l'équipe de soins primaires d'assurer une approche coordonnée de la prestation des services. (H0057)

Le Eskasoni Primary Care Project, au Cap Breton, a permis de mettre sur pied un centre de soins de santé et d'y intégrer de nombreux programmes de soins primaires exécutés par une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin, d'une infirmière en soins de santé primaires, d'une éducatrice en alimentation, d'un pharmacien, d'une infirmière en santé communautaire et d'un intervenant en éducation sur le diabète. (H0055)

Le Manitoba Telehealth Network compte 21 sites de télésanté dotés de 30 employés et exploités par le Winnipeg Health Sciences Centre. (H0050)

Le Registered Nurse First Assistants Programme (RNFA) offert au Health Sciences Hospital de Hamilton (Ontario), retient les services d'infirmières premières assistantes pour la pratique avancée

en assistance chirurgicale, y compris pour assumer la responsabilité de la continuité des soins avant, pendant et après l'intervention, pendant une période pouvant aller jusqu'à six semaines. (H0045)

Le Aboriginal Health and Wellness Centre de Winnipeg assure des services aux Premières nations, aux Inuits et aux Indiens non inscrits grâce à un personnel de 38 employés (deux médecins à temps plein, trois infirmières autorisées, une infirmière auxiliaire autorisée, une infirmière de pratique avancée, des aînés et des guérisseurs traditionnels). Les services englobent six programmes reposant sur la philosophie de la matrice du cercle d'influences et couvrent les besoins physiques, intellectuels, émotifs et spirituels; ils sont utilisés comme solution de rechange au modèle de la médecine conventionnelle. (H0039)

La Telehealth and Educational Technology Resource Agency de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) utilise les applications de la télésanté dans le cadre du diagnostic clinique, des soins et de l'éducation en faisant appel à la technologie de l'information dans les régions urbaines, éloignées et isolées (c'est-à-dire à plus de 200 emplacements de toute la province), en plus d'offrir des soins aux patients des régions éloignées et isolées et de faciliter la formation pour les dispensateurs. (H0037)

Le Mental Health Programme de la Hamilton-Wentworth Health Service Organization appuie 87 médecins de famille servant une population de 170 000 patients dans 36 pratiques. Des services de santé mentale sont assurés sur place par un conseiller en la matière et un psychiatre itinérant. Les conseillers en santé mentale peuvent être des infirmières autorisées, des psychologues, des travailleurs sociaux ou des travailleurs communautaires. Les constatations de l'évaluation font état d'un degré élevé de satisfaction chez les médecins participant au programme. (H0032)

Le modèle de médecins hospitaliers de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique de Saint-Jean (Nouveau-Brunswick) consiste en cinq équipes de spécialistes de la médecine interne et de médecins qui travaillent le matin seulement pendant deux semaines, selon un calendrier de rotation de dix semaines, de concert avec une infirmière principale qui facilite la prestation des soins et la prise de décisions, la planification et la surveillance ainsi que le congé et la post-observation des patients. Deux unités de soins infirmiers de l'hôpital sont désignées comme unités de médecins hospitaliers et le fait pour un patient de ne pas avoir accès à un médecin de famille désigné constitue un critère d'admission à ces unités. (H0031)

Le modèle des médecins hospitaliers pour les soins aux malades hospitalisés prévoit le recours à des médecins de famille ou à des internistes qui sont désignés comme solution de rechange aux soins primaires offerts à l'hôpital; ce modèle est en vigueur au Peter Lougheed Hospital à Calgary, au Womens' College Hospital à Toronto, à la Hamilton Health Services Corporation et au William Osler Healthcare Centre à Brampton (Ontario). (H0030)

Six collectifs de soins primaires sont organisés à Edmonton. Chaque groupe est composé d'un médecin de famille, d'un pharmacien communautaire et d'un gestionnaire des soins à domicile. Cette pratique concertée et axée sur le patient vise surtout la gestion des médicaments. (H0024)

À Fredericton, au Nouveau-Brunswick, une clinique de dialyse rénale autonome est exploitée par une infirmière gestionnaire et sept infirmières et est dotée de quatre employés de soutien. La clinique est reliée à Saint-Jean grâce à la télésanté, plus précisément de vidéoconférences. (H0022)

Le Campbellford Memorial Hospital, un hôpital de soins primaires rural du sud de l'Ontario, offre les services d'un médecin de famille qui, grâce à la collaboration et à la supervision d'un psychiatre d'une ville avoisinante, consacre sept heures par semaine à la consultation en santé mentale à l'hôpital. (H0016)

Le projet Strengthening Primary Care in Nova Scotia Communities est exploité dans quatre emplacements (Caledonia, Pictou West, Springhill, Halifax). Des équipes sur place sont formées et comportent trois éléments, à savoir une infirmière praticienne œuvrant de concert avec un médecin de famille, un régime optionnel de rémunération pour le médecin des soins primaires participant et l'utilisation d'un système informatisé de renseignements qui convertit les dossiers des patients en dossiers électroniques. (H0010)

La région de la santé de Calgary a mis en œuvre un modèle d'infirmières praticiennes dans les centres de soins de courte durée. Le modèle prévoit le recours élargi aux infirmières praticiennes autorisées dans plusieurs secteurs des soins hospitaliers de courte durée : l'unité des soins intensifs pour nouveau-nés, l'unité de neurologie, l'unité de chirurgie cardiaque, la gériatrie spécialisée et le programme des accidents vasculaires cérébraux. (H007)

Voici d'autres exemples de modèles et d'initiatives de déploiement dignes de mention.

Régions rurales - Des programmes d'extension des services de réadaptation sont exploités dans plusieurs provinces canadiennes. Les services offerts comprennent des équipes de travailleurs de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmières, thérapeutes orthésistes, travailleurs sociaux et psychologues) qui sont en place dans les établissements de santé des régions urbaines et qui se déplacent pour assurer les services dans les collectivités rurales (Sullivan et coll., 1993).

Quartiers défavorisés des centres-villes - Le Klinik Community Health Care Centre de Winnipeg (Manitoba), a été créé il y a plus de 30 ans et offre une approche multidisciplinaire à une clientèle à risque élevé formée d'itinérants, de sans-abri, d'utilisateurs de drogues et d'autres personnes. Les adolescents constituent aussi un groupe démographique ciblé. L'approche holistique de la clinique prévoit du counselling en matière de santé et des services sociaux. Les membres de l'équipe reçoivent une formation sur les soins et traitements liés au VIH, à l'hépatite et aux MTS. L'équipe multidisciplinaire est formée de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières de pratique avancée et de travailleurs sociaux et offre aussi d'autres services de soutien. Elle a établi des liens spéciaux avec des services et des réseaux de soutien communautaire. Les dispensateurs de soins primaires sont les infirmières praticiennes, tandis que les médecins servent de personnes-ressources. La viabilité de ce modèle pose problème en raison du système de financement utilisé (certains médecins touchent un traitement; d'autres sont rémunérés à l'acte mais ne sont pas dédommages pour les travaux administratifs). Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation. (H0133)

Pharmaciens - Les pharmaciens sont considérés comme une ressource sous-utilisée du système de santé pouvant apporter une contribution considérable dans le domaine de l'éducation sanitaire, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. La Division of Cardiology de l'Université de l'Alberta a mis en branle un projet d'intervention sur les risques cardiovasculaires qui fait appel aux pharmaciens communautaires pour assurer des services de prévention en vue d'accroître le dépistage de la dyslipidémie et l'utilisation d'hypocholestérolémiants chez les patients à risque élevé. L'étude a été rapidement menée à terme étant donné que le groupe d'intervention affichait des bienfaits considérables par rapport au groupe témoin recevant les soins habituels. Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des patients étaient très satisfaits des services dispensés par les pharmaciens. Pour assurer l'efficacité de ce modèle, il faut prévoir la formation des pharmaciens; cette formation est présentement offerte au moyen d'un programme sur Internet. Une étude de l'incidence économique a révélé que l'intervention est rentable, le coût ayant été établi à environ 7 \$ par patient pour une période de quatre mois (Simpson, Johnson et Tsuyiki, 2001; Tsuyiki, Teo, Simpson, Ackman, Biggs et Cave, 2002).

Auxiliaires cliniques - Afin de traiter du problème du nombre limité de médecins au Manitoba, la province a approuvé des règlements qui permettent au College of Physicians and Surgeons of Manitoba d'établir un poste de professionnel des soins de santé du nom d'auxiliaire clinique. Ce poste a été créé afin de composer avec la pénurie de médecins dans les hôpitaux et dans les régions rurales et éloignées de la province. Les auxiliaires cliniques peuvent être des personnes ayant suivi un programme d'auxiliaire médical certifié des États-Unis, des auxiliaires médicaux ayant reçu leur formation et ayant servi à ce titre dans les Forces armées canadiennes, des diplômés d'écoles de médecine de l'étranger, des techniciens d'urgence médicale de niveau III ou encore des membres autorisés de l'organisme de réglementation de la santé du Manitoba, comme des infirmières, des physiothérapeutes, des dentistes, etc. Le processus d'évaluation de l'admissibilité au Clinician's Assessment and Professional Enhancement (CAPE) Programme est administré par la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. À la fin de la première année, il y a une autre série d'examen pour évaluer la compétence des participants en fonction des exigences particulières de leur poste. Les auxiliaires cliniques œuvrent de concert avec un médecin surveillant et remplissent les mêmes fonctions que ce dernier dans leurs secteurs de compétences déterminés (exception faite de la prescription de stupéfiants). Ils sont payés à même les budgets de fonctionnement des régions régionales de la santé. Le modèle n'a fait l'objet d'aucune évaluation, mais les médecins semblent ravis. Il est à souhaiter que le programme sera utilisé pour fournir des services cliniques dans les régions rurales, éloignées et nordiques de la province. Pour ce faire, il faudra habilitier et autoriser les auxiliaires cliniques afin de leur permettre de travailler en autonomie, sans médecin surveillant (Groupe de travail Deux, 2003).

Dans le Plan d'activités de 2002 du ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador, on fait allusion à un rôle élargi pour les travailleurs paramédicaux ayant une formation et des compétences poussées. Un tel rôle pourrait peut-être réduire la charge de travail des services d'urgence, accroître la capacité d'assistance dans les soins prodigués à l'extérieur de l'hôpital, réduire la nécessité de prévoir du personnel infirmier à bord des ambulances lors des déplacements et permettre aux titulaires de participer à la formation sur la prévention des accidents offerte dans les écoles et auprès des personnes âgées.

2.2.2 Pratiques internationales relatives aux RHS

2.2.2.1 Tendances générales

L'examen de la documentation internationale concernant les pratiques privilégiées de déploiement a permis de constater, dans les cadres stratégiques de compression des coûts, d'accès aux services de santé et de prestation de soins de qualité aux citoyens des pays examinés, qu'une importance accrue était accordée aux soins de santé primaires et qu'un changement d'orientation s'opérait pour abandonner les dispensateurs spécialisés au profit des dispensateurs de soins primaires. Les dix dernières années ont été marquées d'une part considérable d'expérimentation et d'innovation, particulièrement au plan de la substitution de professionnels moins spécialisés et moins coûteux à des dispensateurs de soins de santé plus spécialisés, de l'importance accordée au concept de la prestation des soins par des équipes et de l'élargissement du cadre des fonctions. Les changements d'ordre juridique et réglementaire ont, dans une certaine mesure, reflété et appuyé cette tendance, mais on estime qu'ils accusent un certain retard par rapport aux changements apportés sur le plan de la pratique.

Une part importante de la documentation est axée sur le rôle élargi de l'infirmière praticienne dans le cadre des soins de santé primaires ainsi que sur l'émergence des rôles de l'infirmière de pratique avancée et de l'auxiliaire médical. On accorde de plus en plus de poids au concept de l'équipe de soins primaires pour la prestation des services de santé, à l'importance de la planification des effectifs et à la nécessité de prévoir des stratégies nationales sur les RHS.

En 1997, une analyse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) portant sur les stratégies de réforme des soins de santé en Europe (*European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*) a étayé de documents les changements survenus dans les politiques et les pratiques en matière de santé au cours des deux décennies précédentes. Une population vieillissante, une incidence et une prévalence accrues des maladies chroniques, la disponibilité de nouvelles technologies et les attentes croissantes du public ont exercé des pressions croissantes sur les systèmes de santé dans l'ensemble de l'Europe. Ces facteurs ont fait ressortir la nécessité absolue d'une réforme de la santé. Parmi les défis à relever, mentionnons l'incapacité des décideurs de faire passer les ressources des soins curatifs aux soins préventifs, ou encore des soins secondaires et tertiaires aux soins primaires. L'analyse a également fait ressortir le manque de collaboration entre les secteurs de la santé, du logement, de l'agriculture, de la nutrition, de l'éducation et de la formation, une collaboration qui est nécessaire pour obtenir de meilleurs résultats cliniques. Elle a de plus cerné dans de nombreux pays et régions un manque de continuité entre le secteur des hôpitaux et celui des soins de santé primaires, ainsi qu'entre les services de santé et les services sociaux. Les quatre priorités suivantes visant d'importantes stratégies de réforme ont vu le jour en Europe : le rôle changeant de l'État et du marché dans les soins de santé; la décentralisation en faveur de paliers inférieurs; l'habilitation des patients; l'évolution du rôle de la santé publique. L'étude de l'OMS documente la façon dont, au cours des deux dernières décennies, une attention accrue a été portée à l'organisation des services et des dispensateurs de services, ce qui a mis en relief l'efficacité administrative et les résultats cliniques. Les efforts déployés étaient également axés sur la qualité des programmes de soins et, lorsque la chose était possible, sur la substitution de formes de soins plus appropriées à des formes

de soins qui l'étaient moins. Ces mesures comprenaient, entre autres, l'attribution d'une plus grande importance à la substitution des soins de santé en tant que principale stratégie de déploiement. La substitution, dans ce contexte, est définie comme étant le processus de regroupement des ressources dans l'ensemble et à l'intérieur des cadres de soins afin de mieux exploiter les solutions les meilleures et les moins coûteuses face aux exigences et aux besoins qui ne cessent de croître. Elle comprend la réorganisation du personnel, des compétences, du matériel, de l'information et des installations du secteur de la santé de manière à obtenir de meilleurs résultats cliniques et financiers et de meilleurs résultats liés aux patients. Les soins de santé primaires, en raison de l'importance qu'ils accordent au travail d'équipe, ont grandement favorisé la substitution (OMS, 1997).

Les réformes de la santé apportées au Royaume-Uni dans le cadre du programme du NHS (National Health Service) au cours des années 1980 et 1990 étaient principalement axées sur les changements structurels, la compression des coûts et l'introduction de mécanismes de marché et de décisions de consommation. Depuis ces réformes en 1991, l'importance a été accordée à la décentralisation de la responsabilité de gestion - établissement d'hôpitaux autonomes et d'unités de soins primaires (des « fiducies » du NHS) et création de « marchés internes », notamment de l'axe acheteur-fournisseur. Les réformes du NHS s'inspiraient des principes de la nouvelle gestion publique et, à ce titre, visaient l'importation de nombreuses pratiques commerciales du secteur privé, y compris en matière de gestion des ressources humaines. Un spécialiste de la question, M. James Buchan, soutient que les réformes visant la décentralisation, la dévolution et une plus grande concurrence ne prévoyaient pas de plan directeur pour la gestion des RHS. L'approche à cet égard était axée sur la réduction des coûts et sur le maintien des prix à un niveau si inférieur qu'ils assureraient la concurrence. Pour ce faire, il fallait trouver les niveaux de dotation et la composition de l'effectif les plus rentables ainsi qu'une composition différente des groupes professionnels. De plus, l'« assistant en soins de santé » a été introduit à titre de nouveau travailleur de soutien générique ou polyvalent (ce qui a également été fait aux États-Unis). L'auteur souligne que très peu d'évaluations ont été faites de la rentabilité des expériences sur la composition des effectifs (ce qui est attribué à l'érosion des données disponibles résultant de la décentralisation). Le déploiement rentable des effectifs et la substitution des compétences constituaient les moyens les plus courants de réaliser des économies, habituellement en substituant des professionnels les moins coûteux aux professionnels les plus coûteux. Les soins axés sur le patient sont le système de « restructuration » conçu pour assurer des soins grâce à des équipes multidisciplinaires, et l'on reconnaît que ce système permet la réalisation d'importantes économies dans les frais de main-d'œuvre et d'administration résultant de la modification de l'éventail des compétences, des niveaux de dotation et des pratiques de travail. Buchan soutient que bon nombre de ces pratiques nouvelles n'ont pas été mises en œuvre à partir d'une solide base de données probantes et n'ont pas non plus fait l'objet d'études d'évaluation qui documentent les effets des changements sur les tendances en matière de déploiement et sur l'éventail des compétences. (Buchan, 2000)

Une publication du Department of Health du Royaume-Uni intitulée *Delivering the HR in the NHS Plan, 2004* décrit en détail la définition de nouveaux rôles et modèles ainsi que de nouvelles façons de travailler dans l'ensemble du NHS, ce qui comprend l'augmentation de la diversité et de la flexibilité des ressources humaines et l'abandon de la délimitation des professions au profit du travail en équipe tout en tenant principalement compte des besoins du patient. Un fait nouveau digne de

mention est l'émergence des praticiens ayant un intérêt particulier, lesquels sont des médecins, des infirmières ou d'autres professionnels des soins de santé qui oeuvrent dans le secteur des soins de santé primaires et qui acquièrent des compétences en matière de procédures et de traitements que l'on ne retrouve habituellement que dans les cadres hospitaliers. Cette situation reflète chez ces professionnels une tendance à acquérir des compétences de manière à pouvoir élargir leurs cadres de pratique habituels (UKDOH, 2004).

Une récente étude de la Banque mondiale (Giles et Dubois, 2003) portant sur les composantes critiques des politiques sur les RHS met en relief l'importance stratégique de la planification et de la gestion efficaces des RHS et met de l'avant une série de recommandations, dont les suivantes :

- une meilleure planification afin de prévenir la surdotation;
- une meilleure distribution du personnel selon les catégories (p. ex., augmentation de la proportion d'auxiliaires et de techniciens afin d'améliorer la productivité du personnel spécialisé dans l'accomplissement de tâches nécessitant des compétences supérieures);
- la reconnaissance de nouvelles catégories d'employés, comme l'infirmière clinicienne, ou celle des dispensateurs existants, comme les sages-femmes, les guérisseurs traditionnels, etc.;
- la modification des conditions de travail afin de permettre une plus grande mobilité du personnel, une plus grande souplesse dans le déploiement ou la simplification des méthodes de rémunération de manière à les aligner avec les attentes sur le plan du rendement.

Les auteurs soutiennent également que les changements apportés à l'organisation et à la prestation des services de santé doivent nécessairement avoir aussi un effet fondamental sur le déploiement et la gestion des RHS. L'importance traditionnelle accordée à la spécialisation des services doit donner lieu à de nouveaux modèles qui mettent en relief l'intégration et le travail d'équipe. Jusqu'ici, la planification a donné des résultats inefficaces, comme le démontrent la non-concordance des nombres, la disparité sur le plan de la qualité, la répartition inégale et le manque de cohérence entre les pratiques liées aux ressources humaines et les préoccupations dominantes des politiques en matière de santé.

Le document intitulé *La main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale* (Étude sectorielle sur les soins infirmiers, 2004) dont la rédaction a été financée par le gouvernement du Canada documente la pénurie d'infirmières à l'échelle internationale et décrit la façon dont les divers pays ont traité le problème. Parmi les mesures préconisées, mentionnons le recrutement interne, l'augmentation du nombre de postes d'étudiants, de bourses d'études et de prêts, le recrutement externe (international) et les mesures de maintien en poste, y compris un meilleur déploiement des effectifs infirmiers. Pour ce qui est des recommandations, elles visent la collaboration internationale nécessaire pour régler les pénuries, y compris l'établissement de bases de données statistiques internationales et nationales pour recueillir des données sur la main-d'œuvre infirmière et aider ainsi chacune des nations à élaborer des politiques sur la santé. Le rapport fait mention de diverses stratégies mises en œuvre par les divers pays afin d'accroître la réserve de main-d'œuvre infirmière,

notamment en France où le gouvernement parraine des programmes de recyclage et d'aide à l'emploi. Ces mesures ont permis d'accroître le nombre de postes d'étudiants en sciences infirmières, 45 000 nouveaux postes ayant été créés. Dans la même veine, de nouveaux programmes d'enseignement et d'éducation permanente ont été mis sur pied et prévoient de l'aide pour le placement clinique des diplômés. Le Royaume-Uni a entrepris un vigoureux processus de recrutement à l'échelle internationale; le rapport actuel des infirmières nationales et des infirmières internationales y est de 1:3 (comparativement à 1:10 dans les années 1990). Ces efforts de recrutement international constituent une stratégie majeure visant à accroître la réserve de la main-d'œuvre infirmière au Royaume-Uni pour atteindre la cible de 20 000 infirmières additionnelles d'ici à 2004.

Un examen international de la planification des effectifs de la santé et de la façon de parvenir à un équilibre qui soit durable a été effectué pour la Division des stratégies des ressources humaines de la santé de Santé Canada (Mable et Marriott, 2002). Les auteurs de l'étude ont examiné les tendances liées aux questions de planification des RHS au Canada et à l'échelle internationale et ont souligné que même si on faisait de plus en plus allusion aux approches axées sur les équipes et si on utilisait de plus en plus de telles approches dans le cadre de la planification et du déploiement des RHS, la plupart des pays continuent d'utiliser les types traditionnels d'approches et de modèles propres à la profession. La planification des effectifs médicaux constitue toujours un élément dominant de ces modèles. Un examen des tendances internationales a permis de constater que l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Australie ont toujours des modèles axés sur la planification des ressources en médecins, tandis que la Nouvelle-Zélande, les États-Unis et le Royaume-Uni ont commencé à se pencher sur la planification axée sur l'ensemble des effectifs et sur les ressources intégrées. L'exception à cette règle serait l'Australie, qui a adopté des méthodologies et des processus de planification prévoyant l'application de modalités multiples. L'Australie a mis sur pied en 1995 le Australian Workforce Advisory Committee, qui relève du Conseil consultatif des ministres de la Santé. On a relevé dans ce pays une tendance accrue à amorcer des changements dans les structures organisationnelles et dans les politiques afin de permettre l'établissement d'équipes multidisciplinaires de dispensateurs de soins de santé. La Nouvelle-Zélande a quant à elle mis sur pied le Health Workforce Advisory Committee en 2000 afin de lui confier la coordination de la planification des effectifs. Le Royaume-Uni est en train d'adopter la planification intégrée pour l'ensemble des RHS, ce qui vient confirmer son engagement vis-à-vis de déploiement d'équipes multidisciplinaires. Le Royaume-Uni se concentre sur les renseignements nécessaires pour appuyer les initiatives locales, régionales et nationales de planification des effectifs. Le Canada s'est engagé à assurer une planification accrue des effectifs par le truchement des ministres FPT de la Santé en 1998 et des premiers ministres dans le Plan d'action pour le renouvellement du système de santé en 2000. Aux États-Unis, le Federal Bureau of Health Professions a établi des lignes directrices pour les États afin qu'ils mettent sur pied des organismes consultatifs centraux chargés d'examiner la question des effectifs.

2.2.2.2 Déploiement lié à la pratique des soins infirmiers et élargissement du cadre des fonctions

Une analyse des stratégies de réforme des soins de santé en Europe effectuée par l'Organisation

mondiale de la santé (*European Health Care Reform Analysis of Current Strategies, 1997*) fait état de l'importance accrue accordée par les pays européens à l'élargissement du rôle des soins infirmiers dans la prestation des soins de santé primaires. Ce virage est accompagné, dans de nombreux pays, de changements dans le programme d'études des infirmières. Il est question dans cette analyse des changements survenus dans la profession des soins infirmiers au Royaume-Uni, plus particulièrement de l'émergence des rôles de l'infirmière de pratique (*practice nurse*) et de l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*). Les infirmières de pratique sont embauchées par des médecins généralistes comme membres de l'équipe des soins de santé primaires afin d'assurer des soins infirmiers dans la clinique du médecin généraliste. L'infirmière praticienne, pour sa part, peut travailler dans un hôpital ou dans la collectivité, elle peut être embauchée par un médecin généraliste ou par une régie de la santé, et elle est habituellement autorisée à prendre des décisions sur les soins du patient, le diagnostic et le traitement des affections et l'aiguillage des patients. Les auteurs du document citent plusieurs études qui mesurent les résultats de telles interventions des infirmières (Royaume-Uni et Europe du Nord), tout en démontrant que le secteur des soins infirmiers offre des services comparables et est plus rentable que les soins offerts par le médecin généraliste (OMS, 1997).

En 2001, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a produit un feuillet de renseignements qui résume les thèmes communs se dégageant des rôles de l'infirmière praticienne autour du monde. Les infirmières praticiennes sont habituellement autorisées à prescrire des médicaments, à traiter des malades, à aiguiller ces derniers vers d'autres professionnels et à admettre des patients à l'hôpital. Elles font fonction de point de contact reconnu pour les clients, assurent la prise en charge des cas (leurs propres charges de travail) et les soins diagnostiques et prodiguent un traitement et des soins préventifs ou palliatifs. Selon les auteurs du feuillet, le nombre d'infirmières praticiennes allait passer de 65 000 en 2001 à 100 000 en 2005 aux États-Unis. À compter de 2001, l'Australie allait mettre à jour ses dispositions législatives afin de reconnaître le cadre des fonctions des infirmières praticiennes. Les auteurs font remarquer qu'au Royaume-Uni, on reconnaît dans la plupart des documents que les infirmières praticiennes constitueront une importante ressource dans les soins de santé primaires. En Nouvelle-Zélande, une loi a été adoptée afin de protéger l'infirmière praticienne; elle énonce des principes directeurs pour le cadre des fonctions. Le rôle des infirmières praticiennes en Nouvelle-Zélande comprend des façons novatrices de rejoindre les collectivités, de répondre aux besoins en santé dans l'ensemble des secteurs et de compléter les services existants. De façon générale, les auteurs en viennent à la conclusion que l'on reconnaît de plus en plus, autour du monde, que le rôle des infirmières praticiennes a le potentiel de contribuer considérablement à la solution de certains problèmes actuels liés à la prestation des soins de santé.

Une étude australienne présente un autre modèle de restructuration des rôles professionnels en fonction des responsabilités élargies des infirmières et, partant, d'amélioration du déploiement des RHS. L'accès limité aux services de santé dans les collectivités australiennes éloignées et rurales tient à d'importants obstacles comme les longues distances à parcourir pour obtenir des services, l'absence de services de transport et la disponibilité insuffisante du personnel des services de santé. Dans les régions rurales de l'Australie, l'accès aux médecins de famille est très limité. Les deux types suivants d'infirmières travaillent principalement dans ces régions : les infirmières rurales et les infirmières des régions éloignées. Ces deux types d'infirmières exercent leur profession de façon

relativement autonome, en fonction surtout des besoins de la collectivité visée. Lauder, Sharkey et Reel (2003) font remarquer que le rôle des infirmières des régions rurales et des régions éloignées ressemble à celui de l'infirmière praticienne de pratique avancée et exige des compétences allant au-delà de celles acquises dans le cadre des programmes de base d'enseignement des sciences infirmières. Les auteurs recommandent donc la restructuration du rôle des infirmières exerçant dans les régions rurales et les régions éloignées et, pour atteindre cet objectif, recommandent de mettre en place un plan d'enseignement national prévoyant des normes et des ententes minimales d'éducation et de rendement clairement définies pour l'apprentissage partagé entre les infirmières et les médecins généralistes. Ce modèle ferait de l'infirmière praticienne familiale et du médecin généraliste le premier point de contact au sein des collectivités rurales, et de l'infirmière en hygiène familiale (*family health nurse*) la principale dispensatrice de soins dans ces mêmes collectivités.

Le rôle potentiel de l'infirmière en hygiène familiale va au-delà des services médicaux traditionnels. Il a été démontré que la santé des populations éloignées et souffrant d'exclusion sociale, comme les aborigènes australiens, ne s'améliore pas comparativement à celle des autres populations australiennes. On laisse entendre que l'infirmière en hygiène familiale pourrait jouer un rôle prépondérant dans la réponse à ce défi des collectivités éloignées en y coordonnant les soins de santé, l'aide sociale, l'hébergement, le développement communautaire et l'éducation pour les familles vulnérables. Le concept de l'infirmière en hygiène familiale est une stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (Europe) qui a été élaborée dans le but d'améliorer l'accès aux interventions communautaires. Cette stratégie s'affermi au sein de la collectivité européenne en tant que structure de base pour la pratique des soins infirmiers. Le rôle de l'infirmière en hygiène familiale est perçu comme celui d'une clinicienne spécialisée agissant à titre d'experte-conseil, d'éducatrice, d'administratrice et de chercheure et assurant l'évaluation et la gestion des problèmes, tant sur le plan de la médecine que des soins infirmiers. Cette pratique met en valeur la promotion et le maintien de la santé, la prévention des maladies ainsi que le diagnostic et la prise en charge des maladies aiguës et des maladies chroniques.

Au Royaume-Uni, certaines initiatives du National Health Service font appel aux services de l'infirmière comme principal élément de l'équipe de soins de santé communautaires, soit comme premier contact pour les services de soins de santé primaires ou comme soutien auprès des infirmières travaillant de concert avec médecins généralistes. Le NHS considère les soins de santé primaires comme l'assise du système de santé et les infirmières comme les premiers points d'entrée dans de nombreuses cliniques du Royaume-Uni. L'Angleterre compte quelque 40 cliniques sans rendez-vous où les infirmières dirigent la prestation des services de soins primaires (Lauder et coll., 2003).

Dans une autre étude menée au Royaume-Uni, on signale que depuis le début des années 1990, il y a eu augmentation des activités menées par les infirmières de pratique, qui assument des rôles et des tâches allant au-delà de ceux traditionnellement rattachés aux soins infirmiers primaires et communautaires. Les constatations de la recherche indiquent qu'il y a eu augmentation de la charge de travail du médecin généraliste et de l'infirmière de pratique depuis la conclusion d'un contrat entre les médecins généralistes et le NHS. Les auteurs sont d'avis que 39 % des consultations avec les médecins généralistes ont un élément qui peut être délégué aux infirmières de pratique et que

17 % pourraient être déléguées intégralement. Ils citent des études dans le cadre desquelles des infirmières géraient les rendez-vous après les heures de bureau et les visites à domicile, ce qui a permis de diminuer de façon considérable - d'environ 50 % - la charge de travail du médecin généraliste auprès de ces patients (Richards, Carley et Jenkins-Clarke, 2000).

Une autre analyse effectuée au Royaume-Uni a traité de l'incidence de la modification des cadres de fonctions des professionnels en vue de promouvoir des stratégies de substitution professionnelle. Les auteurs de l'analyse décrivent le National Health Service Plan (2000), qui trace les grandes lignes de la stratégie du gouvernement visant la réforme des services du NHS. Cette stratégie comprend des projets visant à accroître le nombre d'infirmières embauchées par le NHS en augmentant le nombre et l'emplacement des programmes de recyclage de manière à encourager les infirmières qui ont quitté le marché du travail à obtenir la formation nécessaire pour y retourner. Un plus grand nombre de postes d'infirmières-conseil et de sages-femmes sont en voie d'être créés. L'article décrit aussi les propos d'éducateurs et de décideurs sur divers moyens d'introduire la formation interprofessionnelle (Masterson, 2002).

Aux États-Unis, voilà également plus de 20 ans que l'on restructure le déploiement des infirmières autorisées (IA) en milieu hospitalier. Les auteurs d'un article explorant ce sujet décrivent un certain nombre de facteurs sous-jacents du déploiement des IA en milieu institutionnel. Les premiers efforts déployés en ce sens au milieu des années 1980 étaient axés sur l'utilisation plus efficace du temps des IA. De nombreux hôpitaux ont créé des postes de « prolongement » du médecin et d'autres types de soutien non clinique ou de rôles d'assistance pour les tâches administratives et de bureau. La réduction des coûts ne constituait pas le principal objectif; il s'agissait plutôt de mettre en œuvre des changements n'affectant pas le budget afin d'optimiser le temps consacré par les IA à la prestation des soins et, partant, d'améliorer la qualité de ceux-ci. Des efforts connexes de restructuration visant à améliorer les soins prodigués aux patients ont été déployés au cours des années 1980 et 1990; l'intention était alors surtout d'assurer entre 80 et 90 % des soins requis au chevet des patients. Au cours des années 1990, cependant, les plans de restructuration des hôpitaux avaient tendance à privilégier les stratégies de réalisation d'économies qui prévoyaient le remplacement des infirmières autorisées par des infirmières auxiliaires autorisées et du personnel aidant non autorisé, moins coûteux. Cette tendance de substitution des IA a été source d'une grande insatisfaction chez les IA et a engendré de sérieux problèmes de maintien en poste. Même si, en théorie, elle constituait une amélioration par rapport aux modèles de soins infirmiers assurés selon le principe des équipes, elle réduisait le temps consacré par les IA aux soins du patient et augmentait l'importance accordée aux activités de planification et d'administration (Norrish et Rundall, 2001).

Au milieu des années 1990, la Veteran's Health Administration (VHA) des États-Unis a mis sur pied un important projet de réorganisation de la prestation de ses services de soins primaires aux anciens combattants, du nom de *Prescription for Change*. L'intention était de mettre en œuvre des changements qui donneraient lieu à une amélioration du rendement, notamment des coûts réels, ainsi que de l'accès aux soins primaires, des temps d'attente, de la satisfaction des clients et de l'état fonctionnel des patients. La VHA souhaitait établir un système intégré de prestation des soins de santé qui repose sur des services ambulatoires et des services de soins primaires pouvant être offerts dans les collectivités. Un volet clé de la stratégie de changement consistait à améliorer l'accès des

patients aux soins de santé primaires en élargissant le rôle des infirmières praticiennes et des auxiliaires médicales. Le déploiement des infirmières de pratique avancée (qui comprennent les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes) dans le système de la VHA se fait depuis plus de 20 ans. L'Advance Practice Nursing Advisory Council de la VHA a mis sur pied un groupe de travail sur les modèles de pratiques exemplaires pour cerner les modèles de prestation de soins aux patients qui maximisent le déploiement ainsi que la contribution possible des soins infirmiers de pratique avancée.

Le système de la VHA a mené à la création du groupe de travail sur les modèles de prestation des soins axés sur le patient, qui a examiné 40 modèles de soins aux patients ayant cours aux États-Unis, y compris le système de soins de santé de la VHA et celui du secteur privé. Un cadre d'évaluation a servi à évaluer l'évolution organisationnelle vers les orientations relatives aux services axés sur le patient. Les constatations du groupe de travail ont mis en relief le rôle intégral des soins infirmiers avancés dans la prestation de soins de qualité et une corrélation positive avec des améliorations de l'efficacité du système de santé, la réalisation d'économies, la coordination des services et la satisfaction des patients (Lynn, Achtmeyer, Chavez, Zicafoose et Therien, 1999).

Des études ont montré que lorsque des cadres de fonctions interdisciplinaires et élargis sont mis en œuvre de façon intégrale et efficace, les résultats obtenus demeurent à des niveaux satisfaisants ou même plus élevés (tiré de Hopkins, Solomon et Abelson, 1996). Les auteurs citent notamment des exemples où les résultats cliniques obtenus pour les soins de santé primaires assurés par les infirmières praticiennes et les médecins généralistes sont identiques. Des résultats semblables ont été enregistrés au sein d'un service de consultations externes pour patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (rhumatologue consultant et infirmière praticienne), où les patients de l'infirmière praticienne obtenaient de plus grandes améliorations dans la mesure de la douleur, avaient une meilleure connaissance de leur maladie et affichaient des taux plus élevés de satisfaction globale envers les soins. Le dépistage par sigmoïdoscopie effectué par les infirmières ainsi que les chirurgiens cardiaques et les aides (sans formation médicale) affichait également des résultats très positifs. S'il est vrai que ce ne sont pas toutes les études qui ont fait état d'économies, aucune différence appréciable dans la qualité des soins ou dans les résultats cliniques n'a cependant été enregistrée (Hopkins et coll., 1996).

Lauder et ses collègues (2003) signalent que des études sur échantillon aléatoire et contrôlé menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont montré que, de façon générale, les infirmières praticiennes obtenaient chez leurs patients des résultats semblables à ceux des médecins généralistes, et que ces résultats étaient accompagnés de taux de satisfaction plus élevés. Les auteurs de l'article précisent qu'il a été démontré aux États-Unis que les cliniques mobiles dirigées par des infirmières à l'intention des populations rurales permettent d'augmenter les interventions de prévention et de réduire le recours aux installations d'urgence.

L'évolution du rôle des disciplines infirmières ne constitue qu'un exemple du déplacement des limites entre les professionnels de la santé. La documentation du Royaume-Uni indique que l'on accorde de plus en plus d'importance à la délégation entre professions de la santé et au sein même des professions. Ces changements soulèvent des préoccupations au sujet du caractère adéquat de

l'enseignement professionnel et de l'uniformité de la réglementation professionnelle, étant donné que les distinctions entre les professions de la santé deviennent progressivement plus nébuleuses. L'auteur d'un article du Royaume-Uni documente et traite diverses questions ayant trait à ces limites. Il laisse entendre que l'importance devrait être accordée aux résultats obtenus chez les patients plutôt qu'aux questions d'ordre professionnel visant à déterminer qui assure effectivement le service. L'auteur fait remarquer que le contrôle qu'exercent les professionnels sur les rôles liés à la santé est en train de s'éroder pour plusieurs raisons, dont les suivantes : les connaissances et l'autonomie accrues des utilisateurs des soins de santé, qui leur permettent de faire des choix plus éclairés, ainsi que la spécialisation technique accrue des tâches, qui amène une augmentation du nombre de spécialistes de la santé. L'auteur soutient qu'il est important de faire la distinction entre la complémentarité et la substitution, le premier de ces éléments mettant en relief des façons dont les rôles peuvent s'améliorer les uns les autres et le second ayant trait aux outils de remplacement. Dans les deux cas, il faut prévoir de la formation et de l'enseignement pour cerner et établir des relations de travail entre les groupes professionnels et pour s'adapter aux nouvelles demandes d'élargissement du cadre des fonctions (Materson, 2002).

L'American Nurses Association a produit un feuillet de renseignements sur les soins infirmiers de pratique avancée en 1995 (ANA, 1995). Même si ce feuillet n'est pas des plus récents, il offre néanmoins un bon survol de la classification des infirmières aux États-Unis. L'infirmière de pratique avancée est un terme général qui désigne une infirmière autorisée ayant satisfait à des exigences en matière de formation et de pratique clinique qui vont au-delà des deux à quatre années de formation de base en sciences infirmières exigées de toutes les IA. En 1995, il y avait quatre principaux types d'infirmières de pratique avancée :

- ✓ l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*)
Les infirmières praticiennes travaillent dans les cliniques, les maisons de repos, les hôpitaux ou leur propre bureau; elles effectuent des examens médicaux, prennent les antécédents médicaux, diagnostiquent et traitent des maladies aiguës mineures, prescrivent des épreuves de laboratoire et des radiographies pour ensuite en interpréter les résultats, et conseillent et renseignent les clients. Quarante-huit États permettent aux infirmières praticiennes de prescrire des médicaments.
- ✓ la sage-femme diplômée (*certified nurse midwife*)
Les sages-femmes diplômées offrent des soins gynécologiques de dépistage et des soins obstétriques à faible risque. Elles sont autorisées à prescrire des médicaments dans 33 États.
- ✓ l'infirmière clinicienne spécialisée (*clinical nurse specialist*)
Les infirmières cliniciennes spécialisées travaillent dans les hôpitaux, les cliniques, les maisons de repos, les bureaux et d'autres cadres communautaires. Elles offrent des services de soins primaires et de psychothérapie.
- ✓ l'infirmière anesthésiste diplômée (*certified registered nurse anaesthetist*)
Les infirmières anesthésistes diplômées administrent plus de 65 % de tous les agents anesthésiques et elles sont les seules à fournir des agents anesthésiques dans 85 % des hôpitaux ruraux.

2.2.2.3 Déploiement des ressources humaines dans le secteur de la pharmacie

La documentation internationale aborde un autre sujet pertinent pour l'étude des options de déploiement, à savoir le rôle nouveau que jouent les pharmaciens, particulièrement au Royaume-Uni et aux États-Unis. On y traite de l'utilisation croissante des pharmaciens pour les activités de promotion de la santé et d'éducation sanitaire ainsi que de l'évolution de leur rôle en soins primaires au sein de l'équipe des soins de santé primaires. Cette situation se traduit par une augmentation des responsabilités en matière de délivrance des médicaments confiées aux aides-pharmaciens. Des travaux de recherche effectués au Royaume-Uni viennent appuyer cette tendance et montrent que les pharmaciens peuvent participer à des campagnes efficaces de promotion de la santé, à des initiatives de dépistage systématique et à des services de renoncement au tabac.

Les pharmaciens reçoivent maintenant une formation dans les domaines de la nutrition, du renoncement au tabac et de la lutte contre l'asthme, de même que dans la prestation de conseils d'ordre social et psychologique aux patients. Un certain nombre de régies de la santé au Royaume-Uni ont dispensé de la formation aux pharmaciens, et 75 ont mis en place des activités de promotion de la santé communautaire qui mettent en relief le rôle des pharmaciens à titre de membres de l'équipe de promotion de la santé. Le versement d'une aide financière aux pharmaciens pour qu'ils entreprennent ces activités est fortement encouragé. La régie de la santé de Northwest Anglia a mis sur pied un régime d'agrément en vertu duquel les pharmaciens doivent participer à des ateliers sur la promotion de la santé, l'hygiène dentaire et les maladies coronariennes et œuvrer de concert avec les médecins généralistes. Le conseil de santé de Greater Glasgow organise des activités de promotion de la santé, d'hygiène dentaire et de santé mentale faisant appel à la participation des pharmaciens. Plusieurs régies régionales de la santé rémunèrent les pharmaciens pour les services de promotion et de counselling qu'ils assurent. En vertu du contrat de l'an 2000 du National Health Service (NHS), les pharmaciens du Royaume-Uni sont autorisés à prescrire des médicaments pour des affections bénignes. Cette tendance se dessine aussi en Suède et dans d'autres pays d'Europe, quoiqu'il y ait très peu d'études publiées pour l'étayer (Anderson, 2000).

Les États-Unis ont aussi connu un élargissement du cadre des fonctions des pharmaciens attribuable à la transition vers la licence en pharmacie du programme PharmD et vers les systèmes informatisés de délivrance des médicaments. En 1999, 24 États autorisaient une forme quelconque d'accord de pratique de collaboration dans le cadre duquel les médecins déléguaient certaines responsabilités de prise en charge des patients aux pharmaciens (allant de l'approbation des renouvellements d'ordonnance jusqu'à la modification et à l'amorce des régimes médicamenteux). Le rôle des pharmaciens évolue; il est passé de celui de dispensateur prescripteur à celui de dispensateur de soins pharmaceutiques (pratique de la pharmacie axée sur les patients et les résultats). Les soins pharmaceutiques supposent un nouveau cadre des fonctions et sont conçus pour promouvoir la santé, prévenir les maladies, évaluer, surveiller, amorcer et modifier l'utilisation des médicaments, évaluer les besoins thérapeutiques, prévenir les réactions indésirables et prendre en charge les maladies chroniques. Les privilèges de prescription des pharmaciens font l'objet d'une discussion, de même que la possibilité de leur confier un rôle accru dans la prise en charge de la maladie, l'immunisation, la pharmacothérapie concertée, les épreuves et analyses de laboratoire ainsi que la sensibilisation des patients. Au moment de la rédaction de cet article (en 2000), 30 États autorisaient les pharmaciens

à administrer des vaccins, ce qui a permis d'en accroître l'accès grâce à des heures d'ouverture prolongées et à des lieux d'administration pratiques. Les pharmaciens ont reçu une formation et ils se concentrent sur les groupes à risque. En 2000, 30 États songeaient à adopter des projets de loi pour conférer des droits de prescription autonomes à des spécialistes autres que les médecins (Annals of Internal Medicine, 2000).

2.2.2.4 Déploiement des RHS dans le secteur des services de santé mentale

Les auteurs d'un article portant sur l'utilisation des dispensateurs non spécialisés dans la prestation des services de santé mentale aux États-Unis font remarquer que les régions rurales ont généralement tendance à compter moins de services spécialisés et moins de fournisseurs de soins ainsi qu'à enregistrer des taux de pauvreté supérieurs et à éprouver des problèmes de transport, ce qui se répercute sur l'accessibilité, la qualité et le coût des services de santé mentale. Le gouvernement des États-Unis considère que le quart de la population est formé d'habitants de régions rurales. Il existe toutefois une grande diversité dans les types de collectivités rurales, et la documentation ne tient pas compte de cette diversité. Il y a d'importantes différences sur le plan de l'utilisation entre les régions rurales se trouvant à distance de navettage des régions urbaines et celles qui s'en trouvent très éloignées. Il a toutefois été établi que les collectivités rurales ont des besoins uniques sur lesquels se répercutent leurs aspects sociaux-culturels et la disponibilité des professions de la santé. Plusieurs études ont montré que de nombreuses régions rurales ne prévoient pas de services de santé mentale pour malades hospitalisés. On manque de renseignements sur les ressources humaines des régions rurales, et il existe très peu de données décrivant la formation, l'offre et le déploiement de professionnels spécialisés en santé mentale. On reconnaît toutefois qu'il y a d'importantes diversités régionales dans la répartition des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmières psychiatriques, de même qu'une pénurie générale de professionnels de la santé mentale dans les régions rurales et dans le système de santé mentale. Les auteurs de l'article parlent d'études qui documentent les programmes de traitement novateurs utilisés par plusieurs centres ruraux de santé mentale en appliquant divers niveaux de dotation, éventails de disciplines et types d'activités. Les approches axées sur le travail d'équipe comprennent le recours à des infirmières pour la prestation des services de santé mentale ainsi que l'incorporation de fournisseurs de soins non professionnels, comme les foyers de soins personnels ruraux ou les organismes bénévoles, tels les groupes religieux, qui dispensent des soins. En outre, on déploie des efforts supplémentaires pour faire participer les consommateurs à la prestation de services à d'autres consommateurs, ce qui assure la promotion de l'auto-assistance et de l'entraide. Certains psychiatres offrent aussi de l'assistance téléphonique (Merwin, Goldsmith et Manderscheid, 1995).

Aux États-Unis, une étude portant sur 12 programmes de soutien communautaire visant les services de santé mentale des petites villes et des régions rurales du Wisconsin a mis en lumière une grande diversité dans l'utilisation des dispensateurs de soins paraprofessionnels (Hollingsworth et coll., 1993); les modèles cernés vont des soins assurés par une équipe composée uniquement de paraprofessionnels aux soins dispensés par des équipes ne comptant aucun paraprofessionnel (les paraprofessionnels étant définis comme des travailleurs de soutien, tels les auxiliaires sociaux et les adjoints psychiatriques).

2.2.2.5 Applications de la télémédecine et de la télésanté

La télémédecine est un autre secteur dans lequel les sources internationales font état d'innovations au chapitre du déploiement des RHS. Une étude documentaire sur la télémédecine menée en 2001 portait sur des données provenant des États-Unis, du Canada, de l'Europe et du Royaume-Uni (Roine et coll., 2001). Les auteurs font remarquer qu'il y a une pénurie d'études d'évaluation traitant des questions techniques, cliniques, économiques, éthiques, juridiques et organisationnelles associées à la télémédecine. Très peu d'analyses économiques et un nombre limité d'études sur l'analyse des coûts (dans le cadre desquelles les avantages sont évalués en tant qu'économies, p. ex., le coût des déplacements) ont été effectuées, et comme celles qui ont été faites ont révélé une grande variation dans les coûts examinés, il n'est pas toujours possible d'établir des comparaisons entre les estimations de ceux-ci. Il ressort de l'étude documentaire qu'il existe très peu de données sur l'efficacité ou la rentabilité de la télémédecine. Très peu d'études offrent des comparaisons contrôlées entre les applications de la télémédecine et les modes conventionnels de prestation des services. Selon certains travaux de recherche, les données publiées les plus convaincantes sur l'efficacité de la télémédecine ont trait à la téléradiologie, la téléneurochirurgie (la transmission d'images obtenues par tomographie par ordinateur avant le transfert des patients), la télépsychiatrie et la transmission des images échocardiographiques. Même si le terme « rentable » est fréquemment utilisé dans les études examinées, nous avons supposé que l'efficacité (de même que les coûts) avait été établie pour la télémédecine en l'absence d'analyse quantitative. La documentation ne traitait pas de l'incidence sur le déploiement des RHS.

Les auteurs d'un article provenant des États-Unis ont examiné l'utilisation de la télémédecine dans un cadre de soins gérés prévoyant un accès limité à des visites rémunérées. Les auteurs affirment que l'élimination des coûts liés aux visites sur place et du temps de déplacement des infirmières en soins à domicile permet de réduire les dépenses. La capacité accrue des dispensateurs de soins d'entrer en contact avec un plus grand nombre de patients chaque jour augmente l'efficacité et l'accès dans les régions éloignées. Compte tenu des pratiques actuelles de compression des coûts, y compris des congés précoces, de la fermeture des agences de soins à domicile et du nombre généralement réduit de ressources en soins à domicile, la technologie de la télémédecine est présentée comme un moyen de combler l'écart entre la disponibilité et la demande de services. Les évaluations infirmières effectuées grâce à la télémédecine ont permis d'accroître l'efficacité et l'efficacité des interactions entre les infirmières et les patients ainsi que de réduire les visites inutiles aux urgences, les visites non prévues au cabinet du médecin et les hospitalisations répétées. Il a été établi que la télémédecine assurait un traitement efficace aux patients dans les secteurs suivants : soins post-aigus, santé publique, soins à domicile, santé mentale, obstétrique, pédiatrie, dermatologie, chirurgie, radiologie, pathologie, soins intensifs et contextes liés aux situations d'urgence. Parmi les obstacles relevés aux États-Unis, mentionnons les frais initiaux d'établissement de réseau et le remboursement par les régimes Medicare et Medicaid, bien que les résidents des collectivités désignées comme étant des « secteurs ayant une pénurie de professionnels de la santé » se soient fait rembourser les services de télésanté depuis 1999. L'utilisation combinée de la télémédecine et du déploiement des infirmières praticiennes a aidé de nombreuses régions rurales accusant des pénuries de médecins (Jenkins et White, 2001).

En Australie méridionale, l'utilisation de la télémédecine dans le domaine de la psychiatrie s'est vite répandue. En 1997, la plupart des 60 à 80 sites de vidéoconférences sur la santé de l'ensemble du pays avaient été établis pour deux services de soins primaires, la psychiatrie et la dialyse rénale (Yellowless et Kennedy, 1997).

Dans l'ensemble, les ouvrages internationaux accordent une plus grande attention aux stratégies de déploiement et aux exemples pertinents pour l'objectif de l'étude que ne le font les sources canadiennes.

2.2.3 Outils d'aide à la décision

L'équipe du projet devait étudier l'existence et l'utilisation des outils d'aide à la décision qui aident ou qui peuvent aider les administrations responsables à déterminer la meilleure façon d'utiliser les ressources humaines en santé au Canada. Pour le présent rapport, Santé Canada définit les outils d'aide à la décision comme étant « des outils de mesure de la charge de travail ou d'autres outils qui contribuent de façon positive aux initiatives de déploiement grâce à une utilisation optimale des ressources humaines en santé. Ces outils permettent de déterminer de façon objective le nombre total d'heures de soins (services directs et indirects) que nécessitent les clients ainsi que le nombre et le type de dispensateurs de soins de santé en mesure d'offrir ces services. ». L'étude documentaire portant sur ce volet n'a mis en lumière qu'un nombre très restreint d'outils concrets répondant aux critères souhaités et que quelques articles traitant de la question. Les pages qui suivent contiennent un sommaire de ces résultats limités. Dans bien des cas, les outils d'aide à la décision examinés étaient des modèles théoriques, et il n'était que rarement question de leur efficacité.

2.2.3.1 Tendances observées sur la scène internationale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) a conçu *Human Resources for Health: A Toolkit for Planning, Training and Management*. Cette trousse réunit un ensemble très vaste et très complet de systèmes et d'instruments à utiliser pour la planification et le déploiement efficaces des RHS. Ses diverses sections traitent des sujets suivants : outils de déploiement des effectifs; planification des effectifs; personnel infirmier; indicateurs de rendement; politique de main d'œuvre; législation et réglementation; indicateurs de la charge de travail et des besoins en dotation [Workload Indicators of Staffing Need (WISN)]; analyse de la tâche fonctionnelle; accroissement des compétences des travailleurs; données sur les effectifs du secteur de la santé; détermination de l'éventail de compétences; guide de planification des effectifs; modèles de simulation pour la planification des effectifs.

Le système de l'OMS du nom de Workload Indicators of Staffing Need (WISN) se veut un outil complet d'aide à la décision offert en réaction aux systèmes inadéquats de planification des RHS qui sont utilisés dans la plupart des pays développés. Traditionnellement, les systèmes de RHS reposent sur les rapports de population (nombre de médecins ou d'infirmières pour 1 000 habitants), d'occupation des lits, de dotation des installations, etc., mais ces rapports ne tiennent pas compte efficacement des grandes variations locales, des besoins régionaux, des niveaux et schèmes différents de morbidité et de mortalité observés dans les différents secteurs et des questions d'accès. En outre,

les systèmes de planification traditionnels ne tiennent pas compte de l'éventail et des niveaux de services spécialisés requis. Les normes de services fondées sur les rapports de population, les taux d'occupation des lits et les niveaux de dotation normaux sont habituellement des moyennes et peuvent donner lieu à des insuffisances ou à des excédents d'effectifs. Pareille situation nuit à la réalisation des objectifs mêmes des stratégies de dotation et de déploiement des RHS. Les gestionnaires des systèmes de santé s'efforcent de répondre à la demande croissante de services avec des effectifs à la baisse (dans certains secteurs) ainsi que d'assurer le maximum de couverture dans tous les secteurs (y compris dans les régions isolées ou éloignées où l'unité de service coûte plus cher) tout en veillant à l'efficacité et à l'efficience des opérations (contrôle du nombre et de l'éventail des niveaux de services).

La méthode WISN est conçue pour offrir un niveau optimal :

- ✓ d'affectation et de déploiement géographique des effectifs en place en fonction du volume et des types de services ainsi que des différentes catégories de professionnels de la santé;
- ✓ d'affectation et de déploiement fonctionnel du personnel en place selon les volumes et les types de services et les différentes catégories de professionnels de la santé;
- ✓ de schèmes et de niveaux de dotation (catégories et nombres) dans les établissements de santé individuels, en tenant compte des conditions qui y règnent (morbidité, accès, attitudes) et non des moyennes nationales.

La méthode WISN repose sur le travail qu'effectuent présentement les professionnels de la santé selon les tendances observées relativement à la charge de travail dans les divers établissements de soins de santé (y compris en ce qui a trait aux patients hospitalisés, aux patients externes OU aux volumes, aux prestations de soins, aux cliniques, etc.). Ces activités liées à la charge de travail représentent le temps moyen exigé pour mener à bien une tâche précise; autrement, on peut aussi établir des normes de rendement (nombre de patients vus, nombre de tests de laboratoire effectués, etc.). Cette information relative aux activités peut être exprimée en charges de travail annuelles, lesquelles peuvent aider au calcul des besoins en dotation si on les compare aux niveaux de dotation actuels afin de déterminer les pénuries ou les surplus de personnel. Le succès de la méthode WISN dépend de la disponibilité et de l'exactitude des données réelles sur la dotation (OMS, 2001).

Dans une étude demandée par l'OMS sur la détermination des compétences nécessaires (Buchan, 2001), l'auteur soutient que la gestion de l'éventail de personnel et de compétences a été dictée par une nouvelle orientation sur les objectifs de limitation des coûts et d'amélioration de la qualité. Il soulève un certain nombre de raisons qui obligent les gestionnaires de la santé à revoir l'éventail des compétences :

- ✓ réponse de l'organisation aux pénuries de compétences;
- ✓ gestion des coûts unitaires de main d'œuvre de manière à réduire les coûts par unité produite et à améliorer la productivité;
- ✓ mise en œuvre d'améliorations tout en réduisant les coûts unitaires;
- ✓ réponse de l'organisation à l'innovation technologique;

- ✓ réponse de l'organisation aux changements apportés à la réglementation professionnelle et aux lois;
- ✓ aide à l'élaboration de normes en matière de soins ou de formation professionnelle axée sur les compétences.

Nous avons cerné plusieurs grandes méthodes servant à déterminer l'éventail de personnel requis; on retrouve parmi celles-ci des approches quantitatives et qualitatives (au sein des groupes professionnels ou entre les différents groupes, comme les médecins et les infirmières). Quant aux principales approches pour déterminer l'éventail de compétences, elles comprennent notamment les suivantes : analyse des tâches; analyse des activités; tenue d'un journal quotidien ou auto-enregistrement; détermination du groupe de maladie et de la dépendance du patient; établissement d'un nouveau profil point par point; jugement professionnel; entrevues d'analyse du poste; discussions de groupe et remue-ménages. Les points forts et les points faibles de chaque méthode sont exposés et analysés. L'auteur propose ensuite ses propres critères pour une analyse « idéale » de l'éventail des compétences. Ces critères sont les suivants :

- ✓ données contextuelles pertinentes;
- ✓ profil détaillé de dotation (incluant les nombres, niveaux et qualifications);
- ✓ données disponibles sur la charge de travail;
- ✓ assurance de la qualité et mesures des résultats valides et fiables;
- ✓ données détaillées sur les coûts;
- ✓ méthodologie solide, fiable et pouvant être reproduite.

Une autre étude de l'OMS, intitulée *Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health: an International Perspective* (Diallo, Zurn, Gupta et Dal Poz, 2003), met aussi l'accent sur le fait qu'il y a peu d'uniformité à l'échelle internationale dans la façon de contrôler et d'évaluer les stratégies de RHS et que les évaluations internationales des ressources non financières sont beaucoup moins répandues que les comparaisons de dépenses. Les auteurs présentent un modèle d'approche intégrée, axée sur les données probantes, vis-à-vis de la planification des RHS; cette approche vise à soutenir la prise de décisions en se fondant sur un grand nombre de sources de données primaires et secondaires pour élaborer des indicateurs.

Aux États-Unis, Norrish et Rundall (2001) affirment que l'élaboration d'outils d'aide à la décision pour faciliter le déploiement en vue de la dotation des postes en soins infirmiers a donné lieu à la création de systèmes de classification des patients (SCP). Ces systèmes sont conçus afin de présenter des lignes directrices administratives uniformes pour l'affectation du personnel en fonction de la gravité de l'état du patient. La plupart des SCP se fondent sur les besoins mesurés en soins infirmiers pour permettre aux patients de déterminer la « gravité de leur état ». On généralise ensuite ces besoins individuels pour établir des classifications médicales des patients. Ces derniers se voient assigner une classification appropriée qui repose sur leur profil médical, et c'est en additionnant les volumes de patients à un moment donné que l'on estime le nombre total d'heures de soins que devra dispenser une unité et, partant, ses besoins en dotation. Les prévisions de dotation ainsi établies reposent sur des normes prédéterminées pour chaque type de patient ou de soins au patient, lesquelles sont habituellement fondées sur des échantillons d'activités prélevés de façon empirique

ou sur les normes rattachées aux diverses classifications des patients. Bien qu'un tel système puisse accélérer l'évaluation des besoins en dotation, il est important de l'adapter si une restructuration des effectifs de l'hôpital modifie l'éventail de compétences du personnel soignant par rapport au profil de conception initial du système de mesure du rendement.

Les auteurs de cet article concluent que l'emploi de la méthode des SCP pour concevoir les outils à l'appui du système de mesure de la charge de travail qui servent à calculer le niveau adéquat de déploiement de personnel en soins infirmiers comporte trois grandes limites. Premièrement, les normes relatives au temps qui y sont intégrées reposent sur le temps moyen et ne reflètent pas les caractéristiques individuelles du patient ou du dispensateur de soins. Deuxièmement, les niveaux de dotation sont déterminés par l'addition des besoins en matière de soins de chaque patient, en fonction d'un temps moyen normalisé, et ne tiennent pas compte des variations uniques. Troisièmement, le temps consacré aux soins du patient ne tient pas compte de la dynamique de la population formée par un groupe unique de patients d'une unité, notamment de facteurs comme le volume de patients, d'admissions et de congés ou la complexité de la planification des congés (Norrish et Rundall, 2001).

Bien que les SCP semblent prometteurs en tant qu'outils d'aide aux décisions liées à la charge de travail, ils n'ont été conçus que pour être utilisés dans un contexte bien précis. À mesure que le déploiement des RHS évolue vers des modèles plus souples davantage axés sur les équipes interdisciplinaires, les outils d'aide à la décision doivent évoluer également pour en tenir compte et s'y adapter. Ils doivent permettre l'établissement de nouveaux modèles de prestation des soins à partir de ceux qui existent présentement ainsi que leur adaptation aux variations du milieu de travail.

Dans un article publié aux États-Unis, on souligne que les systèmes de soins gérés comme le Kaiser Permanente définissent des modèles de dotation qui précisent la proportion et le nombre de médecins, d'auxiliaires médicaux, d'infirmières praticiennes et d'infirmières requis pour les services cliniques et qui sont fondés sur la population desservie. Certains ont soulevé des inquiétudes au sujet de cette approche, selon laquelle les protocoles cliniques et les normes professionnelles peuvent être élaborés par des gestionnaires et non par des cliniciens. Les critiques laissent entendre qu'en procédant de cette façon, on risque trop que les facteurs de coûts de l'entreprise aient une influence sur les préoccupations liées aux soins du patient. L'article ne contient aucun renseignement précis sur le système de mesure du rendement Kaiser Permanente (Schneller et Ott, 1996).

L'Australian Medical Workforce Advisory Committee et l'Australian Health Workforce Advisory Committee (*Health Workforce Intelligence*, 2004), dans un article sur la planification des effectifs du secteur de la santé, expliquent qu'ils considèrent qu'une structure organisationnelle est ciblée si elle coordonne la planification, la participation des intervenants et l'application de principes clairement définis et de méthodes transparentes pour prévoir l'offre de main d'œuvre et si elle considère l'accès à des données fiables et précises comme étant essentiel à la planification. Selon les deux comités, les activités et processus suivants sont nécessaires dans le cadre de la démarche planification : descriptions des services uniques offerts à la collectivité, niveau et caractéristiques de l'offre à ce moment précis, processus de recrutement et niveau de sortie des ressources humaines. Une évaluation de l'adéquation de la main d'œuvre en place, de sa répartition géographique, de la portée des services assurés par d'autres fournisseurs (substitution possible) ainsi que de l'ampleur

des services offerts conformément aux buts s'avère nécessaire pour prévoir les besoins en main d'œuvre pour une période ultérieure donnée, l'offre de main d'œuvre selon certains scénarios ainsi que les possibilités de changements au sein de la pratique.

2.2.3.2 Tendances observées au Canada

Motivés par la nécessité d'accroître l'efficacité au sein de leur système de gestion financière, les Services de santé de l'Alberta ont mis en œuvre le Emergency Services Workload Measurement System (ESWMS). Ce système permet d'évaluer le volume et la charge de travail des salles d'urgence des hôpitaux. Il est conçu de façon à permettre à ces derniers d'obtenir le remboursement des services d'urgence qu'ils assurent selon la charge de travail accomplie, c'est-à-dire en tenant compte à la fois du nombre et du type de patients traités. Le ESWMS découle du système de mesure des soins infirmiers élaboré par Santé Canada, qui mesurait quelque 70 activités distinctes de soins infirmiers. Il mesure plus de 1 000 diagnostics de maladies analogues de la Classification internationale des maladies (CIM-0-CM), de même que les activités de soutien du personnel infirmier et non infirmier qui appuie la gestion et les opérations. Durant la première année de collecte des données, entre avril 1992 et mars 1993, 1,5 million de visites à l'urgence ont été signalées par 118 hôpitaux. Après les six premiers mois de fonctionnement du système, on a évalué l'exactitude des données recueillies, qui ont été déclarées précises à 92 %. Ces données ont fourni des renseignements intéressants sur les modèles de service dans les urgences. En date de 1995, cependant, le système n'avait pas entraîné de révision du financement consenti aux services d'urgence des hôpitaux; il a toutefois servi à l'élaboration d'un modèle intégré de financement des soins ambulatoires (Eliasoph et Ashdow, 1995).

L'Association médicale canadienne, la Société de la médecine rurale du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont formé un partenariat afin de régler les problèmes de recrutement et de maintien en poste dans le secteur de la planification des ressources humaines en santé et ont conçu un outil de planification qui fait appel à de multiples intervenants. Les quatre associations ont présenté à Santé Canada leur rapport final, ayant pour titre *L'élaboration d'un cadre ou indice multilatéral de la ruralité* (2003), dans lequel elles concluent que les populations rurales et éloignées sont en moins bonne santé que celles des secteurs urbains et qu'elles doivent relever des défis supplémentaires liés à l'accès aux services. Ces problèmes sont exacerbés par les difficultés que posent le recrutement et le maintien en poste de personnel. On a tenté d'aller au-delà des incitatifs financiers et de régler certains des problèmes liés à la vie professionnelle, à la vie personnelle et au style de vie que pose la pratique en milieu rural ou éloigné. La plupart des approches adoptées au Canada pour aborder ces questions étaient régionales ou axées sur une profession (le plus souvent, les médecins). On estime que le projet est une première tentative canadienne en vue de régler les problèmes de ruralité d'un point de vue axé sur de multiples intervenants et qu'il s'adresse aux planificateurs gouvernementaux et aux conseils de planification communautaire. Le cadre multilatéral et indice de la ruralité qui en résulte est un outil d'aide à la décision qui souligne les facteurs multidimensionnels de la pratique rurale et qui tente de donner plus de précision et de profondeur à la planification des RSH en milieu rural.

Une enquête réalisée en 1995 auprès de cadres supérieurs des services d'ergothérapie d'établissements canadiens reconnus a révélé que la plupart utilisaient un système d'enregistrement des temps qui fait appel à un outil d'aide à la décision axé sur la mesure du rendement. Les gestionnaires participants se sont dit assez peu satisfaits du système étant donné qu'il ne pouvait leur fournir de données d'établissement des coûts. La majorité des répondants ont exprimé un intérêt à établir le coût des services d'ergothérapie en se fondant sur le système approprié de regroupement selon le diagnostic et en définissant des protocoles normalisés selon le diagnostic, les temps standard par procédure et par institution ainsi que les temps standard par procédure pour la profession. Des systèmes d'établissement des coûts ont surtout été conçus d'après les classifications des patients (systèmes de classification médicale), en utilisant des regroupements assez homogènes. Les groupes de maladies analogues (GMA) utilisent le diagnostic le plus responsable (c'est-à-dire le diagnostic qui est responsable pour la plus grande part de la durée de séjour du patient). Au moment de cette enquête, très peu de choses avaient été faites en ce qui a trait à l'élaboration de systèmes appropriés de mesure du rendement pour les groupes de professionnels paramédicaux. D'après les conclusions tirées, on soutient la mise en place de systèmes élargis de mesure du rendement qui permettent de prévoir la charge de travail et qui facilitent l'établissement du coût des cas et la gestion des programmes (Cockerill, 1995).

Les documents examinés contenaient très peu d'information sur le recours aux outils d'aide à la décision à l'appui de la télémédecine. Trois ou quatre études de la transmission d'images diagnostiques ont indiqué que celle-ci était plus coûteuse que la moins chère des solutions de rechange. Par ailleurs, plusieurs études ont révélé une mesure de la charge de travail qui devait être dépassée pour que l'on puisse réaliser des économies de coûts grâce à la téléradiologie (analyse du seuil de rentabilité), et une étude sur la télépsychiatrie a montré la nécessité d'établir un nombre clair pour utiliser efficacement l'option de la télémédecine (Roine et coll., 2001). Il est clair que les systèmes de mesure de la charge de travail constituent une tentative en vue de mieux analyser et de mieux comprendre l'utilisation de la technologie de la télémédecine et que même s'ils ne sont pas directement liés aux stratégies de déploiement, ils présentent des possibilités d'application dans ce domaine.

Les systèmes de regroupement selon le diagnostic et d'établissement d'éventails de cas, bien que n'étant pas des outils d'aide à la décision proprement dits, ont évolué de manière à fournir un compte plus précis des sommes entourant les soins aux patients et une prévision des coûts opérationnels et des RHS. Ces méthodes n'ont cependant pas été conçues ou ne sont pas utilisées pour gérer les questions de « déploiement » au niveau plus étendu des systèmes.

Dans plusieurs des documents consultés, on examinait les systèmes d'information de gestion en tant qu'outils de soutien de la gestion et en ce sens, ils peuvent avoir une certaine pertinence pour la présente étude. En effet, bien que ces systèmes ne soient techniquement pas utilisés pour fournir de l'information sur les déploiements, ils pourraient peut-être s'avérer utiles aux gestionnaires en leur fournissant des données nécessaires sur l'utilisation réelle des ressources humaines en santé et sur les tendances à ce chapitre.

2.3 SYNTHÈSE ET INVENTAIRE

2.3.1 Pratiques de déploiement des RHS

L'étude documentaire a fait ressortir sur le plan du déploiement des RHS plusieurs tendances dominantes que reflètent les modèles de pratique. Même s'il est impossible de la considérer comme une étude scientifique donnant lieu à des constatations « représentatives » et « généralisables », il se peut tout de même qu'elle mette en lumière plusieurs tendances importantes se dégageant des publications et de la littérature grise examinées et qu'elle offre de nouveaux modèles de pratique que puissent examiner les responsables des politiques et les gestionnaires des soins de santé.

Le principal thème qui ressort de la documentation examinée est le rôle des médecins et des infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé ne recevant qu'une attention secondaire. Le gros de la documentation sur le déploiement des RHS est consacré à un examen des pénuries de médecins et à des analyses des méthodes de recrutement et de maintien en poste de ces derniers. Les mesures destinées à s'attaquer à ces problèmes sont principalement liées à des stimulants financiers, à des plans de remboursement de prêts, à des allocations pour frais d'études et à de nouveaux mécanismes de paiement. Comme il en sera question ci-dessous, la réforme et les changements en cours touchant la prestation des soins de santé exigeront des méthodes différentes de planification et de déploiement des RHS qui tiennent compte de nouveaux modèles de pratique concertée et interdisciplinaire.

On peut résumer comme suit certaines des tendances générales observées :

- ✓ émergence du modèle et du système de prestation des soins de santé primaires et insistance sur des approches du type équipes multidisciplinaires et des modèles de pratique concertée des soins;
- ✓ optimisation de la pratique des soins infirmiers pour faciliter un plus grand accès aux services de santé;
- ✓ insistance à permettre aux fournisseurs de soins de santé d'assumer le plein cadre de leurs fonctions et ajustements à la réglementation et à la législation nécessaires pour appuyer ces initiatives;
- ✓ substitution des RHS (remplacement du personnel hautement spécialisé par des professionnels de la santé moins spécialisés, « meilleur marché »);
- ✓ mise sur pied d'initiatives de formation et d'éducation pour permettre la substitution des RHS, les pratiques concertées et un élargissement du cadre des fonctions. Mentionnons entre autres exemples possibles de telles initiatives :
 - une formation spéciale pour les fournisseurs devant travailler dans les communautés rurales et éloignées;
 - des programmes d'encadrement des infirmières devant travailler dans le Nord et les communautés éloignées;

- des programmes de formation offerts dans les communautés rurales et du Nord et des programmes visant à recruter et à déployer des professionnels de la santé inuits et des Premières nations;
- l'utilisation de systèmes technologiques pour assurer des soins de santé et offrir des programmes d'éducation, de formation et de perfectionnement professionnel aux fournisseurs de soins de santé dans les communautés éloignées ou isolées (télésanté et télémédecine).

Le tableau qui suit présente sous une forme schématique et résumée un inventaire des pratiques privilégiées de déploiement répertoriées grâce à l'étude documentaire.

Tableau 5 – Inventaire des stratégies privilégiées de déploiement des RHS

Stratégie privilégiée de déploiement des RHS	Commentaires
<p>Recours à des équipes multidisciplinaires pour la prestation des soins de santé primaires (SSP)</p>	<p>Cette tendance est répandue dans tout le pays et dans les secteurs de compétence examinés au niveau international. Bien des initiatives au Canada ont été appuyées par le Fonds pour l’adaptation des services de santé. En outre, ces dernières années, il y a eu prolifération des centres de santé communautaire, des centres de soins de santé primaires, des CLSC (au Québec) et des réseaux de pratique familiale (en Ontario), des cliniques communautaires et d’autres services du même genre. La composition de l’équipe de santé fournissant des services primaires varie énormément; cette équipe peut inclure diverses combinaisons des professionnels de la santé suivants : médecins généralistes ou de famille, infirmières (autorisées, praticiennes, en santé publique et en santé communautaire), travailleurs sociaux, personnel de soutien ou intervenants, spécialistes en réadaptation, chiropraticiens, nutritionnistes, intervenants en éducation sur le diabète, orthésistes et autres. Dans bien des modèles, l’infirmière est la principale coordonnatrice des soins, le médecin offrant des conseils et du soutien (voir la section suivante).</p> <p>Du fait de la décentralisation, les services sont directement établis dans les régions où on en a besoin. Des groupements de populations spécialisées ou à risque élevé sont desservis par des équipes de SSP se trouvant directement dans les régions, à l’intérieur, par exemple, de centres communautaires des quartiers défavorisés des centres-villes, qui fournissent des services de soins de santé et de counselling à des groupes exposés au VIH, au SIDA, à l’hépatite ou aux MTS. Ces équipes se composent de différentes combinaisons de collaborateurs comme des médecins, des infirmières praticiennes (IP), des infirmières de pratique avancée, des travailleurs sociaux et des conseillers.</p>

<p>Stratégies de remplacement des infirmières</p>	<p>D'après la documentation examinée, on utilise de plus en plus les services d'IP, tant au Canada qu'au niveau international, pour s'attaquer aux pénuries de médecins (ce que confirment les observations de répondants clés). Il y a encore beaucoup de questions auxquelles il faut s'attaquer en rapport avec le déploiement des IP. Ces questions touchent la législation et la réglementation, les frontières entre les disciplines, l'éducation et la formation et la nature de la relation des infirmières praticiennes avec les médecins. Les IP peuvent être affectées aussi bien dans la communauté que dans les hôpitaux, où, dans certains cas, elles pratiquent à l'intérieur des services d'urgence, de chirurgie, de soins cardiaques, de soins néonataux et de plusieurs autres services cliniques. L'éventail de compétences qu'utilisent les IP varie beaucoup selon le secteur de compétence régissant le cadre de leur pratique, leur degré d'éloignement ou d'isolement et leurs ententes avec les médecins. Les compétences répertoriées des IP englobent l'évaluation des patients, le diagnostic des affections, le traitement, l'éducation et le counselling des patients, l'ordonnance de tests en laboratoire, l'aiguillage et le suivi. Beaucoup de centres de SSP sont gérés par des infirmières, les médecins y jouant un rôle consultatif. Les appellations des IP en milieu institutionnel sont les suivantes : infirmière clinicienne spécialisée/infirmière praticienne, infirmière praticienne spécialisée en soins cardiaques, infirmière praticienne/infirmière première assistante (chirurgie cardiaque), infirmière clinicienne associée (prodiguant des soins équivalant à ceux fournis par des médecins résidents juniors), « prolongement » du médecin (<i>physician extender</i>), infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne spécialisée en soins néonataux. En milieu communautaire, leurs appellations sont les suivantes : infirmière praticienne, infirmière régionale et infirmière praticienne familiale.</p>
<p>Recrutement externe de RHS</p>	<p>On a actuellement recours au recrutement externe de médecins et d'infirmières dans plusieurs secteurs de compétence au niveau international (surtout au Royaume-Uni) pour s'attaquer aux pénuries de RHS. Cette stratégie de déploiement a cependant pour effet de nuire à l'offre de RHS dans d'autres secteurs de compétence, surtout dans les pays en développement.</p>
<p>Cadre des fonctions élargi</p>	

<p>Infirmières</p>	<p>Beaucoup de modèles décrivent l'émergence du rôle de l'infirmière aux compétences accrues. Le modèle visé ici a été déployé dans de divers milieux : communautaire, hospitalier et résidentiel. Les exigences en matière d'éducation et de formation pour ce nouveau rôle varient d'un secteur de compétence à l'autre, selon divers facteurs allant de la législation aux relations professionnelles entre fournisseurs concernés, en passant par la réglementation. Certaines infirmières de pratique avancée ont une maîtrise, mais d'autres modèles n'exigent pas cette formation officielle. Des infirmières de pratique avancée travaillent, entre autres, dans les services d'urgence, dans les services de chimiothérapie, aux soins palliatifs et dans les salles de soins cardiaques et de gériatrie. Les appellations utilisées pour ce modèle incluent les suivantes : infirmière de pratique avancée, infirmière clinicienne de pratique avancée, infirmière première assistante autorisée (infirmière de pratique avancée jouant le rôle d'assistante en chirurgie), infirmière de pratique (<i>practice nurse</i>, au Royaume-Uni), infirmière rurale (<i>rural nurse</i>, en Australie), infirmière de région éloignée (<i>remote area nurse</i>, en Australie), infirmière en santé familiale (rurale), infirmière assistante (<i>nurse extender</i>, aux États-Unis), infirmière sage-femme agréée (<i>certified nurse midwife</i>, aux États-Unis), infirmière clinicienne spécialisée (<i>clinical nurse specialist</i>, aux États-Unis) et infirmière anesthésiste agréée (<i>certified nurse anesthetist</i>, aux États-Unis également).</p>
---------------------------	---

<p>Pharmaciens</p>	<p>Le rôle des pharmaciens à l'intérieur du système de soins de santé évolue, passant de celui de fournisseur de produits pharmaceutiques à celui de fournisseur de soins de santé. Dans beaucoup de modèles de SSP, les pharmaciens font maintenant partie d'équipes multidisciplinaires au sein desquelles ils fournissent la gamme suivante de services : éducation en santé communautaire, lutte contre les maladies chroniques, éducation en santé, promotion de la santé et gestion de la médication des patients, y compris prescription et surveillance de la consommation de médicaments. Ce cadre des fonctions élargi suppose dans la plupart des cas une éducation et une formation additionnelles, et aux États-Unis on délègue certaines responsabilités médicales aux titulaires de la nouvelle désignation DPharm. Les aides-pharmaciens et les techniciens en pharmacie assument davantage les tâches courantes traditionnellement remplies par les pharmaciens, y compris celles de fournir des produits pharmaceutiques et de tenir des dossiers pharmaceutiques.</p>
<p>Travailleurs paramédicaux</p>	<p>Le rôle des travailleurs paramédicaux, selon la méthode de prestation des soins de santé dite « par les gens qui sont là », s'élargit également dans une certaine mesure (à Terre-Neuve, notamment). Certains travailleurs reçoivent une formation spéciale et acquièrent des compétences qui leur permettent de travailler dans les services d'urgence, ce qui réduit la nécessité de transporter des infirmières à bord des ambulances; d'autres font de l'éducation en prévention des accidents à l'intérieur des établissements d'enseignement et en milieu communautaire.</p>
<p>Médecins hospitaliers</p>	<p>Les médecins hospitaliers sont des généralistes qui travaillent dans des hôpitaux, souvent au sein d'équipes multidisciplinaires (avec des spécialistes en médecine interne, des infirmières de pratique avancée, des diététistes, etc.), et qui fournissent des soins aux patients n'ayant pas de médecin généraliste. Ils dispensent à ce titre des soins en médecine familiale à un grand nombre de patients qui n'ont peut-être pas accès à un médecin de famille.</p>

Assistants cliniques et auxiliaires médicaux	<p>Les assistants cliniques aident les médecins à fournir des soins cliniques. Il peut s'agir de personnes ayant reçu une formation dans le cadre du programme pour auxiliaires médicaux agréés des États-Unis (<i>US Certified Physician Assistant Programme</i>), ou dans les services de santé des Forces canadiennes, ou encore de diplômés étrangers en médecine, de techniciens d'urgence médicale de niveau III, d'infirmières de pratique avancée autorisées, de physiothérapeutes ou de dentistes (autorisés au Manitoba).</p>
Praticiens ayant un intérêt particulier	<p>On note aussi l'émergence des « praticiens ayant un intérêt particulier », qui peuvent être des médecins, des infirmières ou d'autres fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans le milieu des SSP et qui développent des compétences liées à des procédures et à des traitements généralement offerts uniquement en milieu hospitalier.</p>
Autres professionnels de la santé	<p>D'autres catégories de fournisseurs de soins de santé apparaissent du fait des pénuries de médecins et d'infirmières, mais également en raison de la nécessité de fournir des soins plus adaptés à la culture. Mentionnons notamment les suivants.</p> <p><i>Les représentants de la santé communautaire</i> On fait appel à ces travailleurs professionnels pour faire fonctionner des postes de soins infirmiers dans les régions rurales et éloignées. Des infirmières affectées dans les communautés plus importantes les plus rapprochées leur servent souvent de guides.</p> <p><i>Les aînés et les guérisseurs traditionnels</i> On a traditionnellement recours à ces personnes pour fournir des services de santé et de counselling dans les communautés inuites et des Premières nations. Les organismes de santé autochtones plaident en faveur de l'intégration de ces membres importants des communautés à l'organisation sanitaire traditionnelle et au système de soins de santé. Certains centres de santé et établissements de soins de santé embauchent aujourd'hui des aînés et des guérisseurs traditionnels pour dispenser des soins de santé aux patients inuits et des Premières nations.</p>
Applications technologiques	

Télesanté/ Télémédecine	<p>On utilise des applications technologiques pour s’attaquer aux pénuries de RHS et pour étendre le service à des régions où il est difficile d’avoir accès aux services de santé; ces applications sont aujourd’hui grandement utilisées au Canada et au niveau international, ce qui n’est pas étonnant. La télesanté et la télémédecine permettent notamment de fournir des services aux régions éloignées et isolées, surtout aux communautés inuites et des Premières nations. Les programmes de télesanté peuvent être gérés par divers fournisseurs de soins, qui vont des médecins aux « coordonnateurs de la télesanté », en passant par les infirmières. On utilise la télesanté, entre autres, pour les diagnostics, les traitements, le counselling, la formation, le perfectionnement professionnel, l’éducation continue, les services consultatifs, l’établissement de liens professionnels et le contrôle de la qualité. Les applications technologiques s’étendent à la gamme complète des secteurs médicaux, allant des soins de santé primaires aux télésoins à domicile, en passant par la télépsychiatrie.</p>
Équipe mobile	<p>L’équipe mobile, telle qu’on l’utilise dans les milieux ruraux du nord de l’Alberta, est un autre mécanisme destiné à fournir des services en régions rurales et isolées. Les équipes mobiles font appel à un grand nombre d’intervenants, comme des techniciens en laboratoire, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des travailleurs sociaux, et à bien d’autres professionnels de la santé. Beaucoup ont recours à des liaisons ou à des chaînes temporaires de connectivité les reliant à des centres.</p>
Services « aériens »	<p>On utilise depuis un certain temps des services « aériens » de médecins et de dentistes pour desservir les localités éloignées et du Nord, où des infirmières assurent le fonctionnement de postes de soins infirmiers.</p>

<p>Services de soins partagés en santé mentale</p>	<p>Le secteur de la santé mentale est également témoin de pratiques originales de déploiement, du fait des pénuries de psychiatres, en particulier dans les régions rurales et isolées. On adopte une approche dite « des soins partagés », par laquelle des médecins de premier recours ou des infirmières de soins intégraux suivent une formation spécialisée pour fournir des services de santé mentale aux patients de ces régions tout en ayant accès à des services spécialisés de consultation offerts par un psychiatre. Des équipes de différentes formes apparaissent; on fait actuellement appel à des médecins de famille, à des infirmières, à des cliniciens en santé mentale (des psychologues ou des infirmières) et à des intervenants en santé mentale pour donner des soins de première ligne. Dans bien des cas, on emploie des infirmières spécialisées pour assurer les services de soutien essentiels.</p> <p>Nous avons aussi répertorié dans le cadre de l'étude des soins de santé mentale à domicile, administrés par une équipe multidisciplinaire et englobant une quelconque combinaison des fournisseurs énumérés ci-dessus.</p> <p>Le recours à des paraprofessionnels assurant des soins primaires en santé mentale est une autre pratique de déploiement qui est notamment utilisée dans les régions rurales des États-Unis; ces paraprofessionnels peuvent être des travailleurs de soutien ou des intervenants, des conseillers sociaux ou des adjoints psychiatriques.</p>
<p>Approches axées sur l'éducation et la formation vis-à-vis du recrutement et du déploiement des RHS</p>	

<p>Aide à l'éducation et à la formation</p>	<p>Bien des secteurs de compétence utilisent actuellement les incitatifs que sont les subventions et l'aide à l'éducation pour contribuer à combler les pénuries de RHS clés. Même si l'examen des incitatifs financiers ne s'inscrit pas dans le cadre de la présente étude, l'aide indirecte à l'éducation est certainement un moyen d'accroître l'offre et le déploiement de RHS. On peut mentionner dans cette catégorie les programmes de recyclage ou d'éducation continue financés par l'État afin d'accroître l'offre (France), les programmes d'aide aux placements cliniques et d'autres programmes de formation subventionnés.</p> <p>L'une des approches, qui fait l'objet de commentaires positifs dans la documentation, est la pratique consistant à former des médecins en régions rurales, qui s'est avérée favorable au recrutement et au maintien des effectifs. On a constaté dans ces régions une corrélation positive entre l'utilisation de placements cliniques par rotation et l'établissement de médecins à l'intérieur de ces mêmes régions, comme on l'avait constaté pour la stratégie de recrutement de médecins provenant des secteurs ruraux.</p>
<p>Formation dans les régions rurales et du Nord</p>	<p>Il faut citer dans cette catégorie la création dans le Nord d'établissements d'enseignement des sciences de la santé, comme la Northern Medical School dans le nord de l'Ontario (qui vise à recruter et à former des étudiants des communautés du Nord pour qu'ils pratiquent au sein de ces communautés), le Collège de l'Arctique, le Health Career Access Program offert par le Nunavut Arctic College et l'Université Dalhousie ainsi qu'un programme spécial d'accès aux professions de la santé pour les étudiants inuits. (Voir aussi, entre autres, le Northern Outreach Programme de l'Université Lakehead et les programmes de l'Université Laurentienne et de l'Université Western Ontario.)</p>

2.3.2 Outils d'aide à la décision

L'étude documentaire n'a pas permis de répertorier un grand nombre d'outils d'aide à la décision servant à appuyer les pratiques de déploiement des RHS. Le tableau qui suit représente une synthèse des conclusions tirées au sujet des outils d'aide à la décision dont traitent les ouvrages publiés et la littérature grise.

Tableau 6 – Inventaire des outils d’aide à la décision

Secteur de compétence ou organisation	Commentaires
<p>Organisation mondiale de la santé</p>	<p><i>Health Human Resources for Health: A Toolkit for Planning, Training and Management</i> Cette trousse comprend un ensemble complet de systèmes et d’instruments à utiliser pour la planification et le déploiement des RHS. L’information disponible sur son utilisation et son efficacité est toutefois limitée.</p> <p>Workload Indicators of Staffing Need (WISN) Cette méthode est un outil complet d’aide à la décision destiné à s’attaquer à la planification des RHS et à assurer l’affectation et le déploiement optimaux de personnel professionnel suivant le secteur géographique, les volumes de services et les différentes catégories de professionnels de la santé.</p>
<p>États-Unis</p>	<p>Patient Classification System (PCS) – Ce système de classification des patients fournit des lignes directrices d’ordre administratif pour l’affectation du personnel en fonction de l’acuité du cas des patients. Il repose principalement sur les besoins en soins infirmiers des patients, qui sont calculés afin de déterminer l’acuité de leur cas et qui sont ensuite généralisés.</p> <p>Modèles de dotation et système de mesure de la charge de travail Kaiser Permanente – Peu d’information disponible. Définit l’équilibre et le nombre de médecins, d’auxiliaires médicaux, d’infirmières praticiennes et d’infirmières pour la fourniture de services cliniques; les modèles reposent sur les populations desservies.</p>
<p>Australie</p>	<p>Australian Medical Workforce and Health Workforce System for Workforce Planning Ce système ventile les tâches et les processus, décrit et quantifie les services et détermine le niveau de l’offre.</p>

<p>Canada</p>	<p>Emergency Workload Measurement System du gouvernement de l'Alberta Évalue le nombre de cas et la charge de travail dans les services d'urgence des hôpitaux. Ce système a été conçu pour aider les hôpitaux à rembourser les coûts liés aux services d'urgence suivant la charge de travail, en tenant compte du volume et du type de traitements fournis. Il a été établi à partir du système de mesure des soins infirmiers conçu par Santé Canada.</p> <p>Cadre multi-intervenants et indice de la ruralité Cet outil a été conçu par l'Association médicale canadienne, la Société de la médecine rurale du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour s'attaquer à des questions de recrutement et de maintien en fonction des RHS. Il s'adresse aux gestionnaires et aux planificateurs des politiques et est destiné à approfondir davantage la planification des RHS en milieu rural.</p>
<p>Autres</p>	<p>Système de mesure du travail en ergothérapie Permet de mesurer la charge de travail et d'établir les coûts des services fournis par les ergothérapeutes, à l'aide de renvois à des regroupements de diagnostics. Établit des protocoles normalisés par diagnostic et des temps par procédure.</p> <p>Regroupements selon le diagnostic Systèmes de classification des patients qui relient les caractéristiques démographiques, diagnostiques et thérapeutiques de ces derniers à la durée du séjour des malades hospitalisés et à la quantité de ressources consommées.</p> <p>Groupes de maladies analogues Ce type d'outil d'aide à la décision est une description propre au diagnostic de la charge de travail du personnel d'un programme de santé. L'éventail de cas décrit la durée du séjour, de même que l'intensité, le coût et la portée des services fournis par un établissement.</p>

3.0 ANALYSE DU CONTEXTE

Les conclusions de l'analyse du contexte coïncident grandement avec celles de l'étude documentaire. L'analyse a fait ressortir au chapitre de déploiement des ressources humaines en santé plusieurs nouvelles tendances dominantes qui constituent un retour à des schèmes et à des modèles de pratique traditionnels. Une fois de plus, bien que l'on ne puisse considérer la présente comme une étude scientifique donnant lieu à des constatations « représentatives » et « généralisables », il se peut tout de même que l'étude et l'analyse effectuées mettent en lumière plusieurs nouvelles tendances importantes qui ressortent des publications et de la littérature grise examinées ainsi que de l'information fournie par certains des répondants clés interrogés dans le cadre de l'étude.

3.1 APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE

Le cadre et la conception de l'analyse du contexte ont été dictés par les exigences stipulées dans les demandes de propositions, complétées par les discussions avec l'autorité cliente de Santé Canada ainsi que par les constatations de l'étude documentaire (voir la partie 2.0). Cette dernière a permis de cerner les pratiques, modèles et autres options de déploiement actuellement utilisés par d'autres secteurs de compétence. La plupart des provinces et des régions régionales de la santé du Canada mettent à l'essai des stratégies innovatrices de déploiement des RHS dans le cadre de leurs efforts pour éliminer les déséquilibres dans la répartition des fournisseurs de soins de santé. De même, certains pays comme le Royaume-Uni, la France, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont aux prises avec des problèmes et des défis similaires et les ont relevés au moyen d'approches innovatrices.

À l'aide de techniques de recherche sur Internet et de consultations de sites web, de documents de référence et de sources identifiées dans le processus d'étude documentaire, de même que grâce à l'établissement des contacts recommandés par Santé Canada et de ceux provenant d'autres affectations professionnelles, les membres de l'équipe de recherche ont dressé une liste principale d'informateurs clés (voir l'annexe A).

L'approche comportait les étapes suivantes. Un membre de l'équipe du projet communiquait avec le répondant clé afin de lui parler de l'étude et de solliciter une entrevue téléphonique. Dans le cas des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, on téléphonait d'abord au bureau du sous-ministre, au directeur des Ressources humaines en santé ou à la division responsable des politiques et de la planification pour demander le nom et les coordonnées de la ou des personnes responsables ou bien informées au sujet de la planification et du déploiement des RHS dans la province ou le territoire. Selon l'information reçue, on envoyait ensuite aux personnes désignées un courriel incluant :

- une lettre de présentation du projet et de ses objectifs signée par le North South Group;
- le nom, l'adresse électronique et le numéro de téléphone de la responsable de l'étude à Santé Canada (M^{me} Suzanne Larente);
- le guide d'entrevue.

Ces documents forment l'annexe B du présent rapport.

Dans le courriel de présentation, on demandait à la personne une entrevue téléphonique de 20 minutes visant à discuter des pratiques de déploiement des ressources humaines en santé et des outils d'aide à la décision utilisés dans le secteur de compétence ou l'organisation en cause. Quelques jours plus tard, on téléphonait à la personne afin de fixer un moment pour l'entrevue. Certains répondants ont demandé de répondre aux questions par écrit plutôt que de se soumettre à une entrevue officielle. En pareils cas, le guide rempli a été traité comme une entrevue. Une fois les entrevues fixées, les répondants se sont montrés très utiles et généreux de leur temps. Un bon nombre ont aiguillé les membres de l'équipe vers d'autres personnes-ressources, leur ont fourni des ressources supplémentaires ou leur ont signalé des sites web d'intérêt. Nous avons examiné et traité ces renseignements dans le cadre de l'analyse du contexte.

L'équipe responsable du projet a effectué plus de 70 entrevues et analyses documentaires. L'information provenant de ces sources a été analysée et transcrite sous forme de sommaires d'une à deux pages (voir l'annexe C). Ces constatations sont présentées dans les parties qui suivent sous forme narrative (point 3.2) et sous forme d'inventaire des pratiques privilégiées de déploiement et des outils d'aide à la décision (point 3.3).

Les répondants étaient assurés de la confidentialité des renseignements fournis, particulièrement en ce qui a trait à leur évaluation de certaines pratiques et stratégies de déploiement. Nous leur avons fait savoir que leur nom et leurs coordonnées seraient fournis à Santé Canada mais que les commentaires formulés ne seraient pas rattachés à eux; cependant, le nom de l'organisation figure dans le rapport (annexe A). Tous ont accepté ce protocole.

3.2 CONSTATATIONS

Dans une large mesure, les constatations de l'analyse du contexte (qui a comporté des entrevues téléphoniques et une étude de documents suggérés par les répondants ou trouvés dans leur site web) reflètent et reprennent les constatations de l'étude documentaire.

Les questions de RHS soulevées sont les mêmes, à savoir les pénuries de personnel que connaissent tous les secteurs de compétence dans les secteurs clés des ressources humaines en santé et le recours à des modèles de substitution, au cadre des fonctions élargi et à la prestation des services par une équipe en tant que stratégies de déploiement.

Les autres grandes stratégies utilisées par les secteurs de compétence et les organismes interrogés sont résumées ci-après et sont décrites en détail dans le rapport narratif qui suit. Ces stratégies sont les suivantes :

- accomplissement par les professionnels des soins de santé du cadre intégral de leurs fonctions;
- plus grande utilisation des infirmières praticiennes pour la prestation des soins de santé primaires;
- utilisation d'infirmières ayant un cadre de fonctions élargi;

- utilisation de la technologie de la télésanté et de la télémédecine pour accroître l'accès, particulièrement dans les collectivités éloignées et isolées;
- plus grande utilisation des intervenants des services professionnels, comme les pairs aidants, les spécialistes en santé communautaire et les coordonnateurs des soins;
- plus grande utilisation des « aides » pour la prestation des services;
- mise sur pied de programmes éducatifs visant à favoriser l'adoption d'approches axées sur la collaboration et l'élargissement du cadre des fonctions des fournisseurs de soins de santé;
- recrutement, formation et stages offerts sur place dans les collectivités éloignées et rurales afin d'encourager la relève et d'accroître le nombre de dispensateurs de soins dans ces régions;
- création de groupes de travail sur les politiques et la planification chargés d'élaborer des stratégies qui répondent aux pénuries de RHS et qui ciblent les populations spéciales à risque.

La partie qui suit énonce les constatations de l'analyse du contexte réalisée au moyen d'entrevues téléphoniques et d'un examen de documents connexes. Ces constatations sont présentées par secteurs de compétence et organisations, de même que par grandes questions de santé, conformément à ce qui figure dans la demande de propositions pour le projet.

3.2.1 Pratiques canadiennes de déploiement des RHS

3.2.1.1 Programmes du gouvernement fédéral

Anciens combattants Canada (ACC)

ACC est en train d'effectuer une étude visant à bien cerner les besoins en services de santé et en services sociaux des aînés des régions rurales en vue de concevoir des programmes spéciaux pour répondre à ces besoins.

Pour ce qui est des services de santé mentale, ACC collabore avec le ministère de la Défense nationale (MDN) et les Forces canadiennes (FC) aux cinq centres de soins pour trauma et stress opérationnels afin de concevoir de la formation à l'intention des coordonnateurs du soutien par les pairs (des employés du MDN ayant été victimes de trauma et de stress opérationnels). Ces pairs aidants ayant reçu une formation spéciale seront déployés afin d'offrir des services de counselling en santé mentale sous la direction de psychologues cliniques.

Une trousse est en train d'être élaborée dans le cadre d'une initiative conjointe de l'OMS et d'ACC afin de traiter les « troubles mentaux dans les soins primaires » et de donner aux médecins civils en soins primaires les compétences nécessaires pour comprendre et traiter les traumatismes militaires. ACC œuvre de concert avec le St. Anne's Hospital afin d'établir des réseaux pour assurer un soutien aux clients souffrant de troubles liés au stress post-traumatique et d'autres traumatismes opérationnels grâce à des programmes de télésanté. Ces programmes offrent des services de counselling et de suivi, de même que de la formation et de l'éducation à l'intention des dispensateurs locaux de services de santé mentale. Des services de télésanté mentale sont également offerts par le biais de la faculté de

médecine de la Memorial University et de la Telehealth Educational Technology Resource Agency (TETRA) aux clients d'ACC des régions éloignées et rurales.

Santé Canada

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)

Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des services de santé aux populations autochtones des réserves. Les infirmières en santé communautaire exerçant leur profession dans les communautés inuites et des Premières nations ont un cadre de fonctions élargi qui comprend les compétences nécessaires pour le travail et l'accouchement d'urgence ainsi que pour les soins d'urgence aux blessés. Ces compétences vont au-delà du cadre de fonctions traditionnellement assumé par les infirmières praticiennes dans la plupart des provinces et territoires. Ces infirmières ayant un cadre de fonctions élargi font également fonctionner les appareils radiographiques que l'on retrouve dans la plupart des postes de soins infirmiers. Dans bon nombre de ces postes, il y a également des employés des Premières nations qui ont reçu une formation sur le fonctionnement des appareils radiographiques. Les infirmières apprennent aussi comment prélever du sang et se servir d'un microscope pour les lames simples, de sorte qu'elles effectuent des travaux de laboratoire de base comme l'examen des frottis Papanicolaou ou la numération des leucocytes. Elles délivrent également des médicaments selon les lignes directrices cliniques et un compendium pharmaceutique. Les postes de soins infirmiers tiennent trois catégories de médicaments :

- les médicaments que les infirmières peuvent prescrire et délivrer sans l'autorisation d'un médecin;
- les médicaments au sujet desquels les infirmières doivent consulter un médecin;
- les médicaments qui ne peuvent être délivrés que par les médecins visitant la collectivité.

La DGSPNI a eu à relever des défis sur le plan du recrutement et du maintien en poste d'infirmières dans les collectivités éloignées et isolées que supervise le programme. Afin d'appuyer les pratiques infirmières dans les communautés desservies par la DGSPNI, un programme d'évaluation des compétences des infirmières en santé communautaire a été établi pour cerner les aptitudes requises et prévoir la formation et le recyclage des infirmières de pratique avancée en fonction des besoins liés à leurs affectations. Le manque d'infirmières praticiennes pour combler les postes de la DGSPNI constitue une question importante, tout comme l'est celle de l'uniformité de l'enseignement, de l'autorisation d'exercer et de la reconnaissance des infirmières praticiennes dans l'ensemble du pays.

Des pénuries ont également été enregistrées au Bureau de la médecine communautaire, qui déploie les spécialistes de la médecine communautaire dans les régions de la DGSPNI. Les spécialistes de la médecine communautaire sont responsables de la santé publique, y compris de la lutte contre les maladies transmissibles et de la surveillance de la santé. On a signalé que la plupart des provinces et territoires accusent aussi des pénuries relativement au poste de spécialiste de la santé publique et qu'elles sont en train d'embaucher des personnes qui ne possèdent pas la formation ou l'expérience requises (p. ex., des médecins de famille). Même si s'agit d'une stratégie de déploiement qui vise à régler les pénuries, elle n'est pas considérée comme une pratique exemplaire compte tenu des exigences spéciales de ce poste. Le Bureau de la médecine communautaire a recruté des médecins

ayant une formation préparatoire plus limitée et offre de la formation en cours d'emploi afin de les aider à améliorer et à perfectionner leurs compétences. On a également commencé à recruter des spécialistes de la santé publique sur la scène internationale (en Australie, en Afrique du Sud) en vue de combler ces postes.

On s'efforce de recruter des étudiants des communautés inuites et des Premières nations dans les écoles de médecine, plus précisément dans les programmes de santé publique, afin d'accroître le recrutement et le maintien en poste dans ces communautés.

La DGSPNI prévoit une autre catégorie de professionnels de la santé, laquelle n'est pas visée par la présente étude mais mérite néanmoins d'être mentionnée étant donné sa nature novatrice. La Direction des soins de santé primaires et de la santé publique de la DGSPNI exploite un programme de dentothérapie qui déploie des dentothérapeutes dans les communautés inuites et des Premières nations de l'ensemble du pays. Ces dentothérapeutes assurent des soins dentaires primaires aux populations inuites et des Premières nations, en accordant une importance particulière à la dentisterie pédiatrique. Ils offrent des services dentaires de prévention et de restauration aux populations qui n'ont pas accès à ces services. Exploité depuis 1972, le Programme de dentothérapie de la DGSPNI a fait l'objet d'un examen au terme duquel il a été établi qu'il s'agissait d'un mode rentable de prestation des services dentaires; des études ont montré que les dentothérapeutes travaillant dans les collectivités sont en mesure d'offrir des services rentables et d'obtenir des résultats cliniques positifs. La dentothérapie présente toutefois certains défis étant donné que le programme d'enseignement n'a pas été agréé et que les dentothérapeutes ne sont pas reconnus ni autorisés à exercer dans la plupart des provinces canadiennes en raison de l'opposition des associations dentaires.

Santé Canada a appuyé la mise sur pied de projets de télésanté dans l'ensemble du pays, surtout par le truchement de l'ancien Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), lequel a versé plus de 80 millions de dollars en financement à 29 projets au cours de la période de 2001 à 2003. Le gros du financement du PPICS, copartagé avec les provinces à parts égales, a été affecté à des projets de télésanté. Ces projets avaient comme objectif d'optimiser les RHS limitées, comme les radiologistes, les psychiatres et les médecins des salles d'urgence des régions éloignées et rurales. À titre d'exemple, mentionnons les soins à domicile assurés au téléphone par les infirmières dans les quartiers défavorisés des centres-villes (les CLSC du futur au Québec); les services de télépsychiatrie offerts dans l'ensemble de l'Ontario (permettant aux psychiatres d'assurer plus de services même si le temps consacré à chaque patient est inférieur au temps prévu dans la pratique traditionnelle) selon une approche axée sur le travail d'équipe faisant appel à des infirmières et des travailleurs sociaux); les projets de télésanté du Manitoba et de la Colombie-Britannique, qui ont appuyé la transition des soins de courte durée aux soins communautaires à domicile; les projets de téléradiologie, le Eastern Ontario Connect Care (qui a permis de relier 19 hôpitaux à des collectivités rurales), et de nombreux autres projets.

La télésanté a aussi été utilisée pour la formation professionnelle continue et elle s'est révélée essentielle en tant qu'outil de recrutement et de maintien en poste des médecins et infirmières des collectivités éloignées. De façon particulière, dans le cas des radiologistes, elle a permis de réduire l'isolement des dispensateurs de soins et d'améliorer la satisfaction professionnelle. La télésanté en

équipe a permis d'augmenter le nombre de partenariats axés sur les patients, comme les partenariats entre pédiatres et oncologues et ceux entre pédiatres et cardiologues, afin d'assurer des soins ciblés et coordonnés.

En ce qui concerne les professionnels paramédicaux, ce sont surtout les techniciens en radiologie qui ont fortement bénéficié de la télésanté et qui ont utilisé cette technologie; des études montrent que la télésanté leur a permis de travailler en autonomie sans la supervision des radiologues, puisqu'ils peuvent transmettre leurs clichés aux grands hôpitaux pour interprétation. Les techniciens en radiologie peuvent faire des mammographies et de l'imagerie foetale grâce à la technologie de la télésanté.

S'il est vrai que tous les projets du PPICS ont été évalués, très peu d'études sur les coûts ont été entreprises avant l'introduction d'outils d'aide à la décision. Les études citées par les répondants ont montré que pour réussir, les projets de télésanté doivent prévoir les services d'un médecin, d'un administrateur et d'un champion de la technologie. Selon les répondants consultés, la télésanté peut permettre une meilleure utilisation des RHS, influencer sur le recrutement et le maintien en poste et réduire l'isolement, assurer un accès à la formation professionnelle et favoriser le travail en équipe. Elle peut aussi réduire les frais de déplacement des professionnels qui doivent autrement se rendre dans les collectivités éloignées.

Secrétariat du Partenariat fédéral pour les soins de santé

L'analyse du contexte a mis en relief le recours accru aux organismes nationaux de coordination pour traiter des questions de planification et de déploiement des RHS, une tendance qui a également été observée parmi les administrations internationales recensées. Au Canada, parmi les organismes autorisés qui sont chargés de coordonner les questions de santé, il y a le Secrétariat du Partenariat fédéral pour les soins de santé (SPFSS). Le SPFSS réunit des ministères fédéraux qui ont un mandat lié aux soins de santé (le Bureau du Solliciteur général, la GRC, ACC, le MDN, Citoyenneté et Immigration Canada, Santé Canada) ainsi que les organismes centraux, le BCP, le SCT et le ministère des Travaux publics. L'ACDI y est une observatrice. Le Secrétariat relève d'ACC, mais il se trouve à Ottawa. Il a pour mandat d'échanger de l'information et de trouver des approches coordonnées concernant des questions de santé comme l'équité et l'accès, les normes et les gains de rendement. La télésanté a récemment fait l'objet d'un examen, et les stratégies de planification et de déploiement des RHS seront abordées dans un avenir rapproché.

3.2.1.2 Ministères provinciaux de la Santé

La plupart des ministères de la Santé ont présenté des modèles de SSP dans le cadre de projets de renouvellement des soins de santé primaires; ces modèles utilisent des équipes multidisciplinaires comprenant des médecins de familles, des infirmières praticiennes et une variété d'autres professionnels de la santé qui oeuvrent selon un modèle de soins de collaboration au niveau de la collectivité. Ces cliniques peuvent se trouver dans les collectivités rurales, éloignées ou isolées, de même que dans les quartiers défavorisés des centres-villes. Les centres de SSP sont axés sur des approches holistiques qui englobent la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation sanitaire et le renforcement des capacités communautaires. Plusieurs provinces, dont le Manitoba, ont remanié les cadres de fonctions des professionnels de la santé dans les centres de SSP, notamment celui des infirmières praticiennes, des inhalothérapeutes et des professionnels paramédicaux afin de leur permettre d'assurer une plus vaste gamme de services de soins de santé.

Dans l'ensemble, on observe une tendance plus prononcée à utiliser les infirmières et les infirmières praticiennes en exploitant au maximum leurs compétences de manière à composer à la fois avec les problèmes de pénurie et les problèmes d'accès. Dans la même veine, les établissements de soins de longue durée ont tendance à avoir recours à des infirmières auxiliaires autorisées et à des préposés aux soins personnels assumant le cadre intégral des fonctions en raison des pénuries d'infirmières.

Afin d'accroître les services dans les collectivités éloignées ou isolées, certaines provinces comme Terre-Neuve s'emploient à identifier les membres de la collectivité ayant une quelconque formation en soins de santé (comme les infirmières auxiliaires autorisées ou les travailleurs paramédicaux), pour renforcer leurs aptitudes et leur permettre de travailler en appliquant toute la portée de leur formation, grâce à des mécanismes de soutien.

Les incitatifs financiers sont considérés comme étant la principale façon d'attirer des médecins dans les régions rurales; mentionnons notamment les Debt Assistance Plans de la Nouvelle-Écosse ainsi que les ententes de paiements compensatoires. Plusieurs provinces (le Québec, le Manitoba, l'Alberta) ont recours à des conventions de services (paiement des études en échange de services dans un endroit déterminé) pour les étudiants des professions de la santé, comme les médecins, les infirmières et les pharmaciens, afin d'assurer des services aux régions mal desservies de la province.

La plupart des provinces et territoires utilisent des initiatives en télésanté pour avoir accès aux collectivités éloignées ou isolées. Le Telehealth Network de la Nouvelle-Écosse est appuyé par un programme prévoyant des modes optionnels de financement qui vise à rembourser les médecins pour la pratique clinique dans les applications de la télésanté et de la télémédecine. On a davantage recours à la prestation mobile des soins de santé, de même qu'à des services de conseils téléphoniques sur la santé, comme le Health Link Service de l'Alberta.

Afin de composer avec les pénuries d'infirmières, plusieurs gouvernements provinciaux ont consenti un soutien financier accru aux établissements d'enseignement et de soins de santé pour le recrutement, le maintien en poste et la formation d'infirmières.

Pour favoriser l'adoption de pratiques de collaboration parmi les dispensateurs de SSP, certains programmes (de soins médicaux, soins infirmiers, travail social et soins pharmaceutiques), comme celui de la Memorial University à Terre-Neuve, offrent des cours conjoints sur le cadre des fonctions de chacune des professions et sur les stratégies visant l'adoption de pratiques de collaboration afin d'optimiser les aptitudes de chacun des groupes dans l'approche favorisant le travail d'équipe.

Le Programme de soins infirmiers (lancé en 1999) du Arctic College du Nunavut visait de façon bien précise à recruter des infirmières du Nord afin d'accroître l'offre en infirmières dans cette région. Selon certains répondants, le fait d'offrir des programmes de formation en santé dans le Nord permet d'accroître le recrutement de dispensateurs de soins autochtones.

De plus, de nombreuses provinces, comme l'Alberta, offrent des bourses dans le cadre des Aboriginal Health Career Bursary Programmes afin d'augmenter le recrutement d'étudiants dans les professions de la santé (ces bourses sont offertes aux étudiants indiens, inuits et métis, et aux étudiants indiens non inscrits).

Dispensateurs de soins de santé

Les constatations qui suivantes sont regroupées selon la catégorie de profession et le problème de santé indiqués dans la Demande de propositions pour la présente étude.

Infirmières

Une importance accrue a été accordée à la prestation de services de soins de santé primaires par des équipes, ce qui a mis en relief le recours aux infirmières et aux infirmières praticiennes à titre de composantes clés de l'équipe multidisciplinaire. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, les cliniques dirigées par des infirmières sont des cliniques de SSP exploitées par des infirmières praticiennes où il n'y a pas de médecins sur place. Ces cliniques servent également à la rotation du service clinique des étudiants en sciences infirmières. L'Ontario exploite des cliniques d'insuffisance cardiaque congestive où les infirmières gèrent les soins sans la présence de médecin sur place.

Il y a maintenant un intérêt croissant dans le déploiement d'infirmières cliniques spécialisées (qui sont des infirmières praticiennes) afin d'assurer un soutien infirmier dans les hôpitaux, y compris les unités de soins intensifs, dans les traitements avancés et les évaluations pré-opératoires. Travaillant aussi au sein d'équipes multidisciplinaires, les infirmières praticiennes font la tournée avec les médecins mais approchent celle-ci dans une perspective différente, et elles examinent les systèmes entourant les patients de même que les patients eux-mêmes.

Les cliniques de soins à domicile du Nouveau-Brunswick offrent des services assurés par des infirmières et d'autres professionnels de la santé, comme les diététiciennes et les physiothérapeutes. Dans le cas de ces cliniques, les patients se présentent pour obtenir divers services, comme le traitement d'un ulcère de la jambe, le changement de pansements, l'antibiothérapie par intraveineuse, le counselling sur la nutrition, le counselling sur le diabète, et d'autres types de soins. Il a été constaté que ces cliniques constituaient des modes de prestation de soins à domicile plus rentables

et plus chrono-efficaces, et qu'ils offraient aux clients un soutien social et la possibilité de faire une sortie sociale.

Le Manitoba a introduit un programme spécial de recrutement et de maintien en poste d'infirmières (également au Nouveau-Brunswick) afin d'encourager les infirmières qui ont quitté le domaine de retourner exercer leur profession en vertu d'un cours de recyclage subventionné en échange pour la réinstallation dans la province et/ou d'un engagement à travailler (voir aussi, à titre d'exemple, la Colombie-Britannique, le Royaume-Uni, la France). D'autres provinces prévoient des programmes de soutien des diplômées à l'intention des nouvelles infirmières, y compris un encadrement, des préceptorats, la facilitation de la transition, et des possibilités d'emploi à temps complet pour les nouvelles diplômées. En Colombie-Britannique, par exemple, des mesures ont été adoptées afin d'embaucher des infirmières pour travailler à titre d'employés surnuméraires après leur deuxième année, et ce, afin de traiter des préoccupations selon lesquelles les nouvelles diplômées n'étaient pas prêtes à exercer leur profession. Une évaluation a permis de constater qu'un pourcentage plus élevé de ces infirmières demeuraient dans leur poste grâce à cette pratique. Des dispositions législatives ont également été élaborées afin de permettre aux étudiantes infirmières de travailler en milieu hospitalier à titre d'infirmières afin de traiter des pénuries de personnel (Colombie-Britannique). Du financement de transition a également été consenti afin de permettre aux employeurs du secteur de la santé d'aider les infirmières touchant des prestations de programmes d'indemnisation des accidentés du travail ou d'invalidité à long terme à utiliser leur expérience de façon plus productive.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent un Advance Nurse Mentorship Programme afin d'aider à combler les vacances dans les régions nordiques et éloignées. Le Manitoba, pour sa part, prévoit un programme en ligne de formation d'infirmières praticiennes menant à une maîtrise, ce qui permet aux étudiantes en sciences infirmières des collectivités éloignées et isolées d'obtenir de la formation avancée à condition qu'il y ait dans la collectivité une autre infirmière praticienne ou un médecin qui peut faire fonction de précepteur.

Il a été signalé que les compétences des infirmières auxiliaires autorisées n'étaient pas utilisées de façon intégrale dans la pratique en raison d'obstacles d'ordre législatif dans certaines provinces. Il y a donc un écart entre la formation reçue par les infirmières auxiliaires autorisées et la pratique clinique réelle, de même que de la résistance des professionnels face à leur cadre de fonctions élargi. Il convient néanmoins de souligner que certains changements sont en train de s'opérer en raison des pénuries enregistrées dans la plupart des groupes de professions des RHS. Il y aurait lieu de préciser davantage le cadre des fonctions et de prévoir une plus grande mesure de collaboration parmi les groupes professionnels.

Des travaux sont en cours en vue de l'adoption d'un cadre de fonctions élargi pour les infirmières auxiliaires autorisées. À l'Île-du-Prince-Édouard, un projet financé par l'Entente sur le développement du marché du travail de DRHC a réuni le PEI LPN Registration Board, la LPN Association et le ministère de la Santé de la province afin de déterminer les compétences de niveau d'entrée pour les infirmières auxiliaires autorisées, étant donné qu'à l'heure actuelle aucun document ne définit clairement les compétences. Ce processus de détermination des compétences comprend un outil web pour l'auto-évaluation. On s'attend à ce qu'une deuxième et une troisième phases de

cette étude soient réalisées afin de relever les chevauchements entre les compétences des infirmières auxiliaires autorisées et celles des infirmières autorisées, pour ensuite cerner d'autres besoins en formation pour combler les lacunes des infirmières auxiliaires autorisées. On s'attend aussi à ce que l'étude contribuera à l'adoption d'un cadre de fonctions élargi pour les infirmières auxiliaires autorisées.

On compte également introduire des outils d'évaluation des connaissances acquises afin d'évaluer les connaissances et les compétences des infirmières auxiliaires autorisées désireuses de poursuivre leurs études en s'inscrivant au programme de baccalauréat en sciences infirmières. Il existe plusieurs programmes de soutien du perfectionnement des compétences pour encourager les infirmières auxiliaires autorisées à perfectionner leurs compétences et plusieurs hôpitaux financent ces initiatives, tout comme le font la DGSPNI de Santé Canada et plusieurs communautés des Premières nations.

D'aucuns estiment que la *Loi sur les sciences de la santé* serait utile pour traiter des problèmes des incertitudes en matière de responsabilités, pour clarifier les cadres des fonctions et, en bout de ligne, pour assurer de meilleurs soins infirmiers aux patients.

Pharmaciens

Au cours des quelques dernières années au Canada, le cadre des fonctions des pharmaciens a évolué. Les techniciens pharmaceutiques ont assumé certaines des tâches plus « courantes » traditionnellement remplies par les pharmaciens comme, par exemple, le comptage des comprimés, la saisie des données et l'étiquetage, le rôle du pharmacien s'élargissant pour comprendre des soins davantage axés sur le patient et devenir davantage celui d'un dispensateur de soins de santé primaires. La pénurie de pharmaciens au Canada est venue ralentir l'adoption de ce rôle. La tendance à prévoir un cadre des fonctions élargi pour les pharmaciens a été plus prononcée dans les milieux hospitaliers que dans les pharmacies communautaires, l'hôpital assurant la surveillance des conseils approuvant de telles nouvelles pratiques renforcées. Les techniciens pharmaceutiques, toutefois, n'ont aucune capacité juridique. En tentant de prévoir une fonction de réglementation provinciale, le gouvernement de l'Ontario a mis en place un programme de technicien pharmaceutique diplômé (sous les auspices de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario).

Plusieurs projets pilotes intéressants ont été mis en œuvre dans l'ensemble du pays. Par exemple, en Alberta et en Colombie-Britannique, des pharmaciens ayant reçu une formation spéciale ont géré la posologie d'anticoagulants. Des évaluations ont mis en relief l'efficacité et l'efficience de cette pratique, les soins prodigués par le pharmacien étant au moins comparables aux soins assurés par les médecins à cet égard. Le projet, qui a été lancé dans un milieu hospitalier, a été élargi pour être assuré dans les collectivités. Dans le cadre d'une autre étude menée en Alberta, on avait recours à des pharmaciens pour trier et prendre en charge les patients prenant des hypocholestérolémiants; les résultats de l'évaluation ont fait état d'issues très positives sur le plan de la gestion de la santé des patients.

Les pharmaciens jouaient un rôle de triage dans une étude menée à Windsor, en Ontario, où ils évaluaient des patients achetant du Zantac et d'autres acidoréducteurs. La moitié des patients évalués

par les pharmaciens présentaient des symptômes d'alarme et ont été aiguillés vers des médecins pour des examens plus poussés.

Les pharmaciens ont également été formés en tant qu'éducateurs sanitaires dans plusieurs études. Dans une étude portant sur l'asthme, des patients ont été recrutés, ont reçu une formation sur la prévention et des instructions. Grâce aux interventions des pharmaciens, il y a eu moins de visites urgentes, une utilisation réduite de bronchodilatateurs, et une réduction des taux de morbidité et de mortalité.

De façon générale, les pharmaciens sont perçus comme renforçant le rôle des médecins de famille dans les SSP, et pourraient en faire davantage, permettant ainsi aux médecins de famille de se concentrer sur les cas plus complexes et plus aigus. Aucun mode de paiement n'a été établi pour rémunérer les pharmaciens pour ce rôle élargi. Cependant, les pénuries de pharmaciens ont joué un rôle de contrainte relativement à ce rôle élargi. Le système de réglementation prévu pour appuyer ces pratiques élargies a été lent et réactif. D'aucuns sont d'avis que les nouvelles tâches du rôle élargi que remplissent les pharmaciens pourraient être contestées par les associations médicales.

Les pharmaciens ont également élargi leur cadre de fonctions dans les soins à domicile (assurés sans frais pour les patients et pour lesquels ils ne sont pas rémunérés). Dans un récent sondage mené auprès de pharmaciens, 20 % des répondants avaient effectué des visites à domicile chez des patients (habituellement des aînés), et avaient rempli certaines tâches comme la prise en charge de nouvelles ordonnances et l'explication du mode d'emploi; la réalisation d'examen de médicaments à l'intention des patients; l'examen de l'entreposage des médicaments; l'évaluation des interactions médicamenteuses.

Une étude en cours en Ontario (Université d'Ottawa et McMaster University) vise à intégrer les pharmaciens dans le milieu d'exercice collectif de la médecine familiale à titre de membres de l'équipe de SSP.

Les pharmaciens se sont également employés à assurer un soutien en matière de télésanté aux communautés des Premières nations et des Inuits, offrant leur soutien surtout aux infirmières et aux travailleurs de la santé communautaire dans les réserves.

Certains changements nouveaux et intéressants sont survenus au Québec qui méritent d'être mentionnés, des changements qui diffèrent de ceux relevés dans d'autres provinces en ce qui concerne les services cognitifs assurés par les pharmaciens. Au Québec, les pharmaciens peuvent prescrire des contraceptifs d'urgence (pilule du lendemain) sans l'autorisation d'un médecin (voir le site web de l'Ordre des pharmaciens du Québec à <http://www.opq.org/>).

3.2.1.3 Milieux de soins

Soins à domicile et soins de longue durée

Dans la province de la Nouvelle-Écosse, le programme des soins à domicile exige la désignation du

poste d'aide en soins continus, laquelle sera obligatoire à l'automne de 2004 afin d'aider le personnel chargé des soins personnels ou les travailleurs des soins à domicile à perfectionner leurs compétences par le truchement d'une combinaison d'évaluations des connaissances acquises et de formation continue. Le ministère de l'Éducation de la Nouvelle-Écosse appuie les établissements de formation dans le cadre de l'établissement de cette désignation.

Collectivités éloignées et isolées

Un projet pilote mené au Cap Breton, en Nouvelle-Écosse, utilise le coordonnateur des soins pour établir des liens de communication avec les communautés des Premières nations. Ce poste a été jugé fructueux suite à une évaluation et il sera offert à d'autres communautés des Premières nations.

De nombreuses communautés des Premières nations et des Inuits comblent le besoin de prévoir des dispensateurs de soins de santé à temps plein en optant pour des placements à plus court terme ou en partageant les services des dispensateurs de soins de santé avec les communautés voisines.

Des efforts soutenus visant à recruter et à former des étudiants des régions rurales et éloignées (recrutement des talents de chez-nous) se poursuivent dans l'espoir que ces recrues retourneront assurer des services dans ce type de milieu. Des efforts sont également déployés afin de placer les étudiants dans des milieux ruraux et éloignés dans le cadre de leur formation clinique.

En Colombie-Britannique, l'Interprofessional Rural Placement Programme (exploité par l'Université de la Colombie-Britannique) finance des équipes (composées d'étudiants en médecine, en physiothérapie et en sciences infirmières) afin de leur permettre de travailler ensemble dans les collectivités éloignées pendant l'été, dans le cadre d'une affectation clinique, dans l'espoir d'attirer ces étudiants pour qu'ils travaillent dans les milieux éloignés et isolés après leurs études.

Plusieurs provinces prévoient des programmes de remboursement des prêts afin d'attirer des professionnels des soins de santé dans les régions éloignées et rurales accusant des pénuries de professionnels des soins de santé. Il y a aussi des incitatifs spéciaux pour les infirmières travaillant dans les communautés autochtones et les quartiers défavorisés des centres-villes, y compris des cours de perfectionnement professionnel et des incitatifs pour les retenir dans ces postes difficiles à combler.

Plusieurs répondants étaient d'avis que la solution la plus fructueuse pour le recrutement et le maintien en poste réussis de RHS pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest est d'encourager les dispensateurs locaux « d'ici ». Selon les répondants interrogés, le taux de réussite du maintien en poste des infirmières locales est très élevé; c'est la raison pour laquelle la plupart des programmes visent à appuyer la population locale à perfectionner ses compétences et à obtenir de la formation pour travailler au sein de ses collectivités. Il y a des programmes d'incitatifs financiers et non financiers, notamment les programmes d'encadrement, les programmes de garantie d'emploi, les programmes d'employés surnuméraires, et autres.

Le Manitoba a connu un succès avec son programme visant à accroître le recrutement de dispensateurs de soins de santé chez les Autochtones, lequel a été entrepris en partenariat avec les associations des Premières nations dans l'ensemble de la province.

Le recours à des équipes mobiles pour le déploiement des RHS est une pratique courante dans de nombreuses régions éloignées, comme le Visiting Doctor Programme, les Mobile Breast Clinics, les Mobile Dialysis Clinics et les Mobile Mental Health Crises Teams du Manitoba, et autres initiatives similaires.

Quartiers défavorisés des centres-villes

Par ailleurs, des municipalités embauchent un plus grand nombre d'infirmières de rue afin de tenter de rejoindre les populations à risque et d'assurer des services sur place. Par exemple, le Mobile Needle Exchange Programme du Manitoba prévoit les services d'une infirmière de rue pour assurer des soins de santé primaires et de l'éducation sanitaire aux groupes à risque élevé. Les infirmières de rue de Vancouver qui distribuent des seringues propres et des condoms, qui tiennent des séances de counselling sur le contrôle des naissances et distribuent des dépliants constituent un autre exemple de pratique des infirmières praticiennes. Le counselling des patients constitue un important volet du rôle qu'elles jouent dans la rue.

Santé mentale

Au Canada, il y a une importante pénurie de psychiatres, de même que d'infirmières dans le secteur de la santé mentale. Les répondants ont également fait état de pénuries d'autres professionnels de la santé travaillant dans le secteur des services de santé mentale, notamment les travailleurs sociaux, les travailleurs de soutien et les ergothérapeutes. Les intervenants ont demandé que soit établie une stratégie plus globale de RHS afin de répondre aux besoins en soins de santé au Canada.

On a eu recours aux infirmières praticiennes pour assurer des soins de santé mentale primaires aux collectivités accusant une pénurie de psychiatres. Des initiatives intéressantes ont été entreprises, notamment par la section locale de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) à Windsor qui a embauché une infirmière praticienne à titre de membre d'une équipe multidisciplinaire (équipe qui comptait également un psychiatre à temps partiel et un médecin généraliste) dans le cadre d'un projet pilote financé par le ministère de la Santé de l'Ontario afin d'assurer des services de soins élargis, lesquels comprennent la prescription, la surveillance et l'ajustement des médicaments destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques. Ce modèle utilisant une infirmière praticienne pour trier et traiter les patients avant de les aiguiller vers un médecin s'est révélé très efficace et permet aux médecins de se concentrer sur les cas plus aigus.

Il y a des exemples d'organismes communautaires, comme les pavillons, qui offrent des services de santé mentale aux patients chroniques par le truchement du recours à des ergothérapeutes, à des travailleurs sociaux et à des intervenants de soutien en santé mentale.

La Colombie-Britannique a formé des intervenants en santé mentale par le truchement de son système de collèges communautaires afin de combler les lacunes dans les services de soins de santé mentale. En raison de la pénurie de dispensateurs de services, les travailleurs sociaux évaluent et diagnostiquent de plus en plus de cas dans certaines administrations, mais d'aucuns estiment qu'ils ne possèdent pas la formation nécessaire pour effectuer ces tâches. C'est la raison pour laquelle une nouvelle loi (la Reserved Action Model Act) sera adoptée en Colombie-Britannique afin d'assurer que seuls les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes (et d'autres professionnels de la santé désignés) peuvent établir un diagnostic.

Les infirmières praticiennes ont également été jugées très efficaces dans la prestation de services de soins de santé mentale dans les communautés des Premières nations et les collectivités éloignées et rurales, dans les régions où il y a pénurie de psychiatres ou de médecins.

La Shared Care Initiative de la Nouvelle-Écosse prévoit la prestation de services de soins de santé mentale par le biais d'une équipe interdisciplinaire comprenant des médecins de famille et des cliniciens en santé mentale œuvrant dans une pratique de collaboration. Les infirmières praticiennes assurent aussi des services de soins de santé mentale au système d'écoles publiques, et ce, dans une tentative de se rapprocher des jeunes à risque.

Établissements de soins de santé

L'Association canadienne de santé publique appuie les professionnels des soins de santé exerçant le cadre intégral de leurs fonctions, mais elle reconnaît cependant qu'il existe de nombreux obstacles à cette pratique, y compris les conventions collectives. D'aucuns estiment que la meilleure stratégie pour traiter du déploiement novateur des RHS est d'utiliser la recherche fondée sur des données probantes (surtout canadienne) pour obtenir des preuves et pour documenter les bienfaits des stratégies de déploiement novatrices. Les titres de compétences pour l'accès à la profession doivent également être réévalués à la lumière des décisions qui doivent être prises au sujet de la rentabilité et des soins axés sur les patients. Les exigences croissantes concernant les titres de compétence ont fait monter les coûts des RHS au Canada. La pratique de collaboration chez les professionnels de la santé est une récente tendance qui s'est dessinée, mais elle ne convient pas à tous les types de soins.

Il y a un recours accru aux infirmières cliniciennes spécialisées affectées à des secteurs spécialisés, ainsi qu'aux infirmières praticiennes utilisées dans les soins de courte durée, les soins néonataux, les unités de soins intensifs, et d'autres services hospitaliers. Au Nouveau-Brunswick, dans le cadre du Projet d'exercice de la profession en collaboration pour les soins de santé primaires, le rôle de l'infirmière autorisée dans les services d'urgence est en train d'être élargi de façon à permettre à l'infirmière de travailler selon son cadre de fonctions intégral et de prendre en charge les patients depuis l'admission jusqu'au congé sans que les patients aient inutilement à voir un médecin.

En Colombie-Britannique, une étude est en cours afin d'examiner le recours aux infirmières auxiliaires autorisées remplissant des fonctions accrues afin de traiter de la pénurie d'infirmières de salle d'opération.

Il est signalé que dans certains cadres de prestation de soins à domicile et de soins de longue durée, on a eu recours à des travailleurs non réglementés pour des raisons d'économie et que cette pratique doit être surveillée de près, compte tenu du manque de formation des employés et des questions de sécurité des patients.

Les coupures au titre du financement ont également donné lieu au recours à des membres de la famille pour assurer des soins aux patients. Selon certains répondants, ce type de pratique de déploiement présente des risques et doit être examiné de près.

On suggère qu'il y aurait lieu que les agences de financement gouvernementales consentent un soutien plus important pour la formation des techniciens de laboratoire, des techniciens en radiologie, des professionnels de la réadaptation et d'autres professionnels paramédicaux afin d'assurer que l'approvisionnement satisfait à la demande croissante de services. Il a été exprimé que les pénuries de RHS doivent être abordées conjointement par le gouvernement et les établissements de soins de santé.

On signale un recours accru aux traducteurs des Premières nations et des Inuits dans de nombreux hôpitaux afin de faciliter la coordination des soins, de même que dans la planification et la gestion des congés.

Télésanté et télémédecine

Les programmes de télésanté et de télémédecine ont permis un accès accru aux services médicaux et aux services de santé pour les populations des collectivités éloignées et isolées. Quelques exemples de déploiement novateur vous sont présentés ci-dessous.

La Telehealth Education Technology Resource Agency (TETRA) est une agence non gouvernementale située à Terre-Neuve-et-Labrador qui offre de services de santé et des services d'éducation à divers utilisateurs. La TETRA collabore avec les conseils de santé et les conseils scolaires de l'ensemble de la province, tout en offrant de l'aide pour la mise en œuvre de solutions technologiques et en assurant des services de télésanté (liaisons audiovisuelles et télévisuelles) aux régions mal desservies. Elle est polyvalente dans sa prestation de services de santé, de soins de santé et d'éducation à une variété d'utilisateurs - elle offre de nombreux niveaux de services, depuis les consultations spécialisées jusqu'à la connectivité interprovinciale, en passant par l'éducation et la formation. Elle travaille de concert avec les petites collectivités, y compris les communautés autochtones des sites éloignés et isolés, afin d'établir des sites de télésanté.

Parmi les projets de la TETRA, mentionnons les infirmières de pratique avancée assurant des services de soins primaires dans de nombreuses collectivités côtières éloignées du Labrador.

Les médecins de Terre-Neuve ne sont pas rémunérés pour les services de télésanté. C'est donc dire que le programme s'en remet aux médecins rémunérés pour assurer les services (p. ex., oncologues, radiologues, psychiatres) - ainsi qu'aux infirmières (infirmières de pratique avancée et infirmières praticiennes). D'autres spécialistes médicaux offrent bénévolement leur temps et des consultations.

Les régimes de rémunération n'ont pas suivi le rythme de la technologie utilisée.

D'autres professionnels paramédicaux participent aux projets de télésanté, notamment les physiothérapeutes et les phoniatres.

Plusieurs évaluations ont été effectuées et la plupart des projets ont été évalués. Toutefois, il n'y a pas eu d'évaluation globale des résultats ou de la rentabilité. Parmi les leçons tirées des évaluations, mentionnons ce qui suit : l'importance du perfectionnement des compétences, la formation, la disponibilité de matériel convenable, et les ressources humaines nécessaires pour appuyer le personnel du secteur de la santé dans le cadre de la technologie de la télésanté.

Le North Network est un programme de télémédecine qui offre des consultations aux patients et de la formation professionnelle continue aux collectivités nordiques et rurales de l'Ontario depuis 1988. Financé au départ par le truchement d'une subvention d'établissement d'une infrastructure de 8,5 millions de dollars du CHIP, il est maintenant financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et offre des services à plus de 800 patients par mois, dans 70 secteurs spécialisés, travaillant avec près de 100 organisations membres dans 150 emplacements. Keewaytinook Okimakanak Telehealth est son principal partenaire.

Le North Network a augmenté l'accès aux services de soins de santé pour les populations des collectivités éloignées et isolées, et ce, grâce à la télévision bidirectionnelle, aux matériaux médicaux électroniques et à d'autres technologies. Les services sont assurés par des médecins, des infirmières et des professionnels paramédicaux et coordonnés par le Sunnybrook and Women's College Hospital à Toronto. Il y a des conférences de cas pour les intervenants des soins de santé mentale; de l'éducation sur le diabète; un programme de télé-ACV d'urgence; le soutien assuré par les infirmières praticiennes dans les collectivités éloignées et rurales; le télé-encadrement, entre autres services. Le North Network a réussi à relier 14 hôpitaux et deux communautés des Premières nations afin d'assurer un service de téléradiologie dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

Les professionnels paramédicaux, comme les orthophonistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychologues, les nutritionnistes et les intervenants en éducation sur le diabète, participent aussi à la prestation de soins par le truchement d'équipes multidisciplinaires œuvrant dans le secteur des applications de la télésanté.

Parmi les obstacles aux programmes de télésanté qui ont été signalés, mentionnons les questions de rémunération des médecins; l'attribution de titres de compétences aux médecins pour les autoriser à assurer des services de télésanté; l'autorisation d'exercer interprovinciale; les systèmes d'information de gestion et de tenue des dossiers des patients.

Les Territoires du Nord-Ouest utilisent des programmes de télésanté pour améliorer l'accès dans les régions éloignées, comme le programmes de conseils sur la santé et de télésoins 24 heures, 7 jours par semaine, en plus des nombreux programmes de télésanté prévus pour relier les collectivités à des professionnels de la santé. Des dispensateurs de soins non professionnels ou des représentants en santé communautaire assurent la liaison entre les patients et les médecins.

Questions de santé rurale

Il convient de noter que 31,6 % des Canadiens vivent dans des collectivités rurales comptant au plus 10 000 habitants. Seulement 4 % des spécialistes habitent dans des collectivités rurales et même s'il y a plus de chirurgiens généralistes que d'autres spécialistes dans les régions rurales, très peu d'entre eux vivent dans des collectivités de moins de 10 000 habitants. Une enquête menée en 1992 sur les hôpitaux de l'Ontario ayant moins de 100 lits pour soins de courte durée a permis de constater que 30 % de ces hôpitaux connaissaient des pénuries de chirurgiens généralistes et que 61 % s'attendaient à des pénuries dans les cinq prochaines années. Afin d'accroître l'accès aux services de soins de santé pour les populations rurales et isolées, la Société de la médecine rurale du Canada a recommandé que soit prévue de la formation en anesthésie et en chirurgie à l'intention des médecins de familles ruraux, y compris de la formation sur les césariennes, afin de répondre aux besoins des collectivités rurales. La Société recommande de plus que des normes nationales soient établies, y compris l'agrément national et la vérification des titres et qualités. La formation devrait aussi être assurée par le truchement de l'éducation médicale continue (voir, par exemple, la Politique sur le renouvellement des soins de santé primaires de la Société de la médecine rurale du Canada).

D'autres intéressés ont demandé que l'on assure le perfectionnement des chirurgiens qui sont médecins généralistes (voir, par exemple, le document intitulé *Towards Integrated Medical Resource Policies for Canada*, de Maurice Barer et Gred Stoddart (1991). Il existe très peu d'information sur les résultats obtenus chez les patients concernant la chirurgie assurée par des médecins généralistes au Canada. Les auteurs d'une étude menée en Colombie-Britannique ont examiné les résultats obtenus pour les appendicectomies sur une période de cinq ans et ont constaté que les taux de complication étaient comparables pour les chirurgiens qui étaient médecins généralistes et les chirurgiens généralistes détenteurs d'un certificat de spécialiste (ibid).

L'Association médicale canadienne (AMC) a entrepris en collaboration avec la profession infirmière et les pharmaciens une étude intitulée *Cadre de la ruralité*, qui porte sur les questions de prestation des soins de santé dans les régions rurales. L'AMC gère aussi un programme de bourses à l'intention des étudiants des Premières nations et des étudiants inuits afin de les encourager à travailler dans les collectivités éloignées.

Ergothérapie

La plupart des ergothérapeutes travaillent dans des centres urbains et des milieux institutionnels, et il existe un problème d'accès dans les régions rurales. On inclut maintenant un plus grand nombre d'ergothérapeutes dans les projets pilotes portant sur les soins de santé primaires. Le financement pose problème étant donné que les services d'ergothérapeutes sont couverts dans les hôpitaux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, mais, en dehors des milieux institutionnels, il y a une grande variation provinciale dans les régimes de remboursement, et de nombreux ergothérapeutes travaillent effectivement en dehors du système public et sont principalement financés par la Commission des accidentés du travail, des régimes d'assurance ou les systèmes scolaires.

Physiothérapie

Les physiothérapeutes ont été inclus dans les récents modèles de SSP à titre de membres d'équipes interdisciplinaires, travaillant selon un cadre des fonctions élargi dans les secteurs de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, de même que dans les rôles plus traditionnels.

Il a été constaté que lorsque les étudiants en physiothérapie avaient été exposés aux milieux nordiques et ruraux avant d'obtenir leur diplôme, par le truchement d'affectations cliniques, ils étaient plus susceptibles d'accepter un placement dans ces milieux. L'Université de la Saskatchewan prévoit un Interprofessional Graduate Practicum dans le cadre duquel des équipes de dispensateurs de soins de santé entreprennent un programme travail-études et des stages cliniques en Afrique. Cette approche prévoit l'intégration du développement communautaire et des SSP. Il a été signalé que ce programme offrait une expérience positive aux physiothérapeutes affectés aux quartiers défavorisés des centres-villes, aux régions éloignées ou aux régions rurales au Canada où la pauvreté dans la collectivité constitue un facteur. La Saskatchewan prévoit l'affectation des étudiants conjointement avec les conseils de santé tribaux, et elle embauche également des physiothérapeutes pour la mise en œuvre des applications de la télésanté dans les collectivités rurales.

Les intervenants de soutien en physiothérapie ont été déployés de façon plus poussée récemment, ceux-ci recevant de la formation en cours d'emploi pour appuyer le travail des physiothérapeutes, même s'il s'agit de postes non officiels et non agréés. Il n'existe pas de normes établies, mais des efforts sont déployés afin de normaliser et de reconnaître officiellement cette profession, et ce, en vue d'accroître le placement dans les milieux ruraux. La question de la supervision par un physiothérapeute pose problème, tout comme le font les questions de législation et de réglementation.

3.2.2 Pratiques internationales de déploiement des ressources humaines en santé (RHS)

3.2.2.1 États-Unis

Le mandat du Department of Health and Human Resources des États-Unis est relié aux initiatives fédérales, tandis que les gouvernements des États administrent les programmes de santé. Il faut donc examiner les programmes des États pour y découvrir des stratégies originales de déploiement. Le calendrier de l'étude n'a cependant pas permis d'effectuer un examen plus sérieux des activités des États.

Étant donné qu'on reconnaît les pénuries de personnel médical clé, on fait des efforts pour promouvoir une planification coordonnée au niveau national, par l'entremise d'agences comme le National Center for Health Workforce Analysis. Il existe de plus des programmes spéciaux destinés à s'attaquer aux problèmes des régions où il y a des pénuries de RHS en désignant des Health Professional Shortage Areas (HPSA) - ou régions ayant une pénurie de professionnels de la santé - que visent des interventions et des fonds particuliers.

Les principales interventions destinées à s'attaquer aux pénuries sont des programmes de stimulants financiers, comme la Loan Repayment Strategy, aux termes de laquelle on offre aux fournisseurs de

soins de santé primaires des plans de remboursement de prêts pour qu'ils assurent des services dans les régions mal desservies (les HPSA). Ce programme, qui a un taux de succès très élevé, s'applique aux pédiatres, aux internistes, aux médecins de famille, aux obstétriciens, aux infirmières praticiennes, aux sages-femmes, aux infirmières cliniciennes spécialisées, aux dentistes et aux conseillers en santé mentale.

Il existe aussi des programmes visant à s'attaquer aux pénuries d'infirmières qui sont destinés à aider à régler les problèmes de recrutement et de maintien de leurs effectifs, y compris des fonds pour des programmes d'éducation à l'intention des établissements d'enseignement destinés à permettre aux infirmières de gravir tous les échelons de la profession, des programmes de stages et de formation, d'encadrement, de financement de débouchés innovateurs et de remboursement de prêts pour des études en soins infirmiers.

Le cadre des fonctions des infirmières praticiennes varie beaucoup d'un État à un autre. Certains États et certaines régions rurales, en particulier, permettent aux infirmières d'exercer le cadre intégral de leurs fonctions.

Les placements cliniques d'étudiants en médecine par rotation dans les régions mal desservies sont une autre mesure qu'on emploie avec succès pour accroître le recrutement de médecins en régions rurales.

Le US Public Health Service, qui relève du US Surgeon General's Office, prend spécialement pour cibles et dote en personnel les réserves indiennes, comme les HPSA. On fait aussi des efforts pour attirer davantage d'étudiants autochtones et des minorités à l'intérieur des professions de la santé.

L'utilisation de la technologie de la télésanté est répandue partout aux États-Unis.

Pharmaciens

Il y a aux États-Unis une pénurie de pharmaciens autorisés, ce qui fait que le volume et la gamme des services qui sont actuellement fournis par les pharmaciens augmentent énormément et que leurs rôles et leurs responsabilités s'élargissent aussi bien dans les commerces de détail qu'en milieu institutionnel.

Comme l'a déclaré l'American College of Clinical Pharmacy (US Bureau of Health Professions, 2000), [traduction] « La profession de pharmacien se transformera au cours de la prochaine décennie, passera d'une profession principalement centrée sur les produits à une profession axée sur les soins aux patients ». Les pharmaciens offrent maintenant une gamme beaucoup plus grande de services, y compris des services-conseils aux patients sur la consommation appropriée des médicaments, de surveillance des médications et de gestion des soins thérapeutiques pour des états définis, d'aide à des équipes de soins cliniques multidisciplinaires, de consultation sur les programmes d'utilisation des médicaments, d'information sur ces derniers, d'éducation des patients et de gestion des formulaires, ainsi que des programmes de santé publique, comme des programmes de renoncement au tabac, d'information sur le diabète, d'immunisation, etc. Les pharmaciens participent aussi à des initiatives destinées à réduire les erreurs médicales, qui ont atteint aux États-Unis des proportions alarmantes. On estime que le coût global de la morbidité et de la mortalité reliées aux médicaments est de l'ordre de 77 à 136 milliards de dollars par année.

La formation et le cadre des fonctions des pharmaciens sont en train de changer aux États-Unis avec la mise sur pied du Pharm.D, qui allonge le programme d'enseignement à ces professionnels de la santé et accroît l'expérience pratique qu'on exige de ces derniers. Les techniciens en pharmacie y assument maintenant bien des tâches traditionnellement remplies par les pharmaciens.

Les pharmaciens offrent souvent à l'heure actuelle des programmes de gestion des soins thérapeutiques destinés aux patients qui souffrent d'états chroniques, comme le diabète, l'asthme, un cholestérol élevé et une tension artérielle élevée également, ainsi que des thérapies aux anticoagulants. Ils peuvent, avec la collaboration des médecins, évaluer des patients, ordonner des tests en laboratoire reliés à des pharmacothérapies, administrer des médicaments et surveiller et ajuster des médications.

L'un des problèmes clés aux États-Unis est la reconnaissance « des soins de santé cognitive », qui sont facturables à des assureurs - responsabilité civile. Beaucoup d'États y ont élargi la législation sur les fonctions des pharmaciens pour en englober de nouvelles. Des évaluations ont montré dans certains cas une amélioration de la prise en charge et une diminution des coûts des traitements (Ashville, projet de la Caroline du Nord).

3.2.2.2 Royaume-Uni

Le Royaume-Uni est aussi actuellement témoin d'un élargissement du cadre des fonctions et d'un déploiement original de beaucoup de professionnels de la santé, en raison de pénuries de fournisseurs clés de soins médicaux.

On y a formé plus de 25 500 infirmières de district et visiteurs médicaux pour leur permettre de prescrire des médicaments à partir d'un formulaire et 2 000 autres infirmières ont les qualifications requises pour le faire à partir du Nurse Prescribers' Extended Formulary. Plus de 1 400 de ces infirmières et 100 pharmaciens ont reçu une formation leur permettant d'agir en qualité de « supplementary prescribers » (*prescripteurs supplémentaires*). Un rapport du ministère de la Santé signale que l'élargissement aux infirmières du droit de prescrire des médicaments est en train d'améliorer les services aux patients.

Les corps professionnels des physiothérapeutes, des podiatres et des radiographistes ont commencé à élaborer un programme de formation de « supplementary prescribers » à l'intention de ces groupes et il est question d'ajouter les diététistes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les prothésistes et les orthésistes à la liste des professionnels autorisés à prescrire des médicaments.

Pour les technologues en laboratoire et en radiothérapie, il existe des programmes de stimulants financiers et de remboursement de prêts destinés à accroître l'offre de technologues de pratique privée. On a mis sur pied un projet du nom de Improving Working Lives Initiative (IWLI) afin d'accroître les taux de recrutement et de maintien des effectifs, qui, grâce aux horaires variables, au perfectionnement professionnel, aux plans de retraite à la carte et à d'autres mesures, peut améliorer la qualité des services fournis par les professionnels de la santé de ces catégories.

Pour s'attaquer aux pénuries de membres des professions paramédicales, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et d'autres, on s'efforce de les recruter

localement et de les utiliser comme aides et on leur offre des possibilités de suivre une formation plus officielle. On met aussi sur pied à l'intérieur du réseau scolaire des programmes de promotion destinés à inciter les élèves à envisager de faire carrière dans le domaine de la santé. On s'efforce également de promouvoir une plus grande diversité ethnique au sein des effectifs en élargissant les stratégies de recrutement. On fait des efforts de recrutement au niveau international pour accroître le nombre de professionnels de la santé dans les régions où il existe une pénurie de ces derniers.

Les programmes de retour au travail s'avèrent le moyen le plus rapide et le plus efficace d'accroître les effectifs, auxquels 20 000 fournisseurs de soins de santé ont été réintégrés en l'espace de quatre ans. On a mené des sondages afin de définir les raisons pour lesquelles les gens quittent la vie active et on a abordé de façons originales bien des questions cruciales, portant surtout sur la vie au travail. On met aussi sur pied des programmes adaptés à l'évolution de la main-d'œuvre qui sont surtout destinés à éliminer les obstacles traditionnels au travail afin de permettre à chaque groupe professionnel d'exercer le cadre intégral de ses fonctions. On modifie également le système de rémunération pour mieux refléter les compétences utilisées.

Le rôle de l'« aide » - de l'adjoint au médecin, de la sage-femme adjointe, de l'assistant en radiographie - évolue dans toutes les professions de la santé et autres. De nouveaux rôles apparaissent également, comme ceux d'infirmières « Evercare » (formées pour aider elles-mêmes des patients souffrant d'états chroniques à mieux répondre à leurs propres besoins), de « Home Help », (des aides à domicile chargées d'aider les gens ayant récemment obtenu leur congé d'un hôpital), d'infirmières prescriptrices, de pharmaciens prescripteurs, etc.

Pour les soins à domicile, on a tendance à utiliser de plus petites équipes de généralistes polyvalents, des physiothérapeutes donnant aussi des conseils en matière d'alimentation, par exemple.

3.2.2.3 Australie

Le recrutement et la formation d'intervenants en santé autochtone destinés à fournir des soins de santé aux communautés aborigènes constituent des aspects sur lesquels on met particulièrement l'accent dans le domaine du déploiement des RHS en Australie afin d'y desservir les localités éloignées et isolées. Le contrôle et la fourniture au niveau communautaire des services de santé d'une façon culturellement appropriée sont les principes sur lesquels repose le système australien de soins de santé. La prestation de soins primaires inclut également des pratiques traditionnelles de guérison.

Les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres sont gravement désavantagés par de mauvaises conditions de vie, l'accès limité aux services et les pénuries de fournisseurs de soins de santé. Leur état de santé est mauvais comparativement aux Australiens du continent, leurs taux de mortalité infantile est élevé et leurs taux de morbidité et de mortalité laissent à désirer (l'espérance de vie des aborigènes de 16 à 18 ans est inférieure à celle des autres Australiens).

On est également en train d'élargir les rôles des professionnels de la santé, des infirmières et des membres des professions paramédicales pour desservir les régions rurales et éloignées. La plupart des programmes de formation reliés à la santé englobent des placements cliniques dans des

communautés rurales qui visent à promouvoir les placements dans les régions les englobant. Il existe aussi des programmes de bourses d'étude qu'on peut rembourser en travaillant dans des localités rurales. L'Université James Cook, située dans le nord de l'Australie, a pour mission d'attirer des étudiants des régions rurales et de les former expressément en vue d'affectations dans les localités de ces dernières; elle a obtenu jusqu'ici des résultats positifs.

On est en train de mettre au point deux ensembles de normes de compétence pour les infirmières : un pour les infirmières perfectionnées et un pour les infirmières des régions éloignées. (Il n'y a actuellement pas d'« infirmière praticienne » en Australie, malgré un mouvement en faveur de la création de cette profession.)

Les médecins qui travaillent dans les régions éloignées sont habituellement des généralistes qui ont suivi une formation spécialisée en médecine rurale et qui ont été, idéalement, préparés à traiter les problèmes de santé des aborigènes.

Le développement de la profession d'Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker (intervenant en santé auprès des aborigènes et des insulaires du détroit de Torres) est une autre initiative de déploiement. On développe des compétences pour cette désignation d'intervenant en santé, y compris dans les domaines des soins cliniques (des premiers soins et du dépistage), des soins de santé pour les enfants, des soins alimentaires, du counselling, des situations d'urgence et de la recherche sur les communautés. L'intervenant en santé autochtone est le premier point de contact. Si un aiguillage est nécessaire, l'infirmière d'une région éloignée assure une évaluation plus spécialisée, le médecin étant le troisième niveau de contact. Ce modèle fait appel à chaque niveau au cadre intégral des fonctions et laisse aux médecins les cas aigus plus complexes. Il existe pour l'intervenant en santé autochtone des programmes de formation destinés à lui permettre de développer et d'élargir ses compétences, afin d'y inclure la gestion des services, la collecte de données et la recherche.

Les services de santé contrôlés par les communautés autochtones (appelés les ACCHS) sont des services de soins de santé primaires mis sur pied par les localités aborigènes pour fournir [traduction] « des soins globaux et culturellement appropriés aux gens de leurs communautés ». Ces 30 dernières années, on a mis sur pied en Australie plus de 120 ACCHS afin de fournir des services de soins de santé primaires à la population autochtone, en particulier dans les régions où les aborigènes ne pouvaient avoir accès aux services réguliers de soins de santé ou lorsqu'on estimait que ces services n'étaient pas culturellement appropriés. Les ACCHS, qui sont créés et régis par les communautés autochtones, fournissent des services de santé à une proportion importante de la population aborigène. Le recrutement et la formation d'intervenants en santé font du secteur des ACCHS le plus important employeur d'Autochtones en Australie.

Les services de soins de santé primaires fournis aux communautés autochtones varient d'une région à une autre et vont de ceux d'une seule infirmière ou d'un seul médecin à ceux d'équipes multidisciplinaires, incluant des dentistes et des psychologues et offrant des pharmacies sur place et des services de soins prénataux. Ils sont fournis gratuitement aux usagers aux termes du programme national d'assurance maladie. La majorité de la population autochtone de l'Australie utilise les AACHS.

Pour améliorer l'accès aux services de soins de santé en régions rurales, l'Australian Faculty of Rural Medicine du Royal Australian College of General Practitioners a élaboré un programme de formation spécialisée à l'intention des médecins généralistes ruraux possédant des compétences avancées en anesthésie, en obstétrique et en chirurgie.

La North West Allied Health Services Team a recours à des équipes d'intervenants en santé dont les membres se rendent ensemble dans les localités rurales et isolées. Cette approche accroît la satisfaction des patients et les niveaux de maintien des effectifs des fournisseurs de soins de santé et améliore la continuité du service assuré aux localités.

3.2.2.4 Nouvelle-Zélande

Vingt-et-un (21) conseils de la santé des districts gèrent en Nouvelle-Zélande le déploiement des fournisseurs de soins de santé. Les modèles actuels de prestation de services y sont principalement fondés sur les médecins; on y met cependant de plus en plus l'accent sur les équipes multidisciplinaires. Il n'y a que 9 infirmières praticiennes dans tout le pays, mais les sages-femmes y collaborent avec les médecins. Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a fait adopter une loi-cadre sur la santé pour élargir le cadre des fonctions des infirmières autorisées et a entrepris d'apporter des changements afin de fournir à ces dernières des droits en matière de prescription de médicaments. On est en train d'y faire accéder une nouvelle catégorie d'infirmières, les « enrolled nurses » (*infirmières inscrites*) au cadre des fonctions des infirmières autorisées. On forme les infirmières inscrites pour leur permettre d'exercer leur profession dans un seul domaine du cadre des fonctions auprès de clients aux résultats prévisibles sur le plan de la santé dans les cas qui n'exigent pas de jugement complexe en matière de soins infirmiers. Leur formation n'englobe pas de vastes notions générales, ce qui restreint énormément le nombre d'établissements de soins de courte durée dans lesquels elles ont les compétences nécessaires pour exercer. (Hughes, 2003)

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a mis sur pied pour appuyer la prestation de services de soins de santé par des fournisseurs autochtones le Maori Provider Development Scheme, qui fournit des fonds à des programmes de formation en santé destinés à accroître le nombre d'inscriptions d'étudiants autochtones à ces derniers.

On a commencé à créer de nouveaux programmes de troisième cycle pour former des infirmières qui travailleront dans le domaine des soins de santé mentale.

3.2.2.5 France

La France éprouve actuellement des difficultés du fait de pénuries de médecins et de personnel infirmier. On observe, en particulier, des problèmes dans la région de Paris parce que le coût de la vie y est élevé. On signale en outre que les quotas pour les programmes d'enseignement médical sont trop faibles pour permettre de recruter le nombre de médecins requis.

Elle recrute à l'heure actuelle activement des infirmières à l'étranger (en Espagne et en Pologne, notamment) et leur offre une formation linguistique. Ses efforts lui ont permis depuis 2002 de recruter 800 infirmières hors de ses frontières.

3.2.2.6 Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS a entrepris des études sur les « transferts de tâches » d'un niveau de fournisseur de soins de santé à un autre et a signalé au niveau international un élargissement du cadre des fonctions des infirmières. C'est au Royaume-Uni et aux États-Unis qu'on en trouve les exemples les plus notables, même si on dit que le Canada est un chef de file en la matière.

3.2.3 Outils d'aide à la décision

Voici un résumé des outils d'aide à la décision que les répondants à la présente enquête ont mentionnés.

L'ICIS a élaboré le *Guide SIG pour la collecte de données financières et statistiques sur la charge de travail*. Il existe plus de 20 systèmes de mesure de la charge de travail, y compris ceux qui sont utilisés pour les infirmières, les ergothérapeutes, les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes, les techniciens de visualisation pour le diagnostic, qui sont méthodologiquement différents et particuliers aux exigences de chaque groupe professionnel. Trois types d'approches différentes ont été intégrés : les approches fondées sur le calcul du temps moyen (utilisées pour le travail de laboratoire clinique, la visualisation diagnostique et la pharmacie); le nombre d'heures préétabli et le nombre d'heures réel. Les systèmes SIG visent à aider les chefs de service et les administrateurs provinciaux à établir les budgets, à attribuer les ressources, à effectuer la dotation ainsi qu'à dresser l'éventail des qualifications, évaluer la productivité et déterminer les ETP nécessaires. Les ministères de la Santé provinciaux recueillent l'information, qui est ensuite transmise à l'ICIS et entrée dans les bases de données d'ensemble calculées. Les provinces en sont à divers stades de mise en œuvre de systèmes de mesure de la charge de travail et de l'utilisation de ces derniers pour éclairer la prise de décision.

Instrument Development: Index of Interdisciplinary Collaboration, Bronstein, Laura R. (2002). Ce modèle est actuellement utilisé à l'Île-du-Prince Édouard, et la province de Terre-Neuve-et-Labrador envisage de l'utiliser pour encourager la pratique de collaboration. L'approche de la santé familiale est fondée sur les principes de la pratique de collaboration et ce modèle est jugé utile pour déterminer l'ampleur actuelle de la pratique de collaboration et renforcer la collaboration au sein de l'équipe de soins primaires.

Dans le même ordre d'idées, le document *Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care - Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care* produit par l'Ontario College of Family Physicians en mai 2000 en collaboration avec la Registered Nurses Association of Ontario est un modèle de pratique de collaboration. Il s'agit de déterminer les rôles et les fonctions des partenaires collaborateurs et de passer en revue les services offerts par l'équipe. Ce modèle est un type d'outil d'aide à la décision qui tient compte de la population des patients à desservir, de la nature et du type des services à rendre, du cadre de pratique ainsi que des compétences et des

préférences des partenaires. La conception de la pratique de collaboration optimale découlant de ce processus devrait permettre d'optimiser les techniques et les compétences des fournisseurs de soins de santé et d'adapter la pratique aux besoins particuliers des personnes soignées.

Innovative Scheduling Practices: A Resource Guide, groupe de travail provincial, Health Employers Association of British Columbia et British Columbia Nurses' Union, octobre 2003. Subventionné par la Ministry of Health Planning Nursing Directorate, ce système a pour objectif de favoriser le recrutement et le maintien en poste des infirmières et d'accroître leur satisfaction au travail - des éléments qui contribuent tous à un effectif en soins infirmiers sain et durable. Il s'est avéré ces dernières années qu'il était important d'innover dans l'établissement des horaires, compte tenu de la pénurie de ressources humaines en soins infirmiers, du vieillissement de l'effectif et des questions relatives à la vie au travail. Ce guide-ressource vise à aider les gestionnaires, les infirmières de soins généraux et les représentants syndicaux à explorer et à mettre en œuvre des horaires novateurs. Un horaire souple et novateur peut également aider les infirmières gestionnaires à doter des quarts de travail qui ne trouvent pas facilement preneurs. Une série de thèmes et de recommandations ont été formulés pour présenter des options aux gestionnaires qui supervisent l'horaire des infirmières. Ils sont intégrés dans la phase 1 du projet. La phase 2 met l'accent sur le dégageant, la mise en œuvre et l'évaluation de projets novateurs d'établissement des horaires.

Clinical Resource for Introducing New LPN Competencies/Functions. Asking Key Questions to Support Quality Care (ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, 2003).

Ce guide inclut un cadre de travail pour aider les employeurs et les gestionnaires à prendre des décisions relativement à l'ajout de compétences et de fonctions au rôle des infirmières auxiliaires autorisées dans les milieux de soins. Cet outil peut aider les gestionnaires dans les aspects cliniques des décisions visant à maximiser le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées. L'examen du processus décisionnel porte sur les points suivants : contexte de la pratique; besoins des clients; législation; milieu de pratique; compétence professionnelle.

En Nouvelle-Écosse, un outil d'aide à la décision est mis à l'essai dans plusieurs foyers de soins infirmiers à l'aide du système Ensemble minimal de données 2.0 (EMD) pour déterminer les besoins en matière de soins et suivre les changements sur une période donnée. Cet outil d'aide à la décision devrait permettre une meilleure affectation des ressources par programme avec le temps.

Également en Nouvelle-Écosse, l'Instrument d'évaluation du pensionnaire 2.0 (IÉP 2.0) est utilisé dans les foyers de soins pour évaluer et concevoir des plans de soins pour les patients. Il est présentement utilisé dans neuf foyers de soins, mais on en recommande l'utilisation dans l'ensemble des 74 foyers de soins de la province. Ce système a été mis au point aux États-Unis il y a 15 ans et il est également employé à l'échelle internationale. L'IÉP 2.0 n'est pas un système de mesure de la charge de travail; il est plutôt un outil multidimensionnel d'évaluation fonctionnelle destiné aux cliniciens. Le Resource Utilization Grouping System (RUGS) est conçu pour être utilisé avec l'IÉP 2.0 afin de déterminer auquel des 44 niveaux de soins un client doit être placé. Il est utilisé aux États-Unis pour déterminer la composition de la clientèle d'un foyer de soins infirmiers et le niveau de financement à recevoir. L'IÉP - soins à domicile est un outil semblable qui sert à évaluer les soins à domicile en Nouvelle-Écosse.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a mené un projet fondé sur la recommandation du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) d'étudier les outils de mesure de la charge de travail des infirmières. Les constatations, présentées par Santé Canada, comprenaient 11 parties. D'après les constatations concernant la première partie de l'étude, la moitié des employeurs n'utilisent pas d'outils d'aide à la décision et, dans le cas de ceux qui les utilisent, des réserves importantes quant à la fiabilité et à la validité ont été exprimées. Des exemples ont été donnés d'outils utilisés dans une étude sur les outils de décision relativement à la composition du personnel.

3.3 SYNTHÈSE ET INVENTAIRE DES PRATIQUES PRIVILÉGIÉES DE DÉPLOIEMENT ET DES OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

Les 56 informateurs clés qui ont répondu aux questions sur les pratiques privilégiées de déploiement et les outils d'aide à la décision ont apporté des renseignements importants qui corroborent et confirment les constatations de l'étude documentaire. L'inventaire est présenté dans l'ordre séquentiel suivant :

- administration fédérale, 7 réponses;
- provinces et territoires, 20 réponses;
- associations et institutions, 15 réponses;
- ministères et établissements gouvernementaux internationaux, 15 réponses.

L'éventail et la diversité des informateurs nous ont permis de recevoir un large éventail de réponses aux questions sur les sujets à l'étude. Les observations et les remarques formulées ont mis en relief les avantages des pratiques de déploiement novatrices dans la prestation des soins de santé primaires et dans les traitements médicaux.

Le tableau qui suit contient la liste des répondants, des pratiques connexes de déploiement des ressources humaines en santé et des outils d'aide à la décision, ainsi qu'une brève description des activités.

Tableau 7 - Inventaire des pratiques privilégiées de déploiement et des outils d'aide à la décision

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
ADMINISTRATION FÉDÉRALE		
1. Anciens Combattants Canada (ACC)	Coordonnateurs du réseau de soutien par les pairs - Médecins spécialisés en soins de santé primaires (SSP) pour les cas de syndrome de stress post-traumatique - Télésanté	Des employés formés du MDN dispensent des services de consultation en santé mentale Formation en services de santé mentale des médecins spécialisés en SSP Services de consultation et de suivi, formation et éducation aux dispensateurs de services de santé mentale dans les régions rurales et éloignées.
2. Santé Canada - Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)	Dentothérapeutes	Le programme national de formation en dentothérapie a pour objet de répondre aux besoins des populations inuites et des Premières nations qui vivent dans des régions éloignées et dans le Nord. Les dentothérapeutes sont formés à la National Dental Therapy School située à Prince Albert (Saskatchewan) et leur statut de professionnels de la santé est reconnu dans cette province. Ils sont embauchés par les réserves des Premières nations et par Santé Canada.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
3. Santé Canada - DGSPNI - Bureau des services infirmiers	Infirmières en service dans le Nord exerçant un rôle élargi <ul style="list-style-type: none"> - examen des radiographies - prises de sang - travail de base de laboratoire - délivrance de produits pharmaceutiques 	La DGSPNI déploie des infirmières exerçant un rôle élargi dans le Nord, dans les régions où il y a pénurie de médecins. Les tâches comprennent notamment l'examen des radiographies simples, le prélèvement des prises de sang et l'utilisation d'un microscope pour étudier les lamelles simples, la délivrance de médicaments selon un recueil pharmaceutique.
4. Santé Canada - DGSPNI - Bureau des services infirmiers	Infirmières en santé communautaire exerçant un rôle élargi <ul style="list-style-type: none"> - travail en urgence - traumatologie 	Plus de 250 postes dans les communautés des Premières nations et des Inuits sont occupés par des infirmières exerçant un rôle élargi et possédant des compétences en travail en accouchement d'urgence, ainsi qu'en traumatologie.
5. Santé Canada - DGSPNI - Médecine communautaire	Médecins ayant une formation supplémentaire pour agir comme spécialistes de la santé publique dans le Nord	Ce groupe est responsable des postes de spécialistes de santé publique de Santé Canada en région, surtout dans le Nord. Parmi les stratégies de déploiement novatrices, mentionnons l'utilisation de médecins peu préparés dans le domaine de la santé publique auxquels une formation est donnée pour leur permettre de se recycler.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
6. Santé Canada - Division de la santé et de l'Inforoute	Services de télésanté dans les régions rurales et éloignées <ul style="list-style-type: none"> - soins à domicile - télépsychiatrie - téléradiologie - services d'urgence - télésoins à domicile dans les quartiers défavorisés des centres-villes - formation professionnelle continue - télésanté en équipe 	Plus grand recours à la télésanté pour optimiser l'utilisation des ressources humaines limitées en santé, notamment les radiologues, les psychiatres, les urgentologues dans les régions rurales et éloignées. Mentionnons par exemple les soins à domicile au dans les quartiers défavorisés des centres-villes, la télépsychiatrie en utilisant une approche d'équipe; la transition des soins aigus aux soins à domicile communautaires, la téléradiologie et de nombreux autres domaines. La télésanté permet de mieux utiliser les RHS, de faciliter le recrutement et le maintien des effectifs, de favoriser l'accès à l'éducation permanente et de privilégier les approches d'équipe.
7. Secrétariat du Partenariat fédéral pour les soins de santé	Coordination de l'échange d'information entre les ministères de l'administration fédérale sur des questions de santé	Le Secrétariat est une organisation qui échange de l'information sur les soins de santé entre plusieurs ministères gouvernementaux fédéraux qui ont un mandat en santé.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
PROVINCES ET TERRITOIRES		
8. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve - Office of Primary Care	Infirmières régionales - la télémédecine soutient le travail des infirmières praticiennes - approche d'équipe en matière de prestation de services dans les centres de soins de santé primaires - télésanté - les infirmières auxiliaires autorisées et les assistants en soins primaires assument le plein cadre des fonctions - le personnel paramédical assume le plein cadre des fonctions dans les régions éloignées et isolées.	Les soins de santé primaires en milieu rural sont dispensés par des infirmières autorisées aux fonctions élargies; à toutes fins utiles, il s'agit d'une infirmière praticienne dont le travail est soutenu par la télémédecine. Sept sites pilotes des centres de soins de santé primaires utilisent une approche globale qui comprend un réseau de dispensateurs directs et paramédicaux, y compris des infirmières autorisées dont le cadre des fonctions est élargi, qui dispensent des services dans les régions éloignées, rurales ou isolées.
9. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse -Continuing Care	Aides en soins continus selon le modèle du Programme de soins à domicile Évaluation des besoins du patient par le foyer de soins infirmiers (système de l'ensemble minimal de données 2.0) Instrument d'évaluation du pensionnaire Resource Utilization Grouping System (RUGS)	Les responsables du Programme de soins à domicile prévoient créer le poste d'aide en soins continus (ASC) et le programme d'aide à la formation dans les établissements de soins prolongés et ils mettent des outils d'aide à la décision à l'essai dans les maisons de soins infirmiers afin de déterminer les besoins des patients et de suivre les changements pour mieux attribuer les ressources.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
10. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse - Physician Services	Incitatifs financiers pour les médecins généralistes en milieu rural et dans les cliniques des quartiers défavorisés des centres-villes Modèles de prestation des soins primaires (médecins généralistes et infirmières praticiennes) Modèle de l'analyse de l'impact pour la planification des ressources médicales	Coordination du recrutement correspondant aux besoins communautaires des fournisseurs de service. Les médecins généralistes embauchés à contrat pour exercer dans les milieux ruraux et dans les cliniques des quartiers défavorisés des centres-villes. Suivre un modèle d'analyse des répercussions pour la planification des ressources médicales et de l'équipe de SSP.
11. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse - Nursing Services	Infirmière praticiennes Programmes de télésanté Changement du statut de postes occasionnels ou à temps partiel en postes permanents à temps plein Techniciens d'urgence médicale déployés en milieu éloigné et rural	Le programme de coopération pour les étudiants du baccalauréat en sciences infirmières de troisième année. Les programmes de télésanté pour assurer le soutien clinique aux patients et la formation professionnelle continue des médecins et du personnel infirmier. Grande importance de transformer les postes occasionnels ou à temps partiel en postes permanents à temps plein.
12. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse - Primary Care	Jumelage des médecins et des infirmières praticiennes Établissement de centres sanitaires pour les jeunes Réseau de la santé en milieu rural Partage des soins pour les services de santé mentale Ligne téléphonique d'aide familiale	Les infirmières praticiennes et les médecins travaillent en équipe. Des centres de santé pour les jeunes sont établis. Un réseau de la santé en milieu rural fonctionne avec des médecins de famille de l'extérieur.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
13. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse - Information Management	Applications cliniques de la TI dans un système de soins primaires	La Nouvelle-Écosse tient un réseau de télésanté qui comprend un Pictorial Archiving Communications System (PACS), un système de transmission d'images numériques qui assure un soutien aux médecins exerçant en milieu rural en leur donnant un diagnostic en temps réel. Les applications cliniques de la TI font partie du système de soins primaires.
14. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse	Utilisation de l'instrument d'évaluation du pensionnaire 2.0 <ul style="list-style-type: none"> - dans les maisons de soins infirmiers - dans le cadre des soins à domicile - comme système de regroupement des ressources utilisées 	L'instrument d'évaluation du pensionnaire est un outil d'aide à la décision axé sur le patient qui est utilisé dans les maisons de soins infirmiers. Il s'agit d'un formulaire d'évaluation multidimensionnel utilisé pour concevoir les plans de soins pour les 74 maisons de soins infirmiers de la Nouvelle-Écosse. Un outil semblable est utilisé pour l'évaluation des maisons dans toute la province.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>15. Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard</p>	<p>Infirmières praticiennes, avec des travailleurs paramédicaux et un médecin généraliste Mise sur pied de cliniques communautaires pour dispenser des soins de santé primaires Formation d'infirmières auxiliaires autorisées à délivrer les médicaments Outils d'aide à la décision : - base de données sur l'offre et la demande en matière de RHS - outil d'évaluation servant à établir les qualités exigées au niveau d'entrée des infirmières auxiliaires autorisées</p>	<p>Il n'existe actuellement pas de classification à l'Île-du-Prince-Édouard pour les infirmières praticiennes. La clinique communautaire O'Leary effectue actuellement un projet pilote faisant intervenir deux infirmières praticiennes, d'autres travailleurs paramédicaux et un médecin généraliste. Le ministère de la Santé de la province élabore un outil d'évaluation pour établir les qualités requises pour les infirmières auxiliaires autorisées au niveau d'entrée. Les infirmières auxiliaires autorisées reçoivent actuellement une formation clinique qui leur permettra de délivrer des médicaments. L'Île-du-Prince-Édouard compte maintenant un nombre beaucoup plus grand de médecins salariés. Les salaires des pharmaciens dans les institutions sont rajustés pour faire concurrence au secteur privé. Le remaniement des soins primaires est en cours et des cliniques communautaires regroupant des médecins généralistes, des spécialistes de la réadaptation, des infirmières et des travailleurs sociaux sont établies. Le ministère de la Santé de la province tient des bases de données sur l'offre et la demande de RHS afin de prévoir les besoins dans le système de santé public.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
16. Ministère de la Santé du Québec	Infirmières praticiennes dans le Nord du Québec Formation subventionnée Planification intégrée des RHS dans chaque région régionale de la santé (RRS) Élargissement du cadre des fonctions des pharmaciens : - les pharmaciens en milieu hospitalier gèrent la pharmacothérapie, - des pratiques médicales leur sont déléguées, - ils suivent les cas de cholestérol élevé chronique, d'hypertension, de diabète et délivrent des agents anticoagulants, - ils prescrivent des médicaments de contraception d'urgence.	Le recours aux infirmières praticiennes est largement répandu dans le Nord québécois. Des bourses d'études sont offertes aux candidats en soins infirmiers; 75 places en 2004 et la pénurie d'infirmières est grave, particulièrement à Montréal. De nouveaux programmes sont établis pour intégrer les programmes de sciences infirmières universitaires et ceux des CÉGEP (collèges communautaires). Les soins à domicile sont intégrés aux RRS. Des groupes de travail sont établis dans chaque RRS pour traiter les questions relatives aux RHS. Le cadre des fonctions des pharmaciens est de plus en plus grand.
17. Manitoba - Office of Rural and Northern Health	Retour aux ententes de service Placement en milieu rural d'étudiants en médecine Recrutement en milieu rural Mesures d'encouragement à l'entrée des étudiants en milieu rural	L'Office of Rural and Northern Health a été établi afin de régler la pénurie de médecins et d'infirmières praticiennes dans les régions rurales et du nord de la province. Il travaille en étroite collaboration avec les RRS et la faculté de médecine. Les étudiants en médecine sont exposés tôt au milieu rural.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>18. Human Resource Council of Manitoba, régie régionale de la santé</p>	<p>Élargissement des fonctions</p> <ul style="list-style-type: none"> - des infirmières praticiennes - des inhalothérapeutes - du personnel paramédical <p>Centres d'accès aux soins primaires où des partenariats regroupent</p> <ul style="list-style-type: none"> - des médecins - des infirmières - des psychologues - des nutritionnistes <p>Programmes de formation pour les étudiants autochtones</p> <p>Réduction des « exigences relatives au baccalauréat » pour les infirmières au service d'établissements de soins de longue durée.</p>	<p>L'intégration des soins à domicile aux régies régionales de la santé a grandement amélioré la prestation des services. Le Manitoba a renoncé à exiger un baccalauréat des infirmières.</p> <p>Redéfinition des fonctions des infirmières praticiennes, des inhalothérapeutes et du personnel paramédical. Des centres d'accès aux soins primaires, où l'on retrouve des partenariats multiples de médecins, d'infirmières, de psychologues, de nutritionnistes, etc., ont ouvert leurs portes.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>19. Ministère de la Santé de l'Alberta</p>	<p>Plusieurs sites de télésanté Bourses d'études du Northern Alberta Development Council pour servir dans le Nord (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.) Aide financière aux Autochtones qui désirent faire carrière en santé et nombre de places cible en éducation des RHS Déploiement de l'équipe des SSP (médecins généralistes et infirmières praticiennes) Programme HealthLinks Partenariats dans le cadre de la LCPI entre les médecins et le personnel paramédical Groupes de travail de la RRS chargés de traiter les questions relatives aux RHS Planification de la ressource - cadre de travail pour aider les employeurs à ajouter des compétences au rôle des infirmières auxiliaires autorisées dans des milieux de soins de santé, y compris le contexte de la pratique, les besoins des clients, la législation, l'environnement de la pratique et la compétence professionnelle.</p>	<p>Le programme de bourses d'études du Northern Alberta Development Council a pour objet d'accorder une aide financière aux Autochtones qui font carrière dans le domaine des soins de santé. L'Alberta compte 236 sites de télésanté desservant la province. La province offre un programme appelé Local Primary Care Initiative (LPCI) (initiative locale en soins primaires) qui verse annuellement 50 \$ par patient. La LCPI établit des partenariats entre les médecins et le personnel paramédical pour assurer le bien-être des patients, les soins de courte durée, le suivi postopératoire et la gestion des maladies chroniques. Des groupes de travail ont été établis dans chaque RRS pour traiter les questions liées aux RHS.</p> <p>Le cadre de travail sur les ressources cliniques pour ajouter de nouvelles compétences au rôle des infirmières auxiliaires autorisées vise à aider les gestionnaires relativement aux aspects cliniques de la prise de décision dans le but de maximiser le rôle des infirmières auxiliaires autorisées.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>20. Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique - Nursing Directorate</p>	<p>Programmes d'encadrement, de préceptorat Programme de placement interprofessionnel en milieu rural - rotations dans les cliniques communautaires en milieu rural ou éloigné Outil d'aide à la décision : guide sur les RHS dans les installations de soins de longue durée Infirmières praticiennes Équipe de SSP (y compris le déploiement dans les quartiers défavorisés des centres-villes) Intervenants en santé mentale Soins aux résidents et préposés aux soins à domicile Programme de remise d'une partie du remboursement pour les placements en milieu rural Étudiants en soins infirmiers comme surnuméraires Fonds pour le retour aux soins infirmiers</p>	<p>L'UBC parraine un programme de placement interprofessionnel en milieu rural qui subventionne les équipes de travail dans les cliniques situées dans des collectivités éloignées pour encourager les étudiants à songer à un placement en milieu rural ou éloigné après qu'ils auront obtenu leur diplôme. Les équipes sont composées d'un étudiant en médecine, d'un étudiant en physiothérapie et d'un étudiant en soins infirmiers. Un programme finance les activités d'encadrement et de préceptorat pour les nouveaux diplômés qui travaillent au sein des communautés autochtones. Un guide officiel est utilisé dans les installations de soins de longue durée pour faciliter la prise de décision à savoir si une infirmière auxiliaire autorisée est préférable pour un poste à une infirmière autorisée. Dans le cas des soins de santé primaires, trois cliniques pilotes ont été établies et chacune comprend un médecin, une infirmière praticienne, un pharmacien et un physiothérapeute.</p>
<p>21. Région Kivalliq du Nunavut</p>	<p>Thérapeute communautaire adjoint Planification intégrée des RHS Programme de soins infirmiers au Arctic College</p>	<p>Création d'un poste de thérapeute communautaire adjoint à Rankin Inlet. Il agit comme « courtier culturel » chargé d'aider les physiothérapeutes professionnels, les orthothérapeutes et les orthophonistes en ce qui a trait à la langue et au suivi.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
22. Santé et Services sociaux du Nunavut	Comité directeur sur le maintien en poste des RHS, chargé d'élaborer des stratégies	Un comité directeur sur le maintien en poste des RHS a été établi pour cerner les secteurs à problème en matière de prestation de services de santé dans le Grand Nord.
23. Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest - Planification des ressources humaines	Programmes de télésoins et de télésanté Programme avancé d'encadrement des infirmières Modèle de services intégrés Approche d'équipe en matière de soins de santé communautaire Recrutement à l'échelle locale	Les Territoires du Nord-Ouest comptent de nombreux postes de dispensateurs de soins de santé vacants et ont recours à des incitatifs financiers pour recruter à l'échelle locale. Des programmes de télésoins et de télésanté 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sont utilisés dans les Territoires. Le modèle de services intégrés, qui est en préparation prévoit l'application d'une approche d'équipe aux soins de santé communautaires. Un programme avancé d'encadrement des infirmières est en place.
ASSOCIATIONS ET INSTITUTIONS		
24. Association médicale canadienne	Examen du cadre des fonctions et des ententes auprès des associations nationales - équipes multidisciplinaires Médecins généralistes de l'Ontario faisant partie d'un mode optionnel de financement des soins primaires Élaboration de nouveaux modèles de prestation Cadre de la ruralité Programme de bourses d'étude pour les Premières nations et les Inuits	L'AMC a négocié des ententes avec les associations nationales d'infirmiers et infirmières et de pharmaciens relativement au cadre des fonctions. L'acceptation du cadre des fonctions a favorisé l'utilisation d'équipes multidisciplinaires dans la prestation des soins de santé. Plus de 2 000 médecins généralistes de l'Ontario ont souscrit à des programmes de financement distincts pour les soins primaires.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
25. Société de la médecine rurale du Canada	Examen des questions relatives au cadre des fonctions <ul style="list-style-type: none"> - soins de santé primaires dispensés par une équipe - recyclage des médecins de famille en chirurgie générale - recyclage des médecins de famille en anesthésie Télésanté	Il s'agit de mettre en place des équipes de dispensateurs de soins au sein desquelles chaque dispensateur (médecins généralistes, infirmières et infirmières praticiennes et autres) maximisent leur cadre des fonctions.
26. Ontario College of Family Physicians	Modèle du partage des soins <ul style="list-style-type: none"> - détermination des rôles et des fonctions des partenaires collaborateurs dans la prestation partagée de soins - population de patients - nature et type de services - cadre de pratique - compétences des partenaires 	L'Ontario College of Family Physicians et la Registered Nurses Association of Ontario ont mis au point un modèle de collaboration en matière de prestation de soins partagés. Le processus vise à optimiser les compétences des dispensateurs de soins de santé et d'adapter la pratique aux besoins des patients.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>27. Association des infirmières et infirmiers du Canada - Expert-conseil en RHS</p>	<p>Infirmières et infirmières praticiennes</p> <ul style="list-style-type: none"> - équipes de dispensateurs dans les centres de soins de santé communautaires - les infirmières exploitent une clinique pour personnes souffrant d'une défaillance cardiaque - gestion de cliniques de soins à domicile - infirmière clinicienne spécialisée affectée aux unités de soins de courte durée et aux unités néonatales - formation avancée des infirmières - étudiantes-infirmières agissant comme « infirmières » - programmes de recyclage professionnel des infirmières auxiliaires autorisées - facilitateur de la transition - recrutement de talents locaux - infirmières de rue dans les quartiers défavorisés des centres-villes - Plus grand recours aux infirmières autorisées dans les salles d'urgence <p>Outils d'aide à la décision</p> <ul style="list-style-type: none"> - systèmes de mesure de la charge de travail - outils de décision relatifs aux employés de secteurs divers 	<p>Les infirmières et les infirmières praticiennes sont intégrées dans les équipes de dispensateurs de soins établies dans les centres de santé ou les cliniques communautaires. Il existe au Nouveau-Brunswick des cliniques de soins primaires dirigées exclusivement par des infirmières praticiennes. En Ontario, des infirmières exploitent une clinique pour personnes souffrant d'une défaillance cardiaque. En Colombie-Britannique et au Royaume-Uni, des équipes d'infirmières gèrent des cliniques de soins à domicile. Les infirmières interviennent de plus en plus dans la gestion des cas et la coordination des soins. La FCRSS a parrainé un programme dans lequel un « facilitateur de la transition » est embauché pour assurer un soutien permanent en clinique aux infirmières diplômées au cours des 15 premiers mois de leur carrière. Les placements à court terme (6 mois) et l'échange de dispensateurs de soins de santé entre les communautés des Premières nations sont le but recherché. Des infirmières de rue sont embauchées dans quelques grandes villes. Dans certains hôpitaux, l'infirmière responsable est remplacée par du personnel infirmier qui assure une liaison directe avec le médecin et qui assume le plein cadre de ses fonctions. Des infirmières cliniciennes spécialisées sont affectées aux unités de soins de courte durée, et aux unités néonatales.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>28. Association des pharmaciens du Canada</p>	<p>Pharmaciens exerçant un rôle élargi Techniciens en pharmacie - plus grande utilisation Inclusion des pharmaciens dans les équipes de SSP Dispensateur de soins de santé primaires - gestion des médicaments - trie et évaluation des patients pour le Zantac - revue des médicaments - télépharmacie - éducation de la santé - soins à domicile - visites à domicile Soutien en matière de télésanté aux communautés des Premières nations et des Inuits</p>	<p>Les pharmaciens exerçant un rôle élargi. On a recours davantage aux techniciens en pharmacie au Canada pour les tâches courantes de délivrance des médicaments. Les pharmaciens élargissent le rôle qu'ils jouent pour participer davantage à la prestation de soins de santé primaires. En Alberta et en Colombie-Britannique, les pharmaciens peuvent gérer les doses des anticoagulants. À Windsor (Ontario), les pharmaciens font le tri : ils évaluent les patients qui achètent du Zantac et d'autres réducteurs d'acide. Les pharmaciens ont élargi le cadre de leurs fonctions pour inclure les soins à domicile, y compris la révision des médicaments des patients, etc. La télépharmacie est utilisée pour le renouvellement des ordonnances et pour soutenir les communautés des Premières nations en leur fournissant des médicaments.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
29. Association canadienne de physiothérapie	Physiothérapeutes travaillant au sein d'équipes de soins de santé primaires Placement en milieu rural - placement durant la formation - formation et supervision Rôle du personnel de soutien en physiothérapie et intensification du rôle - des aides et adjoints en physiothérapie - de la télésanté	Le placement en milieu rural au cours de la formation est important pour le recrutement en milieu rural. En Saskatchewan, le service en milieu rural s'accompagne du service de télésanté. Possibilité de plus de placements en milieu rural du personnel de soutien en physiothérapie. La formation et la supervision sont des questions d'intérêt. Le personnel de soutien en physiothérapie a reçu une formation au travail, mais leur rôle n'est pas réglementé ni bien défini.
30. Association canadienne pour la santé mentale	Utilisation d'infirmières praticiennes, de médecins généralistes et de psychiatres et d'infirmières spécialisées en santé mentale - partenariat avec des équipes multidisciplinaires, des infirmières exerçant un rôle élargi : prescription, suivi et dosage des médicaments - infirmières praticiennes offrant des services de soins de santé primaires aux communautés des PNI	Il y a une offre de psychiatres et d'infirmières spécialisées en santé mentale au Canada. À Windsor (Ontario), une infirmière praticienne est partenaire d'une équipe multidisciplinaire qui prescrit et dose les médicaments en assurant un suivi. Il y a un continuum de soins entre l'hôpital et la communauté.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
31. Nurse Practitioners Association of Manitoba	Programme HealthLinks -service téléphonique de dispensateurs de soins - service de santé mobile, y compris l'échange de seringues, la dialyse et des cliniques de dépistage des maladies du sein - équipe mobile d'urgence en santé mentale Programme de sages-femmes Télémédecine Formation à distance Traducteurs pour les Premières nations	Manitoba offre un programme du nom de HealthLinks dans le cadre duquel on accepte les appels téléphoniques pour donner des services et des conseils en matière de santé aux patients. Une équipe mobile d'intervention d'urgence en santé mentale est disponible sur appel. Des sages-femmes sont disponibles pour servir à domicile ou en clinique de santé pour femmes et également dans les hôpitaux.
32. Association canadienne des soins de santé	Accomplissement du plein cadre des fonctions par les dispensateurs de soins Examen des compétences requises au niveau d'entrée Prudence à l'égard des travailleurs non réglementés, des membres de la famille qui dispensent des soins Encadrement pédagogique accru des travailleurs de laboratoire, des techniciens en radiologie, etc.	La hausse graduelle de la « diplômanie » devient une question d'importance. Les obstacles à l'élargissement du cadre des fonctions sont également préoccupants. Il importe de se pencher sur les questions d'éducation et de formation pour répondre aux besoins futurs.
33. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	Formation spéciale pour les professionnels de la santé travaillant dans le Nord Déploiement des infirmières - connaissance des exigences uniques de la pratique dans le Nord Utilisation de personnel paramédical local	Relativement aux Premières nations, il est préférable de recruter et de maintenir en poste des personnes qui sont au courant des exigences uniques de la pratique et des questions de la santé dans le Nord. Un exemple du déploiement du personnel infirmier dans la région sanitaire South Fraser en Colombie-Britannique comprend l'utilisation des infirmières à fournir les soins communautaires et d'autres niveaux de soins dans le système de soins de courte durée.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
34. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Examen des questions de compétence - cadre des fonctions des infirmières praticiennes	L'information sur le déploiement des RHS n'est pas recueillie de façon systématique par l'ICIS. L'ICIS est au courant des questions de compétence entourant le cadre des fonctions des infirmières praticiennes.
35. Institut canadien d'information sur la santé - <i>Guide SIG</i>	<i>Guide SIG</i> Système de mesure de la charge de travail - normes pour la mesure des données sur la charge de travail	Le Guide SIG renferme un ensemble de normes sur la collecte des données sur la charge de travail, dont 20 systèmes de mesure de la charge de travail dans les domaines des soins infirmiers, de l'ergothérapie, de la technologie des sciences respiratoires, de la physiothérapie, de la visualisation diagnostique, etc. L'objectif du SIG est d'aider à établir les budgets, l'affectation des ressources, la diversité du personnel et des compétences, l'évaluation de la productivité et l'estimation des ETP.
36. Association canadienne des ergothérapeutes	Ergothérapeutes dans les cliniques de soins de santé primaires Utilisation appropriée du personnel de soutien, notamment - les auxiliaires en réadaptation et en thérapie, - les aides ergothérapeutes, - les auxiliaires en ergothérapie, - les techniciens en ergothérapie, - les aides soignants, - les assistants en gestion de cas, - les autres aides paramédicaux.	Les ergothérapeutes devraient être présents dans les cliniques de soins de santé primaires. L'Association appuie l'inclusion de personnel de soutien dans la prestation de services d'ergothérapie. Des études sur les RH axées sur la collaboration sont fondamentales pour l'élaboration de nouveaux modèles de prestation des services.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
37. Association canadienne des infirmières et infirmiers de pratique avancée	Infirmières praticiennes - soins de santé primaires - milieux de soins de courte durée Infirmières cliniciennes spécialisées - soins intensifs - thérapeutique avancée - évaluation préopératoire Communautés des PNI Collectivités rurales ou éloignées Services d'urgence	Les infirmières de pratique avancée - infirmières praticiennes effectuent des activités dans deux domaines principaux des soins infirmiers : les soins de santé primaires et les soins de courte durée à des populations de patients hautement spécialisés. Voici trois exemples d'activités des infirmières de pratique avancée : au sein d'équipes multidisciplinaires, où elles accompagnent les médecins qui visitent les patients; en santé publique, où elles distribuent des antibiotiques et s'occupent du traitement des maladies infectieuses; à titre d'infirmières de rue dans les quartiers défavorisés des centres-villes.
38. Health Employers Association of British Columbia	Guide de ressources - explorer et mettre en œuvre des horaires novateurs - déterminer et mettre en œuvre des projets pilotes novateurs d'établissement des horaires	Produit avec la collaboration du syndicat des infirmières de la Colombie-Britannique, ce guide a pour objet de soutenir le recrutement et le maintien en poste des infirmières et d'accroître leur satisfaction au travail. Il vise à aider les gestionnaires, les infirmières de soins généraux et les représentants du syndicat à trouver et à mettre en œuvre un horaire de travail novateur.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>39. Université Dalhousie, Faculty of Health Professions</p>	<p>Infirmières praticiennes - déploiement dans les réserves des Premières nations Maisons des jeunes - counselling Équipes multidisciplinaires - programme Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick - Les pharmaciens qui travaillent dans les collectivités prescrivent des antibiotiques, font de l'éducation en santé et assurent le suivi des médicaments.</p>	<p>Des infirmières praticiennes sont déployées à Eskasoni, Whycogomah et Mill Brook, trois réserves des Premières nations en Nouvelle-Écosse. Parmi les pratiques novatrices, mentionnons l'établissement de maisons des jeunes à Truro, Amherst et Pictou et les infirmières communautaires en chef qui effectuent des tests de Papanicolaou et distribuent des pilules contraceptives et du lendemain.</p> <p>Les incitatifs non financiers sont des facteurs motivants importants pour le déploiement du personnel de la santé, comme les arrangements relatifs aux congés, les heures supplémentaires limitées et un temps de qualité au travail. Au niveau des soins de santé primaires, la présence de médecins généralistes au sein d'équipes multidisciplinaires sont parmi les meilleures initiatives. Le programme Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a été cité en exemple comme modèle de déploiement des soins à domicile.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
40. Prince Edward Island Licensed practical Nurses Registration Board	<p>Le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées est élargi</p> <ul style="list-style-type: none"> - outil d'évaluation de l'apprentissage des infirmières auxiliaires autorisées <p>Indice de collaboration interdisciplinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - modèle utilisé pour renforcer la collaboration au sein d'une équipe de soins primaires 	<p>Une étude est en cours pour relever les recoupements entre le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées et celui des infirmières autorisées. L'étude devrait élargir le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées. Un outil d'évaluation de l'apprentissage précédent permettra d'évaluer les infirmières auxiliaires autorisées qui désirent poursuivre leur carrière à titre d'infirmières autorisées.</p> <p>Un modèle utilisé comme indice de collaboration à l'Île-du-Prince-Édouard est jugé utile pour déterminer l'importance actuelle de la pratique de collaboration dans le domaine des soins primaires.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
41. NORTH Network	Programme de télémédecine dans les collectivités nordiques, rurales et éloignées <ul style="list-style-type: none"> - un travail d'équipe faisant intervenir des médecins, des infirmières et du personnel paramédical (ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, éducateurs en matière de diabète) - application Telestroke - médecine d'urgence - radiologie - santé mentale - éducation sur le diabète 	Il s'agit d'un programme de télémédecine qui permet de dispenser des services à plus de 800 patients par mois dans plus de 150 emplacements. Le programme a rendu plus accessibles les médecins et les travailleurs paramédicaux. Des améliorations de la qualité des soins ont été notées dans les évaluations, y compris dans le projet Telestroke, la première application d'urgence de NORTH Network. NORTH Network a réuni 14 hôpitaux et deux communautés des Premières nations et a créé un réseau de téléradiologie dans le Nord-Ouest de l'Ontario.
42. Telehealth Education Technology Resource Agency (TETRA) Program - St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)	Télésanté et télémédecine, y compris les travailleurs paramédicaux <ul style="list-style-type: none"> - infirmières exerçant à un niveau avancé dans les collectivités côtières du Labrador 	Le programme TETRA aide à mettre en œuvre des services de technologie et de télésanté avec liens audio et vidéo. Le service est utilisé par des infirmières exerçant à un niveau avancé pour dispenser des services de premiers soins dans les collectivités côtières éloignées du Labrador.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
INTERNATIONAL		
43. Organisation mondiale de la santé	Élargissement du cadre des fonctions des infirmières et des techniciens paramédicaux	La discussion s'articule sur l'élargissement du cadre des fonctions, particulièrement en ce qui concerne les soins infirmiers et l'utilisation de techniciens paramédicaux.
44. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille - France	Groupes de travail formés de personnel des divers secteurs de la santé qui se penchent sur les pénuries de RHS Retour aux mesures d'encouragement pour le recrutement international d'infirmières	La France recrute activement des infirmières d'Espagne et de Pologne. Le ministère a créé des groupes de travail sur l'effectif des divers secteurs de la santé pour suivre et superviser les stratégies en matière de RHS.
45. Ministère de la Santé et des Services à la population - États-Unis	Stratégies de remboursement des prêts Incitatifs pour les régions ayant une pénurie de professionnels de la santé Incitatifs pour la formation d'infirmières au haut de l'échelon professionnel Programmes d'encadrement Infirmières exerçant un rôle élargi Télésanté et télémédecine Programme du centre régional d'éducation en matière de santé - rotation d'étudiants en médecine en milieu clinique	La stratégie de remboursement des prêts vise à contrer les pénuries de dispensateurs dans les régions mal desservies. Le programme offre des prêts aux étudiants dans le domaine de la santé qui sont ensuite disposés à travailler dans des régions mal desservies pendant une période de trois ans ou plus. Le programme de centre régional d'éducation en matière de santé consiste à faire participer les établissements d'enseignement en offrant des rotations d'étudiants en médecine en milieu clinique.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
46. Ministère de la Santé et des Services à la population - États-Unis	<p>Les pharmaciens assurent maintenant la gestion des soins thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - des patients souffrant de diabète, d'asthme, d'un taux de cholestérol élevé, d'hypertension artérielle ou nécessitant thérapie anticoagulante. <p>Avec la collaboration des médecins, les pharmaciens évaluent les patients, commandent des essais en laboratoire, administrent des médicaments et surveillent et ajustent les médicaments.</p>	<p>Il y a pénurie importante de pharmaciens autorisés aux États-Unis, le troisième groupe de professionnels de la santé en importance dans ce pays.</p> <p>La pharmacie se transformera au cours de la prochaine décennie pour passer d'une profession centrée principalement sur les produits en une profession axée sur les soins aux patients.</p> <p>L'éducation et le cadre des fonctions évoluent et des techniciens assument des tâches qui revenaient traditionnellement aux pharmaciens.</p>
47. US National Institute of Health - Indian Health Service	<p>Désignation des réserves indiennes comme HPSA (<i>Health Professional Shortage Areas</i>, ou régions ayant une pénurie de professionnels de la santé)</p> <p>Incentifs et mesures de soutien pour encourager la formation de professionnels de la santé autochtones</p> <p>Encouragements de la formation</p> <p>Recrutement sur place d'étudiants autochtones</p>	<p>Le National Institute of General Medicine (NIGMS) et le Indian Health Service (IHS) ont établi conjointement un nouveau programme visant à promouvoir, à élaborer et à soutenir des centres pour mettre en relation la communauté autochtone américaine et les organisations de recherche. Le programme est conçu pour donner aux chercheurs amérindiens un sens d'appartenance quant à la recherche qui les touchent.</p>
48. Ministère de la Santé du Royaume-Uni - Scientifiques	<p>Techniciens de laboratoire et technologues en radiologie médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - plans concernant le milieu de travail 	<p>La division est responsable des techniciens de laboratoire et des technologues en radiologie. Divers plans sont proposés pour le personnel de la santé en question, notamment des assouplissements de l'horaire et de la retraite et une formation personnelle.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
49. Ministère de la Santé du Royaume-Uni - Professions paramédicales	Dispensateurs de soins des professions paramédicales - polyvalence des thérapeutes offrant des soins à domicile Recrutement sur place pour desservir les régions rurales Diversité dans le recrutement Prestation en équipe Généralistes polyvalents Programmes d'encouragement pour les techniciens de laboratoire et en radiologie Programme d'amélioration des conditions de travail	Les programmes s'adressant aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, etc., pour lesquels le recrutement est difficile dans certaines régions, se tournent vers les populations locales et emploient des candidats à titre d'aides en leur offrant la possibilité de poursuivre la formation. En matière de soins à domicile, il est prévu que le rôle des thérapeutes sera élargi pour assurer la polyvalence et éviter que des bataillons de personnel des services de santé se rendent dans les résidences.
50. National Health Service - Royaume-Uni	Embauche sur place de RHS Programmes de retour au travail Changing Workforce Program (programme adapté à l'évolution des effectifs) Mesures d'incitation au renouvellement du déploiement - plus grand rôle des aides (auxiliaires médicaux, assistantes des sages-femmes, adjoints des radiologistes, etc.) Nouveaux postes : infirmières formatrices, aides-familiales, infirmières qui prescrivent des médicaments, pharmaciens qui prescrivent des médicaments	Les activités de déploiement comprennent un retour en masse aux mesures d'incitation et aux programmes adaptés à l'évolution des effectifs (qui encouragent l'accomplissement du plein cadre des fonctions sans qu'il y ait empiètement perçu entre les professions). Plus grand rôle joué par les assistants de toutes les professions de la santé.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
51. Ministère de la Santé du Royaume-Uni - National Recruitment and Retention Project	Career Pathways and Skills Escalating Program (programme de cheminement de carrière et de perfectionnement des compétences) - formation au travail Changing Workforce Program (programme adapté à l'évolution des effectifs) - utilisation de personnel de soutien dans les soins de santé	Un nouveau programme sur les cheminements de carrière et le perfectionnement des compétences permet de recruter des candidats de la localité et offre des programmes préalables à l'emploi suivi par la formation au travail du personnel de soutien. Un autre programme sur l'évolution de l'effectif prévoit l'utilisation du personnel de soutien en physiothérapie et en ergothérapie, des assistantes infirmières, des assistantes sages-femmes, permettant aux professionnels de se consacrer à un travail plus clinique.
52. Ministère de la Santé du Royaume-Uni	Infirmières prescrivant des médicaments Les infirmières sont maintenant formées pour prescrire des médicaments à partir d'un formulaire - plus de 2 000 infirmières sont qualifiées pour prescrire des médicaments en se fondant sur un formulaire élargi Les pharmaciens sont formés pour prescrire des médicaments complémentaires.	Plus de 25 500 infirmières peuvent prescrire des médicaments en se fondant sur un formulaire et les organismes professionnels représentant les travailleurs paramédicaux s'ajoutent à la liste des prescripteurs autorisés.

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>53. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande - Health Workforce Advisory Committee</p>	<p>Équipes de prestation de soins de santé comprenant</p> <ul style="list-style-type: none"> - des spécialistes - des médecins généralistes - des sages-femmes <p>Formation en milieu de travail pour les intervenants en santé mentale</p> <p>Infirmières inscrites (les <i>enrolled nurses</i>, une nouvelle catégorie)</p> <p>Cadre des fonctions élargi pour les infirmières autorisées</p>	<p>Les soins de santé en Nouvelle-Zélande sont dispensés dans 21 conseils de santé de district. Ces conseils forment des équipes composées de spécialistes en prestation de soins de santé, de médecins généralistes et de sages-femmes. Un financement spécial est disponible pour les programmes offerts à la population Maori.</p> <p>Le tiers des médecins de la Nouvelle-Zélande sont des immigrants.</p>
<p>54. Australie - Queensland Rural Medical Support Agency</p>	<p>Prestation de soins par des équipes composées de médecins généralistes et de pharmaciens</p> <p>Plans de gestion des médicaments pour les patients</p> <p>Système de recherche de données et d'évaluation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'encadrement - la répartition de la main-d'œuvre - la planification des RHS 	<p>Système d'information sur la recherche de données et l'évaluation permettant la formation efficace des infirmières auxiliaires autorisées pour délivrer les médicaments avec encadrement, la répartition de la main-d'œuvre et la planification proactive des RHS. Les médecins généralistes et les pharmaciens locaux collaborent à l'établissement d'un plan de gestion des médicaments pour les patients.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
<p>55. James Cook University (Australie) - Rural Health and Workforce Research Unit</p>	<p>École de médecine en région rurale éloignée Formation clinique en milieu rural, travail en équipe - travailleur de la santé autochtone - infirmière pratiquant en région éloignée, infirmière pratiquant en milieu isolé - médecin avec formation spécialisée et compétences avancées en anesthésie, en obstétrique et en chirurgie Équipes multidisciplinaires</p>	<p>Les programmes des professions de la santé de premier cycle dans toutes les universités de l’Australie comprennent une formation clinique obligatoire en milieu rural pour promouvoir le placement en milieu rural. Une approche à trois volets est utilisée dans les services de santé ruraux : le travailleur de la santé autochtone est le premier point de contact qui, après une première évaluation, aiguille le patient vers l’infirmière pratiquant en milieu éloigné qui, à son tour, peut diriger le patient vers un médecin. Chaque niveau assume le plein cadre de ses fonctions. Des approches de travail d’équipe où trois dispensateurs de soins de santé se déplacent ensemble sont également employées. Les médecins généralistes en milieu rural sont admissibles à une formation spécialisée en anesthésie, en obstétrique et en chirurgie.</p>
<p>56. National Health and Medical Research Council of Australia - Stratégie de formation et d’emploi pour les travailleurs de la santé des communautés aborigènes des îles du détroit de Torres</p>	<p>Recrutement de travailleurs de la santé communautaire autochtones - infirmières avec compétences avancées en soins infirmiers pour travailler en région rurale ou éloignée - infirmières avec compétences pour travailler en milieu éloigné - médecins avec une formation spécialisée en médecine rurale - travailleurs de la santé des communautés aborigènes des îles du détroit de Torres</p>	<p>Les services de santé régis par la collectivité autochtone sont principalement des services de soins de santé élaborés par les communautés autochtones locales pour dispenser des soins holistiques et pertinents sur le plan culturel. Les services vont de l’infirmière ou du médecin seul à des équipes multidisciplinaires et la majorité de la population autochtone de l’Australie a recours aux services de santé régis par la collectivité autochtone.</p>

RÉPONDANT	STRATÉGIE OU PRATIQUE	DESCRIPTION
57. Institut de la Banque mondiale	Suppléants rotatifs - médecins et infirmières déployés pour dispenser des programmes de vaccination Milieux ruraux desservis par des guérisseurs de village	Les pratiques de déploiement les plus efficaces de la Banque sont les infirmières et les médecins suppléants embauchés à court terme, sur rotation, pour dispenser des programmes de vaccination. Les régions rurales des pays du tiers monde sont le plus souvent desservis principalement par les guérisseurs de village traditionnels.

4.0 CONCLUSIONS, FACTEURS CRITIQUES DE SUCCÈS ET RECOMMANDATIONS

4.1 CONCLUSIONS

Comme l'ont indiqué l'étude documentaire et l'analyse du contexte, les récents changements apportés à l'organisation des soins de santé en raison de l'accent placé sur les soins primaires et les modèles communautaires nécessitent une «reconceptualisation» des modèles de prestation des soins, y compris du déploiement des ressources humaines en santé. On estime qu'il est essentiel de produire un nouveau cadre de politique de main-d'œuvre qui encourage efficacement les pratiques innovatrices et adaptées de déploiement et qui fournisse de nouvelles définitions claires des rôles et fasse appel à de nouveaux types de fournisseurs pour les soins communautaires. La gestion des conflits possibles découlant de l'élargissement du cadre des fonctions et des substitutions doit aussi être abordée de façon efficace. Ce nouveau cadre doit intégrer les questions conceptuelles, à savoir le continuum des soins, la continuité des soins et le déploiement efficace de tout l'effectif de ressources humaines en santé.

La substitution des compétences et l'élargissement du cadre des fonctions des dispensateurs de soins de santé actuels, comme nous l'avons montré dans le rapport, constituent une importante stratégie de déploiement pour régler les déséquilibres sur le plan de la main-d'œuvre, y compris les pénuries de personnel et sa mauvaise répartition. Le recours à des professionnels substitués peut réduire la demande à laquelle sont tenus de répondre d'autres professionnels de la santé plus «coûteux» et plus spécialisés. De même, l'application de méthodes de déploiement technologique a amélioré l'accès aux services de santé dans beaucoup de collectivités éloignées et isolées. Comme le soulignent les auteurs de nombreuses études et comme l'ont mentionné les répondants à la présente, la reconfiguration du «paysage» des soins de santé amenée par plusieurs décennies de réformes de la santé exige que la planification et la gestion des RHS passe d'une approche liée à la profession à une approche davantage axée sur la planification de la santé d'une population et la réponse à ses besoins. Cela suppose que l'on cesse de planifier en fonction de l'offre de professionnels de la santé pour plutôt planifier les services et que ceux-ci sont assurés par l'éventail optimal de fournisseurs et dans divers contextes.

La présente étude a mis en lumière une hausse de l'utilisation des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires pour dispenser les services de soins primaires en milieu communautaire en ayant recours à diverses structures de personnel faisant notamment appel à des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières praticiennes autorisées, des pharmaciens, des nutritionnistes et à beaucoup d'autres intervenants. Les études portant sur l'efficacité de la substitution des compétences et de l'élargissement du cadre des fonctions des RHS ont montré la viabilité de ce modèle du point de vue de la rentabilité, des résultats positifs sur la santé et de la diminution du fardeau pour les services institutionnels. On a dit que le Canada tirait de l'arrière par rapport à d'autres pays en ce qui a trait au déploiement innovateur et à la substitution des compétences des ressources humaines en santé, étant donné que le rôle des infirmières praticiennes n'est pas généralement reconnu dans le courant dominant des soins de santé et que les sage-femmes ne sont

toujours pas reconnues dans beaucoup de provinces. D'après une étude menée par Santé Canada (1996), *Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : Revue de la documentation*, la « substitution inversée » se pratique en effet au Canada, où des employés hautement formés et qualifiés assument des fonctions jadis confiées à du personnel d'un niveau inférieur au leur. Citons à titre d'exemples la fin du programme de dentothérapie pour les enfants en Saskatchewan, le remplacement d'infirmières auxiliaires autorisées par des infirmières autorisées dans beaucoup d'hôpitaux et la gestion des grossesses sans complication par des obstétriciens et des gynécologues (alors qu'autrefois cette tâche revenait aux médecins de famille). Cette tendance devrait être soigneusement évaluée par les décideurs à la lumière des pratiques couronnées de succès en vigueur dans d'autres secteurs de compétence.

À la suite des récents changements qui supposent une planification de la santé axée sur la population, une insistance sur les soins de santé primaires, des changements dans l'organisation et la prestation des services de santé et une concentration sur les résultats axés sur les patients, il est important que les décideurs abordent la planification et le déploiement des RHS de ce point de vue. On laisse entendre que cette nouvelle approche doit relier la planification des RHS aux objectifs globaux en matière de santé et être axée sur les résultats; elle doit englober toutes les professions de la santé; elle doit être d'envergure pancanadienne, et elle doit adopter un point de vue à plus long terme.

4.2 FACTEURS CRITIQUES DE SUCCÈS

4.2.1 Pratiques privilégiées de déploiement

Tel que révélé par la présente étude, des stratégies innovatrices de déploiement ont été adoptées en réaction à des situations de pénurie de ressources humaines en santé et de problème d'accès aux soins. La plupart des pratiques de déploiement que nous avons cernées ont fait appel à des approches créatives pour assurer les soins de santé au moyen de diverses méthodes, parmi lesquelles on retrouve principalement : les substitutions de professionnels; l'utilisation de professionnels de la santé accomplissant le plein cadre de leurs fonctions; l'élargissement des cadres de fonctions traditionnels; les technologies de pointe, comme les applications de la télésanté et de la télémédecine; le recours à des paraprofessionnels; l'introduction de nouvelles catégories de travailleurs, et la mobilité accrue des professionnels de la santé.

Les facteurs critiques de succès que nous avons relevés au cours de l'analyse des pratiques de déploiement des RHS les plus réussies examinées dans le cadre de notre mandat peuvent être résumés comme suit.

Les pratiques de déploiement des RHS qui sont couronnées de succès visent une population bien définie et reposent sur des approches axées sur les besoins en matière de santé, lesquelles sont exposées dans les politiques et les stratégies en matière de santé (plutôt que d'être des pratiques spéciales).

Les pratiques de déploiement des RHS qui sont couronnées de succès sont clairement définies, avec des cadres de fonctions cohérents, et doivent être clairement communiquées aussi bien aux membres

de la profession déployée qu'aux autres groupes professionnels associés qui travaillent au sein de cette profession.

Les pratiques de déploiement des RHS qui sont couronnées de succès reposent sur des normes de pratique clairement définies, qui doivent être appliquées par l'organe exécutif provincial et soutenues par un cadre législatif et réglementaire.

Les pratiques de déploiement des RHS qui sont couronnées de succès sont généralement accompagnées de l'éducation et de la formation requises pour appuyer les nouvelles compétences et les capacités nécessaires à la prestation des services de santé.

Les pratiques de déploiement des RHS qui sont couronnées de succès reposent sur des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui ont été démontrées au moyen d'études d'évaluation.

Les critères de détermination des pratiques de déploiement des RHS couronnées de succès doivent inclure les résultats cliniques des patients, leur satisfaction, la qualité des services, l'efficacité, l'efficacé et l'optimisation des ressources.

Les renseignements et les constatations au sujet des pratiques de déploiement couronnées de succès devraient être communiqués et faire l'objet de discussion entre les autorités et les gestionnaires de la santé.

4.2.2 Outils d'aide à la décision

L'équipe du projet n'a pas pu cerner beaucoup d'outils d'aide à la décision dans le cadre de l'étude documentaire et de l'analyse du contexte. Le manque de conclusions applicables à ce chapitre montre qu'il existe de grandes lacunes sur le plan de l'utilisation des outils d'aide à la décision dans le cadre du déploiement des ressources humaines en santé et de la documentation disponible sur le sujet. De façon générale – et cela n'a rien d'étonnant – on semble peu utiliser les outils d'aide à la décision pour introduire de nouvelles pratiques de déploiement des RHS, que ce soit au Canada ou, à l'échelle internationale, dans les pays visés par l'étude.

La plupart des « outils d'aide à la décision » que nous avons rencontrés étaient des modèles théoriques; certains étaient des systèmes d'information de gestion, et d'autres étaient des instruments de mesure de la charge de travail dont la validité et la fiabilité étaient remises en question et qui ne servaient généralement pas à appuyer les décisions prises par la direction à un niveau macroéconomique au sujet du déploiement des ressources humaines en santé.

L'étude a mis en lumière très peu de données d'évaluation à l'appui des décisions gestionnelles au sujet de l'affectation des ressources humaines en santé et très peu de données d'établissement des coûts ou d'analyse de la rentabilité au-delà du niveau du service de dotation.

Bon nombre de pratiques de déploiement des RHS semblent être adoptées sans que soient effectuées beaucoup d'études ou d'analyses antérieures des coûts (y compris des coûts d'option), mais, à juste titre, elles sont adoptées en réponse aux impératifs stratégiques des politiques sur l'accès, l'équité, etc., dictées par la *Loi canadienne sur la santé*.

Il semblerait justifié de mener davantage d'études et d'analyses dans ce domaine, principalement pour recueillir de meilleures données sur les pratiques qui fonctionnent, sur celles qui connaissent moins de succès et sur les mesures qui peuvent être prises pour améliorer les pratiques de déploiement des RHS.

4.3 RECOMMANDATIONS

L'évolution des modèles de prestation des soins de santé nécessite l'adoption de nouvelles approches de planification et de nouvelles stratégies de déploiement des ressources humaines en santé qui tiennent compte des facteurs suivants :

- ▶ l'importance de plus en plus grande des modèles de prestation des soins de santé primaires;
- ▶ une approche axée sur les résultats et sur les besoins de la population;
- ▶ une approche intégrée de planification des ressources humaines en santé axée sur la main-d'œuvre;
- ▶ la promotion de modèles d'équipes interdisciplinaires et de pratiques axées sur la collaboration;
- ▶ une souplesse accrue dans la réponse aux devis professionnels;
- ▶ l'optimisation de la substitution des compétences des RHS, l'élargissement des cadres de fonctions et la reconnaissance accrue des autres fournisseurs de soins non traditionnels (comme les sage-femmes et les guérisseurs traditionnels);
- ▶ la flexibilité des mécanismes de financement des RHS;
- ▶ les technologies permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé et de déployer les ressources humaines en santé de façon optimale.

Par conséquent, nous recommandons ce qui suit.

1. QUE l'éducation et la formation liées aux professions de la santé reflètent et promulguent ces nouvelles stratégies de déploiement, afin que les diplômés possèdent toutes les compétences et les capacités professionnelles requises;
2. QUE l'on élabore des modèles de prestation des services qui optimisent et maximisent les substitutions de compétences et l'élargissement des cadres de fonction dans les professions de la santé, ce qui devrait inclure l'établissement de définitions claires de ces cadres de pratique, leur communication aux membres concernés de l'équipe des soins de santé et aux autres intervenants clés et l'établissement de frontières cohérentes pour la pratique professionnelle;
3. QUE des cadres juridiques et réglementaires soient mis en place pour appuyer les nouvelles orientations stratégiques, de manière à encourager l'accomplissement du plein cadre de fonctions élargi par les professionnels de la santé;

4. QUE les exigences en matière d'agrément et de réglementation des RHS dans les administrations fédérale, provinciales et territoriales soient révisées et coordonnées de façon à assurer l'uniformité des normes et à permettre la transférabilité des professions de la santé au Canada;
5. QUE l'on continue d'étudier la possibilité d'avoir recours aux technologies pour améliorer le déploiement des RHS et l'accès aux services de santé;
6. QUE l'on se penche sur la reconnaissance des soins de santé non traditionnels et de nouvelles catégories de fournisseurs de services de santé;
7. QUE les décideurs encouragent une plus grande diversité des ressources humaines en santé et le recrutement au sein de la main-d'œuvre d'un plus grand nombre de représentants des groupes minoritaires, tels des professionnels de la santé métis, inuits et membres des Premières nations;
8. QUE l'on déploie des efforts de recrutement et que l'on offre des possibilités de formation, y compris de rotations cliniques, dans les secteurs sous-desservis, de façon à attirer des fournisseurs de soins de santé dans ces régions;
9. QUE les postes d'enseignement et de formation financés par le gouvernement reflètent et soutiennent les exigences en matière de ressources humaines en santé telles que définies par ces nouvelles orientations de la politique en matière de main-d'œuvre;
10. QUE l'on adopte des approches nationales vis-à-vis de la coordination des questions de planification et de déploiement des RHS, compte tenu de la difficulté à appliquer des solutions régionales ou locales aux défis rencontrés à ce chapitre;
11. QUE l'on encourage la collaboration internationale à la planification des ressources humaines en santé, y compris par la mise sur pied de bases de données internationales sur le marché du travail;
12. QUE l'on procède avec soin au recrutement international, étant donné que cette pratique crée des déséquilibres dans d'autres secteurs géographiques et désavantage sérieusement les pays en développement qui doivent dispenser des services de soins de santé à leur population alors qu'un grand nombre sont aux prises avec de graves pénuries de RHS et ne peuvent concurrencer avec les économies plus riches;
13. QUE les pratiques innovatrices de déploiement soient étayées par des recherches précises reposant sur des données probantes;
14. QUE l'on effectue davantage d'études d'évaluation des pratiques innovatrices de déploiement afin d'en analyser les répercussions cliniques et financières ainsi que d'établir un fondement à partir duquel élargir ou reproduire ces pratiques.

5.0 BIBLIOGRAPHIE

Adams, John. 1998. Medical resources and manpower. *Canadian Journal of Rural Medicine = Journal canadien de la médecine rurale*, 3(2): 105-107.

Adams, O. (1994). Reprofitting human resources: transferring care from hospital to community. *Leadership in Health Services = Leadership dans les services de santé*, 3: 13-17.

Alberta Telehealth Network. 2003. *Alberta: Moving Primary Health Care Forward*.

American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. 2002. Pharmacist scope of practice-position paper. *Annals of Internal Medicine*, 136(1): 79-85.

American Nurses Association-Nursing Facts. 1995. Advance Practice Nursing: A New Age in Health Care. Retrieved May 20th 2004 from: <http://nursingworld.org/readroom/fsadvprc.htm>.

Anderson, C. (2000). Health promotion in community pharmacy: the UK situation. *Patient Education and Counseling*, 39: 285-291.

Association canadienne des ergothérapeutes. 2004. Prises de position ACE (2003) Extrait le 8 juin 2004 à l'adresse www.caot.ca/default.asp?ChangeID=23&pageID&francais=1.

Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé. Extrait le 14 avril 2004 à l'adresse <http://www.cahspr.ca/>.

L'Association canadienne pour la santé mentale. Centre d'information. Extrait à l'adresse http://www.acsm.ca/info_centre/index.html.

Atkinson, A., and Hull, S. 2001. *Health Human Resources Supply and Demand Analysis*. Prince Edward Island Advisory Committee on Health Human Resources.

Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Health Workforce Advisory Committee. April 2004. *Health Workforce Intelligence*, 4(3).

Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Health Workforce Advisory Committee. November 2003. *Health Workforce Intelligence*, 3(10):1-4.

Backman, A. 2000. Job satisfaction, retention, recruitment and skill mix for a sustainable health care system. Health WORCS. Saskatchewan. Retrieved from: www.health.gov.sk.ca/mc_dp_WORCS.pdf.

Baer, Leonard D., T.C. Ricketts, T.R. Konrad and S.S. Mick. 1998. Do international medical graduates reduce rural physician shortages? *Medical Care* 36 (11): 1534-1544.

Barer, M. et Stoddart, G. 1999. *Improving access to needed medical services in rural and remote Canadian communities: recruitment and retention revisited*. Document de travail rédigé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des ressources humaines en santé.

Barer, Morris L., L. Wood, D.G. Schneider. 1999. *Toward improved access to medical services for relatively underserved populations: Canadian approaches, foreign lessons*. Centre for Health Services and Policy Research. UBC

Bauman, A., Blythe, J., Kolotylo, C. et Underwood, J. 2004. *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines au Canada*. La main-d'oeuvre infirmière à l'échelle internationale. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers, Canada.

Baumgart, A. J. (1997). Hospital reform and nursing labor market trends in Canada. *Medical Care*, 35, OS124-OS131.

BC Health Care. 2002. *Rural Programs 02-04: A guide for rural physician programs in British Columbia*. British Columbia Medical Association.

BC Health Services. 2004. *Making Progress: primary health care renewal in British Columbia; putting patient's first*.

Berman, S., and Shah P. 2003. *Report on Expanding Areas of Employment within Health Care for Health Support Staff*. Human Resources Development of Canada (HRDC) and Hospital Employee's Union (HEU).

Betkus, M.H. and MacLeod, M. 2004. Retaining public health nurses in rural British Columbia, the influence of job and community satisfaction. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 95(1).

Birenbaum, R. 1994. Nurse Practitioners and Physicians. Competition or Collaboration? *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale*, 151: 76-78.

Bleich, M. R., Hewlett, P. O., Santos, S. R., Rice, R. B., Cox, K. S., and Richmeier, S. (2003). Analysis of the nursing workforce crisis: a call to action. *AJN, American Journal of Nursing*, 103: 66-74.

Blomqvist, A. 2001. *International health system comparisons: lessons for Canada*. Study completed for the Kirby Study Committee.

Boone, M., Minore, B., Katt, M., and Kinch, P. 1997. Strength through sharing: interdisciplinary teamwork in providing health and social services to northern native communities. *Canadian Journal of Community Mental Health = Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 16: 15-28.

Borkenhagen, R. H. 1996. Walk-in clinics and time management. Fresh insights as family practices adapt. *Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien*, 48: 437-439.

British Columbia's Primary Health Care. 2004. *Making Progress: Primary Health Care Renewal in British Columbia*.

Broadcast Resource Guide. *Cross-Cultural Communication in Health Care: Building Organizational Capacity*. Retrieved June 2nd, 2004 from <http://www.hrsa.gov/financemc/broadcast/resource-guide.htm>.

Buchan, J. 2000. Health Sector reform and Human Resources: Lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning*; 15(3): 319-325.

Buchan, J. 2001. Determining Skill Mix: An International Review. Retrieved from http://hrhtoolkit.forumone.com/mstr_skill_mix/mstr_skill_mix.pdf.

Bureau of Health Professions National Center for Health Workforce Information and Analysis. HRSA State Health Workforce Data Resource Guide. U.S. Department of Health and Human Services.

Canadian Alliance of Community Health Centre Associations. 2002. *What is a Community Health Centre?*

Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators and the Canadian Physiotherapy Association. 2002. Physiotherapy Health Human Resources. Background Paper. Submitted to Health Canada Health Human Resource Strategies Division. Retrieved from www.physiotherapy.ca.

Canadian Healthcare Association-Health Care Publications Catalogue-Books about human resources from CHA Press. Retrieved April 14th, 2004 from <http://www.cha.ca/publishing/human.htm>.

Canadian Pharmacists Association. Retrieved from http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/who_we_are/board_of_directors/board_members.cfm.

Capital Health, Government of Alberta. 2004. "Innovative clinics improve access to specialists". News release January 21, 2004. Retrieved May 10, 2004 from www.capitalhealth.ca/About+Us/Media+Desk/News+Releases/2004/January+2004/Innovative_clinics_improve_access_to_specialists.htm.

Centre for Health Services and Policy Research. 1992. *A human resources decision support model: nurse deployment patterns in one Canadian system*. Health Human Resources Unit Research Reports HHRU 92:4R.

Centre syndical et patronal du Canada. 2003. *Les effectifs médicaux au Canada : analyse des documents et des écarts. Rapport final*. Préparé pour le Groupe de travail Deux : une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada.

Chalmers, K. I., Bramadat, I. J., & Andrusyszyn, M. A. 1998. The changing environment of community health practice and education: perceptions of staff nurses, administrators, and educators. *Journal of Nursing Education*, 37: 109-117.

Chaytors, R. G., and Spooner, G. R. 1998. Training for rural family medicine: a cooperative venture of government, university, and community in Alberta. *Academic Medicine*, 73: 739-742.

Church, J., Saunders, Wanke, M. et Pong, R. 1995. *Pour établir une assise plus solide : cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé communautaire au Canada : composante 2*. Réseau des soins de santé. Extrait le 20 avril 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesanté/pubs/planification/composante2.htm>.

CIET Canada in Collaboration with Health Canada and the University of Ottawa. 1999. *Local Evidence-based Planning in Atlantic Canada: Panel Discussions from a Colloquium*.

Clarke, H. F., and Mass, H. 1998. Comox Valley Nursing Centre: from collaboration to empowerment. *Public Health Nursing*, 15: 216-224.

Clinical Services Steering Committee. 2001. *Making Better Health Care Decisions for Nova Scotia*.

Cloutier, A. 2000. *La télémédecine au service des régions : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine*. Fonds pour l'adaptation des services de santé.

Cockerill, R., Scott, E. and Wright, M. 1994. Responding to workload measurement needs. *Canadian Journal of Occupational Therapy = Revue canadienne d'ergothérapie*, 61(4): 219-221.

Cockerill, R., Scott, E. and Wright, M. 1995. Interest among occupational therapy managers in measuring workload for case costing. *American Journal of Occupational Therapy*.

Cohen, J. A., Palumbo, M. V., and Rambur, B. 2003. Combating the nursing shortage. Vermont's call to action. *Nursing Leadership Forum*, 8: 3-12.

Le Collège des médecins de famille du Canada. 2000. *Soins de première ligne et médecine familiale au Canada*.

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. 2003. *Rapport sur la stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Santé Canada.

Curtin Indigenous Research Centre, Centre for Educational Research and Evaluation Consortium and Jojara & Associates. *A National Review of Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker Training*. Office for Aboriginal and Torres Strait Islander Health. Australia. Retrieved from <http://www.health.gov.au/oatsih/pubs/pdf/healthworker.pdf>.

D. Parker-Taillon and Associates. 2003. *Background Paper on Occupational Therapy Human Resource Data: Sources, Utilization, and Interpretative Capacity*. Prepared for the Canadian Association of Occupational Therapists.

Dalhousie University - School of Nursing-BScN (Arctic Nursing). Retrieved April 14th, 2004 from http://is.dal.ca/~son/nursing_495.html.

Decter, M. B. 1997. Canadian hospitals in transformation. *Medical Care*, 35, OS70-OS75.

Denis, Hean-Louis, M. Beaulieu, Y. Hebert, A. Langley, D. Lozeau, R. Pineault, L. Trottier. 2001. *L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), HEALNet, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS).

Department of Health (UK). Emergency care project team. Retrieved May 21st, 2004 from http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/EmergencyCare/EmergencyCareArticle/fs/en?CONTENT_ID=4081524&chk=pmKDxD.

Department of Health (UK). January 2004. Local Pharmaceutical Services (LPS) Guidance Notes. Third Wave (2004) Applications.

Department of Health, (UK). 2004. Delivering the HR in NHS Plan 2004. Capacity and Corporate Communications. Retrieved from <http://www.dh.gov.uk>.

Department of Health, (UK). 2004. Pharmacy in the Future-Implementing the NHS Plan. Sept. 2000. Retrieved from www.dh.gov.uk/policyandguidance/medicinespharmacyandindustry/localpharmaceuticalservices.

Department of Health. *Delivering HR with attitude; Leading people; leading progress*. Retrieved May 18th, 2004 from <http://www.dh.gov.uk>.

Department of Health and Community Services. 2002. *Partnering for Health: A strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*.

Diallo, K., Zurn, P., Gupta, N., Dal Poz, M. 2003. *Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health: An International Perspective*. Human Resources for Health. Retrieved from <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. 2000. *Réunion nationale de partage de l'information et de rétroaction sur l'avenir possible de la télésanté dans les communautés autochtones et inuites : rapport final*. L'Assemblée des Premières nations, Inuit Tapirisat du Canada et Santé Canada.

Docteur, E., and Oxley, H. 2003. *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. OECD Health Working Papers (9).

Doze, S., Simpson, J., Hailey, D., and Jacobs, P. 1999. Evaluation of a Telepsychiatry Pilot Project. *Journal of Telemedicine and Telecare*.

Dreyer, N. C., Dreyer, K. A., Shaw, D. K., and Wittman, P. P. 2001. Efficacy of telemedicine in occupational therapy: a pilot study. *Journal of Allied Health*, 30: 39-42.

Dussault, G., and Dubois, C.A. 2003. *Human Resources for Health Policies: A Critical component in Health Policies*. Human Resources for Health <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>.

Dussault, G., and Rigoli, F. 2003. *The Interface between Health Sector Reform and Human Resources in Health*. Human Resources for Health. Retrieved from <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>.

Easterbrook, M., Godwin, M., Wilson, R., Hodgetts, G., Brown, G., Pong, R., et al. 1999. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *CMAJ Canadian Medical Association Journal = JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 160: 1159-1163.

Egger, D., Lipson, D., and Adams, O. 2000. *Achieving the right Balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. World Health Organization.

Eliasoph, H., and Ashdown, C. 1995. *Development, Testing and Implementation of an Emergency Services Methodology in Alberta*. Health Care Management Forum.

Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision World Health Organization. 2002. *Imbalances in the health workforce*. Report of a technical consultation. Ottawa, Canada.

Farrell, S. P. and McKinnon, C. R. 2003. Technology and rural mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17: 20-26.

Fiche d'information de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2001. *Le rôle de l'infirmière praticienne dans le monde*.

Fidelman, C. May 1st, 2004. Psychiatry network 'in crisis'; Quebec short 200 Practitioners; no relief in sight for overloaded doctors; too few students coming from med school. *Montreal Gazette*.

Forest, Pierre-Gerlier. 1997. Les régimes d'équité dans le système de santé du Québec. *Canadian Public Policy = Analyse de politiques*, 23(1):55-68.

Frere, D. 2000. *The Little Project that could: The Story of Primary Health Care Project*. Health Transition Fund Report-Alberta Health and Wellness.

Friedland, J., Polatajko, H., and Gage, M. 2001. Expanding the boundaries of occupational therapy practice through student fieldwork experiences: description of a provincially-funded community development project. *Canadian Journal of Occupational Therapy = Revue canadienne d'ergothérapie*, 68: 301-309.

Gillett, J., Hutchison, B., and Birch, S. 2001. Capitation and primary care in Canada: financial incentives and the evolution of health service organizations. *International Journal of Health Services*, 31: 583-603.

Gore, Brian. May 1, 2004. The family doctor crunch. *Montreal Gazette*.

Government of Alberta and Capital Health. 2004. News Release: Innovative clinics improve access to specialists. Retrieved April 12th, 2004 from http://www.capitalhealth.ca/About+Us/Media+Desk/News+Releases/2004/January+2004/Innovative_clinics_improve_access_to_specialists.htm.

Government of Alberta. Health Summit '99 Delegate Recommendations. Health and Wellness. Retrieved from http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/summit99_q2.html.

Gray, S. 1997. Labrador program prepares MDs for northern, remote practice. *CMAJ Canadian Medical Association Journal = JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 157: 1429-1430.

Greene, J. March 12th, 2001. Growing ranks: Benefits of collaboration with Nurse Practitioners. *Amednews.com The Newspaper For America's Physicians*. Retrieved May 5th, 2004 from <http://www.ama-assn.org/amednews/2001/03/12/prsa0312.htm>.

Greenlaw, B. 2003. *Licensed Practical Nurses: Current Utilization*. Hospital Employees' Union. Burnaby, BC.

Groupe de travail Deux : une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada. Janvier 2003. *Les effectifs médicaux au Canada : analyse des documents et des écarts, rapport final*. Centre syndical et patronal du Canada.

Groupe de travail Deux : une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada. 2003. *Évaluation de nouveaux modèles de prestation des services médicaux : inventaire et synthèses*. Holander Analytical Services Ltd.

Hannah, K. J. 1995. Transforming information: data management support of health care reorganization. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2: 147-155.

Harrison, S., and Choudhry, N. 1996. General practice fundholding in the UK National Health Service: evidence to date. *Journal of Public Health Policy*, 17: 331-346.

Health Care Human Resource Sector Council. 2003. *A Study of Health Human Resources in Nova Scotia*. Human Resources Development Canada. Retrieved from <http://www.gov.ns.ca/health/hhr/HHR%20NS%20Study%20Report%202003.pdf>.

Health Innovation Awards. 2004. Retrieved from <http://www.healthinnovationawards.co.nz/about.html>.

Health Workforce Advisory Committee. 2003. The New Zealand Health Workforce Future Directions - Recommendations to the Minister of Health. <http://www.hwac.govt.nz>.

Health Workforce. Retrieved May 28th, 2004 from <http://www.health.gov.au/workforce/index.htm>.

Health Workforce - Workforce Advice to Medical Practitioners - Policy guidelines for determining a district of workforce shortage. Retrieved May 28th, 2004 from <http://www.health.gov.au/workforce/workforce/policy.htm>.

Heitlinger, A. 2003. The paradoxical impact of health care restructuring in Canada on nursing as a profession. *International Journal of Health Services*, 33: 37-54.

Henderson, B. M., and MacLeod, M. L. 2004. Retaining public health nurses in rural British Columbia: the influence of job and community satisfaction. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 95: 54-58.

Henderson, R. W. 1997. Staffing rural hospitals. Strategies for survival. *Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien*, 42, 1057-1059.

Hopkins, A., Solomon, J., and Abelson, J. 1996. Shifting boundaries in professional care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89: 364-371.

Houston, A.M. and Clifton, J. 2001. Corporate working in health visiting: a concept analysis. (UK) *Journal of Advanced Nursing*, 34(3): 356-366.

HRSA Bureau of Health Professions. 1999. *The Pharmacists Workforce: A Study of the Supply and Demand For Pharmacists*. Retrieved from <http://bhpr.gov/healthworkforce/reports/pharmacists.htm>.

Hughes, Frances. 2003. Nursing Sector Update. Ministry of Health, New Zealand. Retrieved July 22, 2004 from [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/f872666357c511eb4c25666d000c8888/d384675b9ab450b1cc256c4c0009bdd6/\\$FILE/ATTIQXUV/NursingSectorUpdateDec-2003.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/f872666357c511eb4c25666d000c8888/d384675b9ab450b1cc256c4c0009bdd6/$FILE/ATTIQXUV/NursingSectorUpdateDec-2003.pdf).

Human Resources and Training. Retrieved May 5th, 2004 from <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HumanResourcesAndTraining/fs/en>.

Human Resources For Health. Retrieved April 12th, 2004 from <http://www.human-resources-health.com/>.

Human Resources for Health. Retrieved May 18th, 2004 from <http://www.human-resources-health.com/home/>.

Hutten-Czapski, P., Konkin, J., and Larsen-Soles, T. 2003. Primary Care Renewal Policy. Society of Rural Physicians of Canada.

ICIS directions CIHI. Juillet-août 2001. L'ICIS rapporte une légère augmentation des infirmières et infirmiers autorisés; peu d'entre eux travaillent à titre occasionnel et plus à temps plein.

Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloignées. 2003. *L'élaboration d'un cadre ou indice multilatéral de la ruralité*. La Société de la médecine rurale du Canada, Association médicale canadienne, Association des pharmaciens du Canada, et Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Institut canadien d'information sur la santé. 2001. *Développement futur de l'information pour appuyer la gestion des ressources infirmières : recommandations*.

Institut canadien d'information sur la santé - Bases de données sur les ressources humaines de la santé. Extrait le 15 avril 2004 à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_f.

Institut canadien d'information sur la santé - Publications. Extrait le 15 avril 2004 à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=pub_f.

Institut canadien d'information sur la santé. Ressources humaines de la santé. Extrait le 15 avril 2004 à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_f.

Institut canadien d'information sur la santé. Services de santé. Extrait le 15 avril 2004 à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_f.

Institut canadien d'information sur la santé -Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada. Extrait le 19 avril 2004 à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_16oct2003_f.

InterRAI, 2004. Case-Mix Funding. Retrieved from www.interrai.org/applications/casemixfunding.php. June 18, 2004.

Jenkins, R. L., and White, P. 2001. Telehealth advancing nursing practice. *Nursing Outlook*, 49: 100-105.
Kazanjian, A., Pulcins, I.R., and Kerluke, K. 1992. A human resource decision support model: nurse deployment patterns in one Canadian System. *Hospital & Health Services Administration*, 37(3): 303-319.

Kazanjian, A., Rahim-Jamal, S., Macdonald, A., Wood, L. and Cole, C. 2000. Nursing Workforce Study Volume IV, Nursing Workforce Deployment: A survey of Employers. Health Human Resources Unit Centre for Health Services and Policy Research, UBC.

Keely, J. L., and the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. 2002. Pharmacist scope of practice. *Annals of Internal Medicine*, 136: 79-85.

Kolehmainen-Aitken, Riitta-Liisa. 2004. *Decentralization's impact on the Health Workforce: Perspectives of Managers, Workers and National Leaders*. Human Resources for Health. Retrieved from <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/5>.

Lauder, W., Sharkey, S., and Reel, S. 2003. The development of family health nurses and family nurse practitioners in remote and rural Australia. *Australian Family Physician*, 32: 750-752.

Leatt, P., Pink, G. H., and Naylor, C. D. 1996. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *CMAJ Canadian Medical Association Journal = JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 154: 803-809.

Leonard, L. G. 1998. Primary Health Care and partnerships: collaboration of a community agency, health department, and university nursing program. *Journal of Nursing Education*, 37: 144-148.

Local Pharmaceutical Services (LPS). 2004. Guidance Notes. Department of Health. United Kingdom. Retrieved from http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4003211&chk=HiB535.

Lynn, M. M., Achtmeyer, C., Chavez, C., Zicafoose, B., and Therien, J. 1999. The evolving role of advanced practice nursing within the new Veteran's Health Administration. *Health Care Management Review*, 24: 80-93.

Mable, Ann L., and Marriott, J. 2002. *État stable : parvenir à un équilibre qui soit durable : examen international de la planification des effectifs de la santé*. Santé Canada, Division des stratégies des ressources humaines de la santé.

Martin, P. April 26, 2004. Medicare made easy. *The Globe and Mail*.

Martinez, J., Collini, L. and Martineau, T. 1999. *A Review of Human Resources: Issues in the Health Sector-Briefing Paper*. DFID-Health Systems Resource Centre http://www.dfidhealthrc.org/shared/publications/Briefing_papers/HR.PDF.

Martin-Misener, R., and Black, J. 1998. Using the evaluation of the Dalhousie Outpost Nursing Program for responsive social action. *International Journal of Circumpolar Health*, 57 (1): 96-99.

Mass, Heather. *Making best use of every healthcare provider's knowledge and skill*.

Masterson, A. 2002. Cross-boundary working: a macro-political analysis of the impact on professional roles. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 331-339.

McElheran, W. 2000. Alberta Primary Health Care Project: Shared mental Health Care in Primary Care Practice. Health Transition Fund Report.

Merwin, E. I., Goldsmith, H. F., and Manderscheid, R. W. 1995. Human resource issues in rural mental health services. *Community Mental Health Journal*, 31: 525-537.

Micco, A. 2001. *Primary Care Demonstration Project: Final Report*. Health Transition Fund Report-Ministry of Health BC.

Millar, John. 2001. Physician supply in Canada: How much is enough? *Hospital Quarterly*. Summer: 44-47.

Millsted, J. 2000. Issues affecting Australia's rural occupational therapy workforce. *Australian Journal of Rural Health*, 8: 73-76.

Ministry of Health Services of BC. 2004. *Health Professions Council Shared Scope of Practice Model Working Paper*. Ministry of Health Services: Government of British Columbia. Retrieved April 22nd, 2004 from <http://www.healthservices.gov.bc.ca/leg/hpc/review/shascope.html>.

Ministry of Health, Ontario. 2004. *Supporting Interdisciplinary Practice: The Family Physician Nurse Practitioner Educational and Mentoring Program*.

Minore, B., and Boone, M. 2002. Realizing potential: improving interdisciplinary professional/paraprofessional health care teams in Canada's northern aboriginal communities through education. *Journal of Interprofessional Care*, 16: 139-147.

Minore, B., and Boone, M. 2002. Working Paper W01-10. Realizing Potential: An Argument for Improving Interdisciplinary Professional/Paraprofessional Health Care in Canada's Northern Aboriginal Communities. Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University and Lakehead University.

MOH: Nurse Practitioners in New Zealand. Retrieved May 26th, 2004 from <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>.

National Association of Pharmacy Regulatory Authorities-Pharmacy Licensing Authorities' Links. Retrieved May 5th, 2004 from <http://www.napra.ca/docs/0/745.asp>.

National Health and Medical Research Council. 1997. *A National Training and Employment Strategy for Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workers and professionals working in Aboriginal and Torres Strait Islander Health, Australia*. Retrieved from <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/wf1.pdf>.

National Health Service (UK) Modernisation Agency. 2003. New ways of working. Retrieved June 15, 2004 from www.modern.nhs.uk/scripts/default.asp?site_id=47.

New Zealand Ministry of Health. 2004. New Zealand health Innovation Reward Profiles of Finalists 2004. Retrieved from <http://www.healthinnovationawards.co.nz/2004finalists.html>.

News Round-Up 2004. Retrieved May 21st, 2004 from http://www.nurse-prescriber.co.uk/news/news_roundup.htm.

Nicki Sims-Jones. 2003. Projet sur les soins primaires à Eskasoni. (pp.14-16) dans le Bulletin de recherche sur les politiques de santé - Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Norrish, B. and Rundall, T. 2001. Hospital restructuring and the work of registered nurses. *The Millbank Quarterly*, 79(1): 55-79.

North Network, 2004. Summary Document sent by Dr. Ed Brown June 2004. Retrieved from www.northnetwork.com.

Northwest Territories Health and Social Services. 2002. Retention and Recruitment Plan for The Northwest Territories' Allied Health Care Professionals, Nurses and Social Workers.

Northwest Territories Medical Association and Northwest Territories Registered Nurses Association. 2000. The provision of health care in the Northwest Territories (NWT): a joint statement on health care reform in the NWT, September 1998. *Canadian Journal of Rural Medicine* = *Journal canadien de la médecine rurale* 5(1): 12-21.

Nova Scotia Department of Health. 2001. Business Plan 2001-2002.

Nova Scotia Department of Health. 2001. Strengthening Primary Care in Nova Scotia Communities. Progress Report.

Nurse Prescriber. Retrieved May 21st, 2004 from <http://www.nurse-prescriber.co.uk/>.

O'Brien-Pallas, L. 2002. Where to from here? *Canadian Journal of Nursing Research* = *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33: 3-14.

O'Brien-Pallas, L., Irvine, D., Peereboom, E., and Murray, M. 1997. Measuring nursing workload: understanding the variability. *Nursing Economics*, 15(4): 171-182.

Office For Aboriginal and Torres Strait Islander Health. Workforce, Information and Policy Branch. Retrieved May 28th, 2004 from <http://www.health.gov.au/oatsih/contact/div/wip.htm>.

Ontario Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2002. Plan d'activité 2002-2003. Extrait à l'adresse <http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/bplan02f/bplan02f.html>.

Ontario Ministry of Health. 2003. *Report on the Integration of Primary health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario*. Ministry of Health and Long Term Care. http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/nurseprac03_mn.html.

Ontario Ministry of Health. 2004. *Supporting Interdisciplinary Practice: The Family Physician Nurse Practitioner Educational and Mentoring Program*.

Or, Zeynep. 2002. Labour Market and Policy-Occasional Papers No. 5. *Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action. A review of experience in four OECD Countries*. Organization for Economic Co-operation and Development.

O'Reilly, M. 1998. A Marathon session: a town's MDs develop a philosophy to call their own. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* = *JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 158: 1516-1517.

Organisation mondiale de la santé. 2002. *Orientations stratégiques pour le renforcement des services infirmiers et obstétricaux*.

Perry, S. Report from the Albert Heritage Foundation for Medical Research: Evaluation of a Telepsychiatry Pilot Project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*.

Pflaum, M., Wall, C., Slayter, B., Boutchard, C., Jolly, R. and Harris, K. August 2001. Occasional Papers: New Series No. 12. The Australian Medical Workforce, Department of Health and Aged Care.

Pitblado, J. Roger, and Pong, R. W. 1999. *Geographic distribution of physicians in Canada*. Prepared for Health Canada.

Pong, R. and Pitblado, J.R. 2002. Beyond counting heads: some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. *Canadian Journal of Rural Medicine = Journal canadien de la médecine rurale*, 7(1): 12-20

Pong, R., and Russell, N. 2003. A Review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce. Centre for Rural and Northern Health Research; Laurentian University.

Pong, R., Saunders, M.B., Church, J., Wanke, M. et Cappon, P. 1995. *Pour établir une assise plus solide : cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé*

communautaires au Canada : composante 1. Réseau des soins de santé. Extrait le 12 avril 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesanté/pubs/planification/composante1.htm>.

Pong, R., and Russell, N.. 2003. A review and Synthesis of Strategies and Policy Recommendations on the Rural Health Workforce. Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University.

Prince Edward Island Advisory Committee on Health Human Resources. 2001. *Health Human Resources Supply and Demand Analysis*.

Prince Edward Island Health and Social Services System. 2001. *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System 2001-2005*.

Provincial Scheduling Working Group, Health Employers Association of British Columbia and British Nurses' Union. 2003. *Innovative Scheduling Practices: A Resource Guide*. Ministry of Health Planning Nursing Directorate.

Queensland Rural Medical Support Agency. 2004. Retrieved June 9th, 2004 from <http://www.qrmsa.com.au/main.asp?NodeID=2700>.

Les réformes Romanow : ajouter au panier. *JAMC Journal de l'Association médicale canadienne = CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 168: 823.

Richards, A., Carley, J. Jenkins-Clarke, S., and Richards, D.A. 2000. Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37: 185-197.

Rogers, Judy. 2003. Sustainability and collaboration in maternity care in Canada: dreams and obstacles. *Canadian Journal of Rural Medicine = Journal canadien de la médecine rurale* 8(3): 193-198.

Roine, R., Ohinmaa, A., & Hailey, D. 2001. Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. *CMAJ Canadian Medical Association Journal = JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 165: 765-771.

Romanow, Roy J. 2002. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Rourke, J., Incitti, F., Rourke, L., and Kennard, M. 2003. Keeping family physicians in rural practice. *Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien*, 49. Retrieved May 25th, 2004 from <http://www.cfpc.ca/cfp/2003/Sep/vol49-sep-research-3.asp>.

Rourke, Leslie L., J. Rourke, J. Belle Brown. 2002 Women family physicians and rural medicine. Can the grass be greener in the country? *Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien* 48: 441-445.

Rushforth, H. and Gasper, E.A. 1999. *Implications of nursing role expansion for professional practice*. (UK) Specialists Nursing.

Santé Canada. 1996. *Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : revue de la documentation*.

Santé Canada. 2001. Analyse de la conjoncture des questions liées aux ressources humaines qui touchent les technologues de laboratoire médical et les technologues en radiation médicale. 2001. Extrait le 14 mai 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesanté/pubs/analyse/index.html>.

Santé Canada. 2003. Bulletin de recherche sur les politiques de santé - Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone. Extrait le 12 avril 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/fbulletin/autochtone.html>.

Santé Canada. Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. 2003. *Rapport sur la stratégie pour les soins infirmiers au Canada*.

Santé Canada - Direction générale de la promotion et des programmes de santé. 1995. *Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : revue de la documentation*.

Santé Canada. Projet de télésanté pour les Premières nations de l'Alberta (PTPNA) : aperçu du projet. Extrait à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/spsp/telesante_alberta.htm.

Santé Canada - Réseau des soins de santé - État stable - Parvenir à un équilibre qui soit durable. Extrait le 19 mai 2004 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/etat_stable/.

Santé Canada - Réseau des soins de santé - Ressources humaines dans le secteur de la santé. Extrait le 19 mai 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/ressources.htm>.

Satellite Broadcast-Resource Guide. *Cross-Cultural Communication in Health Care: Building Organizational Capacity. Broadcast Guide*. Retrieved June 6th, 2004 from <http://www.hrsa.gov/financemc/broadcast/resource-guide.htm>.

Schneller, E. S., and Ott, J. B. 1996. Contemporary models of change in the health professions. *Hospital & Health Services Administration*, 41: 121-136.

Shediac-Rizkallah, M. C., and Bone, L. R. 1998. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13: 87-108.

Sheppard, K., and Goobie, S. 2000. Telecentres for Education and Community Health. Health Transition Fund Report.

Silcock, J., Raynor, D. K., and Petty, D. 2004. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. *Health Policy*, 67: 207-214.

Simpson, L., and Littlejohns, L.B. 1999. *Primary Health Care Project for Elnora Area*. Health Transition Fund Report.

Simpson, S.H., Johnson, J.A., and Tsuyuki, R. 2001. *Economic Impact of Community Pharmacist Intervention in Cholesterol Risk Management: An Evaluation of the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacist*.

Singh, G., O'Donoghue, J., and Soon, C. K. 2002. Telemedicine: issues and implications. *Technology & Health Care*, 10: 1-10.

Society of Rural Physicians of Canada, College of Family Physicians of Canada and Canadian Anesthesiologists Society. 2001. *Position paper on training for family practitioners in anesthesia*. Retrieved June 11th, 2004 from <http://www.srpc.ca/librarydocs/anesthesiatraining.html>.

Society of Rural Physicians of Canada. 2002. *Report on Feedback to the 2001 International Environmental Scan. Health Human Resources Planning.*

Society of Rural Physicians of Canada. 2004. Summary of: Western Australian Rural Program. Retrieved from <http://www.srpc.ca/librarydocs/review.html#wacrrm>.

Society of Rural Physicians of Canada - Library Shelves. Retrieved June 10th, 2004 from <http://www.srpc.ca/shelf.html>.

Sumsion, T. H., and Beggs, C. E. 1994. Distance consultation: concepts, components, and collaboration. *Journal of Allied Health*, 23: 341-348.

The Scottish Office. *Towards a New Way of Working - The Plan for Managing People in the NHS in Scotland*. 1997. Retrieved April 22nd, 2004 from <http://www.scotland.gov.uk/library/documents3/tnww-00.htm>.

The World Bank Group. 2001. Health Systems Development. http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/humanresources_topics.asp.

The World Bank Group - Health Systems Development - Human Resources. Retrieved April 12th, 2004 from http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/humanresources_library.asp.

The World Bank Group - Health Systems Development - Human Resources - Key Readings. Retrieved April 12th, 2004 from http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/humanresources_reading.asp.

Thomas, M. 1998. Delivery of physiotherapy services to some First Nations communities in Manitoba. *International Journal of Circumpolar Health*, 57 (1): 697-701.

Toung, N., Barden, W., and Dick, P., 2000. *Tele-Homecare: Multi-centre Canadian Modeling Component*. Health Transition Fund Report.

Traynor, Kate. 2004. Pharmacists outside U.S. inch toward independent prescribing. *American Journal of Health System Pharmacy*, 61:1429.

Tsuyiki, R.T., Johnson, J.A., Teo, K.K., Simpson, S.H., Ackman, M.L., Biggs, R.S., Cave, A., et al. 2002. A randomized trial of the effect of Community Pharmacist Intervention on cholesterol Risk Management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Archives of Internal Medicine*, May 27; 162(10): 1149-55.

Tyrrell, Lorne and D. Dauphinee on behalf of the Canadian Medical Forum Task Force. 1999. Task force on physician supply in Canada.

Urness, D. A., 1999. *Evaluation of a Canadian Telepsychiatry Service. Studies in Health Technology and Informatics*, 64:262-9.

Vaillancourt, Régis. 2004. Sécurité des patients et changements aux lois. *Le journal canadien de la pharmacie hospitalière = Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 57(3):199.

Wanke, M., Saunders, L., Pong, R., et Church, W. 1995. *Pour établir une assise plus solide : cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé communautaires au Canada*. Santé Canada - Réseau des soins de santé. Extrait le 12 avril 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/planification/planification.htm>.

Wanke, M., Saunders, L., Pong, R., Church, W., et Cappon, P. 1995. *Pour établir une assise plus solide : cadre de référence pour la planification et l'évaluation des services de santé communautaires au Canada : document d'accompagnement*. Santé Canada - Réseau des soins de santé. Extrait le 20 avril 2004 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/planification/accompagnement.htm>.

Way, D., Jones, L., and Busing, N. 2000. Implementation Strategies: "Collaboration in Primary Care - Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care." Ontario College of Family Physicians.

Way, D., Jones, L., Baskerville, B., and Busing, N. 2001. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *CMAJ Canadian Medical Association Journal = JAMC Journal de l'Association médicale canadienne*, 165: 1210-1214.

Western Australia Center for Remote and Rural Medicine. 1997. Western Australia Rural Program.

Williams, A. M. 1996. The development of Ontario's Home Care Program: a critical geographical analysis. *Social Science and Medicine*, 42: 937-948.

Willison, D.J. and Muzzin, L.J. 1995. Workload, data gathering, and quality of community pharmacists advice. *Medical Care*, 33(1): 29-40.

Winnipeg Integrated Services Initiative (WISI). 2003. A Conceptual Framework: Manitoba Family Services and Housing. Winnipeg Regional Health Authority, Manitoba Health.

Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada and the College of Family Physicians of Canada. 1999. *Position paper on training for family physicians in general surgery*. Retrieved June 11th, 2004 from <http://www.srpc.ca/librarydocs/surgerytraining.html>.

World Health Organization. 1997. *European health care reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European Series. 72: 1-308.

World Health Organization. 2000. *Global Advisory Group on nursing and midwifery*. Report of the 6th Meeting. Geneva. November 2000.

World Health Organization. 2001. Human Resource for Health: A toolkit for planning, training and management. Department of Health Service Provision. Retrieved May 18th, 2004 from http://www.hrhtoolkit.forumone.com/mstr_tool/tools-01.html.

World Health Organization. 2002. *Technical consultation on imbalances in the health workforce*. WHO/EIP/OSD/02.3.

Yellowlees, P. M. & Kennedy, C. 1997. Telemedicine; here to stay. *Medical Journal of Australia*, 166: 262-265.

ANNEXE A

Liste des agences, associations, ministères et organismes contactés

Organisation	Site Web
Ministères provinciaux/territoriaux de la Santé	
Colombie-Britannique	www.healthservices.gov.bc.ca site en anglais seulement
Alberta	www.health.gov.ab.ca site en anglais seulement
Saskatchewan	www.health.gov.sk.ca site en anglais seulement
Manitoba	www.gov.mb.ca
Ontario	www.health.gov.on.ca
Québec	www.msss.gouv.qc.ca
Nouveau-Brunswick	www.gnb.ca
Nouvelle-Écosse	www.gov.ns.ca/health site en anglais seulement
Île-du-Prince-Édouard	www.gov.pe.ca site du Ministère de la santé en anglais seulement
Terre-Neuve-et-Labrador	www.gov.nf.ca/health site en anglais seulement
Yukon	www.hss.gov.yk.ca
Territoires du Nord-Ouest	www.hlthss.gov.nt.ca site en anglais seulement
Nunavut	www.gov.nu.ca/hssite site du Ministère de la santé en anglais seulement

Ministères/organismes fédéraux	
Partenariat fédéral pour les soins de santé	www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/chics/part_f.html#PFSS
Division de la santé et l'infirmerie Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca/fnihb
Anciens Combattants Canada	www.vac-acc.gc.ca
ICIS	www.cihi.ca
Associations	
Association des infirmières et infirmiers du Canada	www.cna-nurses.ca
Nurse Practitioners Association of Canada (Manitoba Chapter)	www.nursepractitioner.ca site en anglais seulement
Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée	www.caapn.com
Association canadienne des ergothérapeutes	www.caot.ca
Association des pharmaciens du Canada	www.pharmacists.ca
Fondation de physiothérapie du Canada	www.physiotherapyfoundation.ca
Association canadienne de physiothérapie	www.physiotherapy.ca
Association médicale canadienne	www.cma.ca
Société de la médecine rurale du Canada	www.srpc.ca

Association canadienne pour la santé mentale	www.cmha.ca
Health Employers Association of British Columbia	www.heabc.bc.ca site en anglais seulement
Faculté de médecine de l'Université Dalhousie	www.medicine.dal.ca site en anglais seulement
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	www.chsrf.ca
Association canadienne des soins de santé	www.cha.ca
International	
Organisation mondiale de la Santé	www.who.org
Institut de la Banque mondiale	www.worldbank.org
Ministère de la santé du Royaume-Uni NHS UK Gateway	www.dh.gov.uk www.nhs.uk sites en anglais seulement
Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande	www.moh.govt.nz site en anglais seulement
Australia National Health and Medical Research	www.health.gov.au site en anglais seulement
Australia Queensland Rural Medical Support Agency	www.qrmsa.com.au site en anglais seulement
Université James Cook d'Australie	www.jcu.edu.au site en anglais seulement
US Department of Health and Human Services	www.os.dhhs.gov site en anglais seulement
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille – France	www.gouv.sante.fr

ANNEXE B

Lettre de présentation et guide d'entrevue

Lettre aux répondants éventuels

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, la planification et la gestion des ressources humaines sont des éléments essentiels de tout système de santé. Le budget fédéral 2003 a prévu 90 millions de dollars sur cinq ans pour renforcer la planification et la coordination des ressources humaines en santé. Cet engagement a permis à Santé Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et des intervenants clés du secteur de la santé, d'appuyer l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement de la santé et d'élaborer une stratégie des ressources humaines en santé.

Pour assurer le déploiement optimal des ressources humaines et combler les pénuries en la matière, la Division des stratégies en matière de ressources en santé a passé un contrat avec North South Group, Inc. pour la tenue d'une étude sur les pratiques privilégiées en matière de déploiement des ressources humaines et les outils d'aide à la décision. À la suite de cette étude, nous produisons un rapport à Santé Canada qui donnera des renseignements et une analyse des pratiques innovatrices de déploiement, au Canada et à l'étranger, ainsi que des outils d'aide à la décision qui peuvent étayer ces initiatives de déploiement.

Nous nous adressons à vous dans le cadre de cette étude pour obtenir des renseignements sur des pratiques innovatrices de déploiement utilisées dans votre sphère de compétence. Plus précisément, nous recherchons des exemples concrets de pratiques expérimentales qui pourraient être utiles à d'autres services de santé pour en améliorer l'accès ou susciter leur intérêt à cet égard. Si vous connaissez des outils d'aide à la décision qui peuvent appuyer ces pratiques innovatrices, nous vous serions reconnaissants de nous en faire part. Voici des exemples d'outils d'aide à la décision : systèmes de mesure de la charge de travail pour planifier les besoins et le déploiement des professionnels de la santé. Vous trouverez ci-jointe une liste des professions de la santé qui entrent dans les paramètres de cette étude. Veuillez noter que les médecins de famille sont inclus, mais non les médecins spécialistes.

Nous vous serions également reconnaissants de prendre part à une courte entrevue téléphonique. Un des membres du projet (Roz Ernst ou Camille Gallant) vous appellera sous peu pour déterminer la date et l'heure qui vous conviennent le mieux. Pour vous aider à préparer cette entrevue, nous avons joint une liste des questions que nous allons vous poser. Si vous avez des questions au sujet de l'entrevue ou de l'étude je vous invite à m'en faire part en tout temps au (902) 423-2328 ou à la responsable de l'étude pour Santé Canada, M^{me} Suzanne Larente, à : Suzanne_larente@hc-sc.gc.ca, ou au numéro (613) 952-6425.

Si vous pouvez nous recommander d'autre documentation produite par votre ministère qui pourrait nous aider dans cette étude, nous l'apprécierions grandement.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette demande. Votre participation nous aidera à faire de cette étude une réussite pour Santé Canada.

Recevez l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Martine Durier-Copp, Ph. D.
Directrice du projet
North South Group, Inc.
(902) 423 2328 (tél.); (902) 429 6537 (télé.)

Définitions du « déploiement » et des « outils d'aide à la décision » et liste des professions de la santé couvertes par l'étude

Par **déploiement** on entend l'utilisation optimale des ressources humaines disponibles et des ressources technologiques pour atténuer les déséquilibres géographiques dans l'offre de fournisseurs. Cela comprend des initiatives créatives et innovatrices pour maximiser le cadre des fonctions des fournisseurs de soins de santé et utiliser une combinaison optimale de différents fournisseurs pour répondre aux besoins locaux, soutenir le système de santé et atteindre les meilleurs résultats pour les patients. Idéalement, ces initiatives de déploiement sont fondées sur les besoins de la population et la charge de travail des fournisseurs de soins de santé. Pour les fins de la présente étude, le déploiement signifie l'utilisation des ressources existantes soit par leur déplacement dans un autre endroit, soit par l'utilisation des ressources technologiques, des télécommunications ou d'autres techniques pour offrir des services de santé dans les régions mal desservies. Le déploiement ne comprend pas le recours à des encouragements financiers ou autres pour recruter des fournisseurs de soins de santé.

Outils d'aide à la décision : cela comprend des méthodes de mesure de la charge de travail ou d'autres outils qui contribuent de façon positive aux initiatives de déploiement par une utilisation optimale des ressources humaines disponibles. Par méthode de mesure de la charge de travail, on entend la détermination objective du nombre total d'heures de soins, qui comprend les services directs et indirects, requis pour les clients ainsi que le nombre et le genre de fournisseurs qui pourront les assurer. Les outils d'aide à la décision sont utilisés ou peuvent l'être pour aider les employeurs à déterminer la meilleure façon d'affecter les ressources humaines dont ils disposent.

Professions de la santé : infirmières (y compris les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées); les médecins de famille; les pharmaciens; les technologues en radiologie médicale (y compris les techniciens de laboratoires médicaux et les techniciens en radiologie); les spécialistes de la réadaptation (y compris les physiothérapeutes et les ergothérapeutes); ainsi que le personnel de soutien (y compris les préposés aux soins personnels et les auxiliaires familiales).

Guide d'entrevue

Êtes-vous au courant de pratiques innovatrices de déploiement des ressources humaines en santé dans votre sphère de compétences?

Quelles stratégies ont-elles été employées pour combler les pénuries de ressources humaines en santé :

- Dans les collectivités rurales, éloignées ou isolées?
- Dans les quartiers défavorisés des centres-villes?
- Dans les collectivités des Premières nations et des Inuits?

Est-ce que votre ministère a utilisé des pratiques de déploiement innovatrices dans la prestation :

- Des soins primaires?
- Des programmes de santé pour les autochtones?
- Des soins à domicile?
- Des services de santé mentale?

Est-ce que votre ministère a adopté des pratiques innovatrices de déploiement des ressources humaines en santé :

- Dans les hôpitaux?
- Dans les établissements de soins de longue durée?
- Dans les collectivités?
- Dans les services de santé publique?

Êtes-vous au courant de pratiques ou de stratégies innovatrices de déploiement dans les groupes de professionnels de la santé suivants :

- Infirmières (infirmières autorisées, infirmières praticiennes, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières psychiatriques autorisées)
- Médecins de famille
- Pharmaciens
- Technologues en diagnostic médical (techniciens de laboratoire médical, technologues en radiologie médicale)
- Spécialistes de la réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes)
- Personnel de soutien (préposés aux soins personnels, auxiliaires familiales)?

Est-ce que votre ministère s'est servi d'outils d'aide à la décision pour étayer les pratiques innovatrices de déploiement des ressources humaines en santé?

Y a-t-il d'autres commentaires généraux que vous pourriez faire sur le déploiement des ressources humaines en santé et qui pourraient être utiles pour cette étude?

ANNEXE C

Entrevues et documentation connexe

Anciens Combattants Canada (ACA)

Services de santé dans les régions rurales ou éloignées

Le ministère mène une étude pour déterminer les besoins sociaux et en santé des personnes âgées qui vivent dans les régions rurales et concevra ensuite des programmes pour y répondre.

Services de santé mentale

ACA travaille avec le MDN et les FC dans les cinq centres de soins pour trauma et stress opérationnels des FC. La formation au soutien par les pairs est assurée par des coordonnateurs (employés du MDN qui ont eux-mêmes subi un trauma et un stress opérationnels) dirigés par un psychologue clinicien.

Une initiative a été entreprise avec l’OMS pour élargir le programme de l’OMS intitulé « Intégration de la santé mentale dans les soins primaires » et y inclure une composante d’ACA pour traiter les traumatismes. Cette «boîte à outils» est remise aux médecins civils chargés des soins primaires pour les aider à mieux comprendre et traiter les traumatismes militaires.

Télésanté

ACA possède des réseaux d’excellence rattachés à l’Hôpital Sainte-Anne pour offrir à ses clients des services de suivi, des possibilités d’éducation pour les fournisseurs de services locaux et des services psychologiques aux clients souffrant du syndrome de stress post-traumatique ou d’autres traumatismes vécus dans le cadre d’opérations militaires.

ACA travaille aussi avec l’école de médecine de l’Université Memorial pour offrir des services de télésanté mentale dans les régions rurales et éloignées, qui relie les clients avec leur fournisseur de services de santé mentale par l’entremise des structures existantes de télésanté. Ce programme est une composante de TETRA (Telehealth Educational Technology Resource Agency).

Santé Canada

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Le programme de soins dentaires et orthodontiques de la DGSPNI a été mis en place en 1972 pour répondre à la pénurie de services offerts aux Premières nations et aux Inuits dans les régions éloignées. Ce programme est unique au Canada et a entraîné la création d'une école nationale de dentothérapie qui a formé des dentothérapeutes pour fournir des services aux Premières nations et aux Inuits. Le concept a été appliqué pour les soins préventifs et la dentisterie restauratrice à une population qui n'a pas facilement accès aux soins dentaires.

L'école nationale de dentothérapie a été fondée en 1972 à Fort Smith, dans les Territoires du Nord-Ouest, et financée par la DGSPNI (à l'origine la Direction générale des services médicaux) de Santé Canada. L'école est maintenant située à Prince Albert, en Saskatchewan, et a conclu une entente (d'une valeur de quelque neuf millions de dollars pour 2000-2005) avec Santé Canada pour former des dentothérapeutes.

De nombreux rapports et études économiques ont documenté le ratio coût-efficacité du programme de dentothérapie. La preuve démontre que les thérapeutes qui travaillent au niveau des collectivités peuvent offrir des services rentables et que les résultats cliniques sont positifs pour les patients.

Les dentothérapeutes ne sont pas encore pleinement reconnus comme des professionnels de la santé, sauf en Saskatchewan où il existe un programme provincial de dentothérapie pédiatrique. Les dentothérapeutes travaillent surtout dans les réserves, ou dans les collectivités des Premières nations qui ont été transférées, à titre d'employés de Santé Canada. Les dentothérapeutes peuvent exercer en pratique privée seulement dans la province de la Saskatchewan.

Des efforts sont déployés pour obtenir l'agrément du programme de l'école, mais on se bute à de la résistance de la part des associations dentaires.

Santé Canada

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Bureau des services infirmiers

Santé Canada fournit des services infirmiers dans le Nord canadien depuis plus de 50 ans et a **déployé des infirmières exerçant un rôle élargi dans les endroits où il n'y pas de médecins.** [Par « rôle élargi » on entend un cadre des fonctions qui dépasse celui que les infirmières sont normalement autorisées à exercer dans les provinces.]

Dans les années 1980, des programmes spéciaux ont été mis en œuvre pour former des infirmières qui iraient dans le Nord, notamment le Dalhousie Outpost Nursing Programme, qui était petit, sélect et spécialisé. Ce programme financé par Santé Canada était très dispendieux et n'a pu former qu'un petit nombre d'infirmières (y compris pour la pratique dans le Nord comme

à l'Île de Baffin et dans le district de Sioux Lookout). Le programme a pris fin en 1997, lorsque Santé Canada a cessé de le financer. L'Université McMaster avait aussi entrepris un programme intensif de soins infirmiers étalé sur onze semaines, mais ce programme a aussi été aboli.

Peu à peu, en vertu du transfert de gouvernance, les Territoires, ont commencé à offrir leurs propres programmes. De même, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Ontario et le Manitoba ont établi des programmes de soins infirmiers élargis comportant une formation intensive de seize semaines, une préparation intensive portant sur l'évaluation, la prescription de médicaments, le diagnostic, les tests en laboratoire et les soins d'urgence en obstétrique et en traumatologie. De nombreux diplômés de ces programmes ont présenté une demande d'emploi à la DGSPNI et doivent subir une épreuve de compétences avant d'être affectés dans le Nord.

Au milieu des années 1990, plusieurs provinces ont aussi reconnu et accrédité les infirmières praticiennes et, par conséquent, plusieurs universités canadiennes offrent ce programme. Les infirmières praticiennes exercent leur profession dans plusieurs provinces, notamment l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador. La DGSPNI a embauché des infirmières praticiennes même si leurs compétences en traumatologie et en obstétrique/gynécologie d'urgence doivent être renforcées. La DGSPNI ne les appelle pas des infirmières praticiennes, mais « **infirmières exerçant un rôle élargi** ».

D'autres exemples de mesures innovatrices de déploiement : les infirmières qui **effectuent des rayons X**. La plupart des postes infirmiers sont munis d'un équipement de rayons X et la majorité des infirmières sont capables de lire un simple cliché. Dans les situations plus complexes, elles doivent téléphoner à des médecins dans des établissements de soins tertiaires. Il y a aussi des employés des Premières nations dans les postes de soins infirmiers qui ont reçu une formation sur les rayons X.

Les infirmières peuvent également effectuer des prises de sang et se servir d'un microscope pour l'analyse de microplaquettes et effectuer ainsi des tests de laboratoire comme l'examen des frottis sur lame (test Pap) ou la numérisation des globules blancs. **Les infirmières ont aussi une formation pour administrer des médicaments et doivent le faire selon des lignes directrices cliniques et un compendium pharmaceutique.** Les trois catégories de médicaments qui peuvent être administrés sont : 1) les médicaments que les infirmières peuvent prescrire et administrer sans l'autorisation d'un médecin; 2) les médicaments pour lesquels les infirmières doivent consulter un médecin; 3) les médicaments qui sont dans le poste de soins infirmiers et qui peuvent être administrés uniquement par un médecin visiteur.

Santé Canada
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)
Bureau des services infirmiers

La dotation en personnel infirmier dans les collectivités des Premières nations et des Inuits (PNI) a été examinée, y compris le rôle des infirmières dans les collectivités éloignées et isolées qui relèvent de la DGSPNI. Bien des infirmières ne veulent pas exercer leur profession dans les collectivités éloignées. La distance, l'isolement, les communications déficientes et le manque de connectivité avec le milieu de la santé en général sont autant de raisons invoquées et c'est pourquoi on retrouve un fort taux de roulement du personnel dans ces postes.

Pour appuyer la pratique infirmière dans ces collectivités, la DGSPNI a mis au point un programme qui détermine les compétences requises des infirmières exerçant dans les collectivités des PNI (comprenant un processus d'évaluation des compétences assorti d'une auto-évaluation). À partir des résultats de cette évaluation, des plans d'apprentissage sont élaborés, lesquels peuvent inclure une formation théorique à l'exercice d'une pratique avancée. Le cadre des fonctions peut être limité compte tenu des compétences de l'infirmière. Ces postes sont identifiés comme étant des postes d'infirmières communautaires et les titulaires peuvent provenir de divers milieux, dont les IA, les B. Sc. inf. ou les infirmières praticiennes. Dans les quelques 250 postes des collectivités des PNI, environ 50 % des infirmières ont reçu une formation supérieure.

Le gouvernement fédéral est responsable de la prestation des services de santé aux populations autochtones vivant dans les réserves. Les infirmières en santé communautaire qui exercent dans les collectivités des PNI ont un cadre des fonctions élargi et possèdent des compétences pour s'occuper des situations d'urgence comme des accouchements et des cas de traumatologie. Ces compétences s'ajoutent au cadre des fonctions des infirmières praticiennes qui relèvent des provinces.

L'harmonisation des programmes d'études, de l'accréditation et de la reconnaissance des infirmières praticiennes dans tout le pays pose un problème, car l'offre est insuffisante pour répondre à la demande.

Le **cadre des fonctions élargi des infirmières en santé communautaire** est un très bon exemple d'un déploiement innovateur des ressources humaines en santé dans les collectivités éloignées ou isolées même si on s'en sert depuis plusieurs décennies à la DGSPNI (auparavant la Direction générale des services médicaux de Santé Canada) dans les régions où il y a pénurie de médecins.

Santé Canada
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Bureau de la médecine communautaire

Le Bureau de la médecine communautaire, qui déploie des spécialistes en santé communautaire dans les régions desservies par Santé Canada, connaît des **pénuries** dans les 19 postes du pays. À l'heure actuelle, la moitié de ces postes sont vacants. Les spécialistes en médecine communautaire sont généralement responsable de la **santé publique** dans les régions, y compris du contrôle et de la surveillance des maladies contagieuses. Il y a aussi un problème pour garder ces spécialistes (les départs sont attribuables aux salaires non concurrentiels et, dans certains cas, « aux avatars de la bureaucratie »).

La plupart des **provinces éprouvent aussi des pénuries de spécialistes de la santé publique** et doivent se résoudre à embaucher des personnes qui n'ont ni la formation ni l'expérience requises (p.ex. des médecins de famille). Ces besoins doivent être comblés par un effort national, notamment **en attirant des étudiants autochtones et inuits dans les écoles de médecine en général et dans les programmes de santé publique en particulier**. Les doyens des écoles de médecine de tout le pays ont ciblé l'inscription des étudiants autochtones parmi les éléments cruciaux de leurs stratégies.

Les stratégies innovatrices de déploiement utilisées par le Bureau de la médecine communautaire **comprend le recours à des médecins qui ont une préparation plus limitée et à leur offrir de la formation ou à les « concentrer » sur la fonction afin de les aider à perfectionner leurs compétences**. (Une maîtrise en santé publique est considérée comme étant le minimum requis pour ce poste.) On a aussi entrepris des initiatives de recrutement à l'étranger (Afrique du Sud, Australie) et on essaie aussi d'attirer des résidents dans les programmes de médecine et de leur offrir des débouchés intéressants.

Santé Canada
Division de la santé et l'inforoute

L'ancien Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) a injecté plus de 80 millions de dollars dans le financement de 29 projets partout au pays sur une période de deux ans (2001-2003). La plupart de ces projets sont terminés et ceux qui se poursuivent sont financés par les provinces. Des évaluations ont été effectuées et des bases de données créées et partagées avec le projet CANARIE d'Industrie Canada.

La majeure partie du budget du PPICS (assumé à 50/50 avec les provinces) a été affectée à la **télésanté** dont environ un tiers à l'informatisation des dossiers médicaux. La valeur des projets s'échelonnait entre 500 000 et 12 millions de dollars. Les objectifs des projets de télésanté étaient de faire le meilleur usage possible des ressources humaines restreintes comme les radiologistes, les psychiatres et les urgentologues dans les régions rurales et éloignées.

D'autres exemples : la prestation de services à domicile aux populations défavorisées des centres-villes par du personnel infirmier (CLSC du futur au Québec); des services de télépsychiatrie offerts partout en Ontario (les psychiatres ont pu offrir des services à un plus grand nombre de patients, mais le temps consacré à chacun était moindre que dans le cas de la pratique traditionnelle et ces services ont été assurés en équipes, à l'aide d'infirmières et de travailleurs sociaux); les projets de télésanté du Manitoba et de la Colombie-Britannique (qui ont assuré la transition des soins actifs en établissements aux soins à domicile); les projets de téléradiologie dans l'Est de l'Ontario (Connect Care) qui englobaient 19 hôpitaux.

La télésanté est très importante pour le perfectionnement professionnel et il a été démontré qu'elle était critique pour recruter et garder des médecins et des infirmières dans les collectivités éloignées. Dans le cas des radiologistes en particulier, la télésanté a permis de réduire leur isolement et d'améliorer leur satisfaction au travail. La télésanté a suscité la formation de nouveaux partenariats, par exemple pédiatres/oncologues, pédiatres/cardiologues pour fournir des soins spécialisés et coordonnés.

En ce qui a trait au personnel auxiliaire, **les techniciens en radiologie**, en particulier, ont grandement bénéficié de la télésanté et se sont beaucoup servi de cette technologie qui leur a donné la possibilité de travailler de façon autonome comme radiologistes et leur permet d'envoyer leurs images dans des grands hôpitaux pour qu'elles soient interprétées. Les techniciens en radiologie peuvent aussi faire des mammographies et des échographies.

En ce qui a trait aux outils d'aide à la décision, les décisions sont prises aux niveaux supérieurs. Très peu d'études de coût-rentabilité ont été menées avant la mise en place de la télésanté. Certaines études ont démontré que pour réussir, un projet de télésanté a besoin d'un médecin, d'un administrateur et d'un champion de la technologie pour profiter des applications de la télésanté. La télésanté permet aussi de faire un meilleur usage des ressources humaines et peut influencer sur le recrutement et le maintien des effectifs, réduire l'isolement, donner accès au perfectionnement professionnel et favoriser l'esprit d'équipe. Elle permet aussi d'économiser sur les salaires et les frais de service, de même que sur les frais de déplacement associés aux professionnels qui se rendent dans les collectivités éloignées (certains pouvaient même acheter leur propre avion à même les fonds publics).

Secrétariat du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS)

Le PFSS (auparavant appelé Initiative de coordination des soins de santé) existe depuis 1994 et réunit plusieurs ministères fédéraux dont le mandat touche la santé:

Solliciteur général
GRC
Anciens combattants Canada
Ministère de la Défense nationale
Citoyenneté et Immigration Canada
Santé Canada

Trois organismes centraux siègent également au comité : le BCP, le SCT et TPSGC (l'ACDI à titre d'observateur). On envisage l'inclusion d'autres ministères, notamment Transports Canada et le MAECI.

Le Secrétariat est hébergé par ACA mais est situé à Ottawa. Le mandat du PFSS consiste à échanger de l'information et à chercher des moyens de travailler de concert à trouver des solutions aux problèmes que posent l'équité, l'accès, les normes, l'amélioration de l'efficacité dans la prestation des services, etc. À titre d'exemple, le Secrétariat a examiné de quelle manière la DGSPNI et ACA utilisaient la télésanté. Le PFSS ne fait que commencer à se pencher sur les stratégies de planification et de déploiement des ressources humaines et se dirigera dans cette direction dans les mois à venir. On constate un besoin aigu pour les ministères fédéraux d'échanger de l'information et de partager des idées.

Le Secrétariat a offert sa contribution sous la forme d'un partage d'idées ou de l'essai d'approches de déploiement à la suite de notre étude.

Ministère de la santé et des services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
Bureau des soins primaires

Infirmières régionales – Le titre d’infirmière régionale n’est pas une catégorie professionnelle en soi, mais plutôt une description d’emploi. Les infirmières régionales sont affectées dans les régions rurales, éloignées ou isolées où il n’y a pas de médecins, mais elles sont reliées à un médecin par téléphone, par vidéoconférence, etc. Le poste est en fait celui d’une infirmière autorisée (IA) dont le cadre des fonctions est élargi au maximum – une infirmière praticienne mais non autorisée à délivrer des ordonnances. Il s’agit habituellement de personnes de la région qui désirent rester dans la région et qui sont très impliquées dans la collectivité. On essaie de les épauler le plus possible en leur offrant des cours de formation ou de recyclage.

Infirmières praticiennes – Les infirmières praticiennes exercent habituellement dans les collectivités qui ne peuvent trouver un médecin. Par contre, si un médecin devient disponible, l’infirmière praticienne perd son poste. Il faudrait rédiger une meilleure description du créneau qu’occupent les infirmières praticiennes dans les collectivités rurales. Elles devraient faire partie d’une équipe élargie.

Infirmières auxiliaires autorisées et préposés aux soins personnels – Les établissements de soins de longue durée ont de plus en plus recours au IAA et aux préposés aux soins personnels pour remplir leur mandat. Les IAA administrent des médicaments. Il y a moins d’infirmières autorisées mais elles accomplissent le plein cadre de leurs fonctions.

Télésanté – La télésanté prend surtout la forme de vidéoconférence, mais est aussi utilisée en téléoncologie (en partenariat avec les provinces atlantiques) au Labrador et dans les centres de soins primaires. La possibilité d’utiliser le système Clinicdate à Moncton a été examinée, mais il faudrait payer des ETP ce qui voudrait dire réduire les postes de médecins qui pratiquent actuellement à Terre-Neuve-et-Labrador.

PNI – Des problèmes se posent au niveau du financement, car il provient de diverses sources (la province, la DGSPNI, etc.). Il semble que le nombre d’ETP de toutes les sources soit plus élevé par habitant que dans les milieux urbains.

Centres de soins de santé primaires – Il y a sept projets pilotes en cours (six en régions rurales et un en région urbaine). L’approche est très exhaustive, en ce sens que les rôles de toutes les professions sont mis en valeur. Chaque site peut avoir plusieurs sous-sites avec une équipe de fournisseurs directs et un réseau d’autres fournisseurs (qui peuvent provenir du secteur privé, par exemple des pharmaciens, des physiothérapeutes et des orthophonistes) qui se déplacent d’un sous-site à l’autre. On met l’accent sur la prévention et le renforcement des capacités au sein de la collectivité.

Régions rurales ou isolées – On tente de repérer des membres de la collectivité ayant déjà reçu une formation en santé, par exemple **une infirmière auxiliaire ou un ambulancier**. On élargit au maximum le cadre de leurs fonctions et on leur offre l’occasion de perfectionner leurs

compétences. C'est un peu comme on fait avec les travailleurs communautaires de la santé dans les collectivités des PNI.

Centre for Collaborative Education de l'Université Memorial – Quatre professions de la santé (médecine, soins infirmiers, travail social et pharmacie) ont des cours en commun où on enseigne le cadre des fonctions de chaque profession et comment travailler ou collaborer pour maximiser les compétences de chaque groupe au sein d'une équipe. Avec ce genre de formation, les diplômés sont mieux préparés à travailler en équipes pluridisciplinaires.

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

Soins continus

Les intervenants du programme de soins à domicile devront obtenir une désignation obligatoire – **aide en soins continus (ASC)** – à compter de novembre 2004. Le personnel (auxiliaires familiales ou préposés aux soins personnels) reçoit de la formation ou des cours de recyclage pour obtenir cette désignation par une combinaison de la reconnaissance des acquis et de l'éducation permanente. Le ministère de la Santé appuie les fournisseurs de formation (les établissements de soins continus et le Nova Scotia Community College). La formation des ASC dans les collectivités rurales est assurée par l'entremise des collèges privés et des maisons de soins infirmiers dans les régions.

Collectivités des Premières nations – Un projet pilote est en cours au Cap Breton où un coordonnateur des soins assure la liaison entre les fournisseurs et la collectivité. Si ce projet s'avère une réussite, il est probable que d'autres collectivités des Premières nations demanderont aussi qu'un coordonnateur soit désigné.

Un outil d'aide à la décision est mis à l'essai dans plusieurs maisons de soins infirmiers qui utilisent l'**Ensemble minimal de données (EMD) 2.0** pour mieux identifier les besoins, surveiller les changements et assurer ainsi une répartition optimale des ressources.

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

Services de médecins

Les réponses au questionnaire mettaient l'accent sur les encouragements financiers comme un plan d'aide au remboursement de la dette, des contrats pour les médecins généralistes (MG) dans les régions rurales et en clinique (dans les zones urbaines défavorisées) ou des modalités de paiement alternatives.

Des modèles de renouvellement des soins primaires comprennent un MG et une IP qui travaillent ensemble dans des cliniques de soins primaires.

Le Ministère de la santé utilise un modèle d'analyse d'impact pour la planification des ressources en médecins.

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

Services infirmiers

Les initiatives de déploiement posent un défi dans un milieu syndiqué qui n'est pas toujours en faveur des idées innovatrices.

Voici des exemples d'initiatives de déploiement :

Programme d'études coopératives en 3^{ème} année du baccalauréat en sciences infirmières assorti de placements dans toute la province. Les étudiants travaillent et sont rémunérés pendant 10 semaines au cours de l'été. Après l'obtention de leur diplôme, ils ont tendance à retourner par la suite à l'endroit où ils ont travaillé.

Télé santé : permet de regrouper les expertises et d'offrir des soins cliniques aux patients. Les médecins et les infirmières peuvent aussi se perfectionner au moyen de l'éducation permanente dans une grande variété de spécialités réparties sur un vaste territoire.

Hôpitaux et établissements de soins de longue durée : ces établissements se concentrent sur la transformation des postes occasionnels et à temps partiel en postes permanents et à plein temps. Parallèlement, le processus de négociation collective prévoit le partage des emplois, des ressources permanentes et des ressources de fin de semaine (pour améliorer la qualité de vie des infirmières).

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse **Soins primaires**

Infirmières praticiennes (IP) – Dans le cadre de l'initiative de renforcement des soins primaires, chaque projet pilote doit comprendre une IP et un MG. Les quatre projets pilotes du début ont été élargis à douze collectivités.

Régions rurales

Trois des quatre projets pilotes de l'initiative de renforcement des soins primaires se déroulent en milieu rural.

On a donné l'exemple des IP et EMT qui travaillent dans les régions rurales et éloignées (îles) et sont reliés par téléphone à un médecin de famille.

Projet de réseau en milieu rural – comprend trois IP et trois MG qui travaillent en équipe.

Outils d'aide à la décision

Indirectement, l'évaluation de l'initiative de renforcement des soins primaires se penchera sur les effets de la charge de travail des équipes de IP et de MG.

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse Gestion de l'information

Télésanté

Le **réseau de télésanté de la Nouvelle-Écosse** manque de ressources. Le mode optionnel de financement garantira les salaires et les fonds pour l'enseignement et la recherche.

PACS – Pictoral Archiving Communications System – il s'agit d'un système de transmission d'images numériques pour les spécialistes et les médecins qui travaillent en milieu rural (en temps réel).

Aide familiale – Ce projet est encore au stade de la recherche, mais il offrira des services par téléphone aux familles et aux MG.

Santé mentale

Soins partagés – Ce programme a été lancé dans le district de la capitale et a ensuite été élargi à d'autres régions de la province. Il comprend une équipe multidisciplinaire d'un médecin de famille et d'un clinicien en santé mentale.

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

Outils d'aide à la décision

On a parlé d'un « ensemble minimal de données » dans le questionnaire. En fait, il s'agit de l'**Instrument d'évaluation du pensionnaire 2.0 (IÉA 2.0)**, un système multidimensionnel d'évaluation fonctionnelle qui est utilisé dans les maisons de soins infirmiers pour établir un plan de soins. À l'heure actuelle, neuf maisons s'en servent mais sa mise en place a été recommandée pour les 74 maisons de soins infirmiers que compte la province. Nota : ce système a été développé aux États-Unis il y a une quinzaine d'années et est utilisé à l'échelle internationale. La Nouvelle-Écosse l'a adopté il y a trois ans environ. Il ne s'agit pas d'un outil de mesure de la charge de travail – on ne peut pas s'en servir pour déterminer combien d'heures d'IA ou d'IAA sont nécessaires pour assurer les soins d'une personne.

Le **Resource Utilization Grouping System (RUGS)** a été développé pour être utilisé en combinaison avec l'IÉA 2.0 afin de déterminer à quel niveau sera placé le patient parmi les 44 niveaux. On s'en sert aux États-Unis pour déterminer la combinaison de services dans une maison de soins infirmiers et le niveau de service qui doit être offert.

Le **RIA HC** est un outil similaire, mais il a été créé pour l'évaluation des soins à domicile. Il est utilisé dans toute la province de la Nouvelle-Écosse. (www.interrai.org).

Ministère de la santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

À l'heure actuelle, l'Î.-P.-É n'a aucune classification pour les infirmières praticiennes. Un projet de démonstration est en cours à la clinique communautaire O'Leary où travaillent deux infirmières praticiennes, des professionnels paramédicaux et un MG.

Le Ministère de la santé est en train de mettre au point un outil d'évaluation pour déterminer les compétences préalables des IAA. Celles-ci reçoivent de la formation clinique pour administrer des médicaments.

L'Î.-P.-É compte maintenant un plus grand nombre de médecins salariés comparativement aux années précédentes.

Pour soutenir la concurrence du secteur privé, un supplément salarial est offert aux pharmaciens qui travaillent en institution.

La réforme des soins primaires se poursuit avec l'établissement de **cliniques communautaires** regroupant des MG, des spécialistes de la réadaptation, des infirmières et des travailleurs sociaux.

Le ministère tient des bases de données sur l'offre et la demande de ressources humaines en santé afin de prévoir les besoins.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Dossiers d'analyse du personnel

Le recours aux **infirmières praticiennes** dans le nord du Québec est chose courante. Le ministère discute actuellement avec l'Ordre des infirmières praticiennes pour **établir un cadre des fonctions élargi**.

Des bourses d'études sont attribuées aux candidates et candidats en sciences infirmières. Ces bourses peuvent atteindre jusqu'à 30 000 \$ sur deux ans. La pénurie d'infirmières est grave et des programmes sont mis en place pour stimuler les inscriptions en sciences infirmières. Les CEGEP (collèges d'enseignement général et professionnel) offrent un programme de trois ans en sciences infirmières et les universités offrent une formation au niveau du baccalauréat. De nouveaux programmes sont établis pour intégrer la formation universitaire et la formation technique. Les programmes ont été normalisés entre les deux types d'institution.

Les quartiers défavorisés du centre-ville de Montréal sont particulièrement touchés par la pénurie d'infirmières.

Le recours aux **médecins de famille dans les CLSC et les cliniques locales** et les modes de rémunération de ces médecins sont considérés comme une méthode innovatrice de déploiement de ressources humaines au Québec.

Les soins à domicile seront dorénavant intégrés aux conseils régionaux de la santé et le système sera réorganisé à partir de ces conseils. Chaque région présente des propositions pour la réforme et le renouvellement des soins à domicile, y compris l'intégration avec des conseils régionaux de la santé pour les services de santé mentale. Tous les services seront placés sous la direction des conseils régionaux de la santé et comprendront les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, le personnel de santé communautaire et les organismes de santé publique.

Des groupes de travail ont été créés dans chaque région pour trouver des solutions aux pénuries dans les diverses catégories de ressources humaines en santé. Les résultats de ces travaux devraient contribuer à atténuer les pénuries suite à l'adoption de politiques et de plans d'action.

Des rapports annuels et des documents de travail sont établis régulièrement pour modéliser et prévoir les mouvements (arrivées et départs) des ressources humaines en santé à chaque niveau.

Bureau des services de santé en milieu rural et dans le Nord Manitoba

Le Bureau a été créé en 2002 pour combler la pénurie de médecins dans les régions rurales du Manitoba, mais son champ d'action a été élargi à d'autres collectivités et professions de la santé.

On se sert des encouragements financiers habituels pour recruter le personnel. Les régies régionales de la santé (RRS) ont conclu une entente de reprise de service (une régie paiera x dollars pour la formation en retour de x nombres d'années de service) de sorte qu'elles ne se fassent pas concurrence entre elles.

Formation – On met l'accent sur l'information des étudiants très tôt dans leurs premiers cycles d'études universitaires (et même à l'école secondaire), en ce qui a trait aux professions de la santé et aux choix de carrière en milieu rural. Parmi les initiatives, il convient de signaler :

- ▶ Un processus formel par lequel le Bureau travaille avec la faculté de médecine pour donner de l'information aux étudiants (salon des carrières). On ne vise pas le recrutement chez les finissants, mais plutôt chez ceux qui obtiendront leur diplôme dans quatre ou cinq ans. On veut aussi offrir des emplois d'été et des emplois administratifs pour donner aux étudiants l'occasion de prendre une décision éclairée. Nota : près de 60 % des médecins qui exercent en milieu rural proviennent de l'Afrique du Sud ou du Moyen-Orient et le taux de maintien des effectifs est faible. On tente de sortir de cette impasse en **recrutant des étudiants et des médecins formés au Manitoba**.
- ▶ L'occasion de **travailler en milieu rural** très tôt. Il est devenu obligatoire d'inclure une semaine de travail en milieu rural dès la première année du programme d'études. On veut aussi faire la même chose en deuxième année. Le Bureau offre de la formation aux médecins en milieu rural pour qu'ils accueillent ces étudiants et leur fournissent des compétences et des outils. Il s'agit en somme de « former les formateurs ».
- ▶ Le Bureau parraine aussi des salons des carrières dans les écoles secondaires. On a constaté, encore une fois, **que les étudiants qui proviennent d'un milieu rural** sont plus enclins à y retourner.

On a signalé que les **conditions d'admission pour les étudiants ruraux** devraient être envisagées différemment ou qu'on devrait leur offrir un soutien financier. On a donné l'exemple des nombreux étudiants qui ne sont pas acceptés dès la première année où ils postulent à l'école de médecine. Dans cette situation, un étudiant local ou urbain peut rester à la maison une autre année et prendre quelques cours qui permettront de combler les lacunes de sa formation, ce qui est beaucoup moins coûteux que pour un étudiant rural dans la même situation.

Conseil des RH des RRS du Manitoba

Le Manitoba a **remanié le cadre des fonctions des infirmières praticiennes, des inhalothérapeutes et des travailleurs paramédicaux et a ouvert des centres de soins primaires multidisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, nutritionnistes, etc.).**

Les plans de développement du Bureau prévoient une **formation supérieure pour les infirmières.**

Six RRS ont pris des mesures vigoureuses de dotation en RHS : des programmes de formation pour les candidats autochtones ont connu du succès; 20 % des nouveaux membres du personnel sont d'origine autochtone et cela a pu être accompli grâce à un partenariat permanent avec les associations autochtones.

L'intégration du programme de soins à domicile aux RRS a contribué à améliorer grandement la prestation des services, qui sont tous maintenant regroupés sous un même toit. Les RRS contrôlent toutes les activités, à partir des soins tertiaires jusqu'aux soins à domicile, en passant par les services communautaires.

Les services de santé mentale font partie des programmes de santé communautaire et sont offerts dans toutes les régions. On a de la difficulté à recruter des psychologues en dehors de Winnipeg.

Des stratégies ont été mises en place pour former plus d'infirmières diplômées (des collègues techniques) et Santé Manitoba a « revu à la baisse » ses conditions d'admission au baccalauréat, en particulier pour les infirmières des établissements de soins de longue durée.

Ministère de la santé de l'Alberta

Programmes à l'intention des Autochtones

Les Autochtones reçoivent un soutien financier du Aboriginal Health Careers Bursary Program et bénéficient aussi de divers programmes scolaires du Northern Alberta Development Council (NADC), en particulier des programmes de bourses pour les étudiants en médecine et en pharmacie, le programme Northern Links fait la promotion de l'importance de l'éducation auprès des élèves du nord de l'Alberta, et le Northern Student Supplement.

1. Bourses pour les Autochtones qui veulent faire carrière dans le domaine de la santé – Des bourses sont attribuées chaque année à des Autochtones albertains qui veulent poursuivre leurs études postsecondaires ou à l'éducation aux adultes dans des domaines de la santé. Les boursiers doivent s'inscrire ou prévoir s'inscrire au niveau postsecondaire. Depuis son entrée en vigueur en 1996, le programme a attribué 344 bourses d'une valeur totale 1,4 million de dollars.
2. Bourse du NADC pour les étudiants en médecine – On offre un soutien financier aux étudiants en médecine qui s'engagent à vivre et à travailler dans le nord de l'Alberta après leur service en résidence. Chaque boursier doit signer un engagement à cet effet pour une période de temps équivalente au nombre d'années pendant lesquelles il a reçu une bourse.
3. Bourse du NADC pour les étudiants en pharmacie – Après l'obtention de leur diplôme, les étudiants qui reçoivent cette bourse doivent vivre et travailler dans le nord de l'Alberta pendant une période correspondant au montant de leur bourse.
4. Programme Northern LINKS du NADC – Ce programme finance des projets qui encouragent les élèves du nord de l'Alberta à compléter leurs études secondaires et à réussir la transition vers une formation postsecondaire. Parmi les projets admissibles, on retrouve les tournées des campus, les salons des carrières, les séances d'orientation et les programmes de mentorat. Les groupes cibles sont les étudiants de 9^{ème} à 12^{ème} années et de la première année d'études postsecondaires dans la région géographique du NADC.
5. Supplément aux étudiants du nord – les étudiants de première et de deuxième années du nord de l'Alberta dont les moyens financiers sont faibles peuvent être admissibles à une bourse qui permet de réduire leur prêt étudiant.

L'Université de l'Alberta réserve cinq places en 1^{er} cycle de médecine et neuf places en sciences infirmières pour les étudiants autochtones.

Soins primaires

1. Dans le centre de l'Alberta, **une équipe composée de médecins de famille et d'une infirmière praticienne** travaille avec d'autres professionnels de la santé. Health First Strathcona donne aux résidents du comté l'accès à des soins primaires non urgents après les heures ouvrables et coordonne l'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de la région de la capitale.

2. Le service **Health link** offre des conseils sur les soins de première ligne et d'aiguillage à toute personne possédant un téléphone. Ce service a réduit le temps d'attente dans les salles d'urgence.
3. Le système de **Télesanté** compte maintenant 236 sites dans toute la province, y compris 25 sites de téléradiologie. La télésanté offre plus de services cliniques, notamment des services de télésanté mentale et de monitoring cardiaque pour appuyer les parents qui assurent les soins à domicile aux enfants qui ont reçu leur congé de l'hôpital pour enfants de l'Alberta.
4. **Modèle de soins primaires de l'Alberta** – Ce modèle est appliqué au niveau de la collectivité et est fondé sur un leadership partagé. Les médecins locaux et leur région conçoivent une initiative de soins primaires dans les localités pour assurer toute une gamme de services à une population définie, y compris un service de 24 heures. Les partenaires exposent leur proposition dans une lettre d'intention officielle qui est présentée à un comité de gestion trilatéral. Le plan explique comment se déroulera l'initiative avec les autres disciplines du domaine de la santé pour assurer la gestion des services de bien-être, les soins actifs, les suivis post-opératoires et les soins aux malades chroniques. Il expose en détail comment l'initiative sera rattachée aux services de spécialistes et aux soins hospitaliers de façon à ce que les listes d'attente soient plus rationnelles et que les patients soient mieux servis. Lorsque le plan est approuvé, le comité de gestion trilatéral autorise un financement additionnel jusqu'à concurrence de 50 dollars par patient par année. Cet argent ne va pas aux médecins ni à la région, mais est affecté aux services paramédicaux et à d'autres services de soutien essentiels pour le modèle en particulier.

L'Alberta reconnaît que si l'on demande aux professionnels de travailler différemment, ces derniers doivent être indemnisés. L'initiative de soins primaires a sa propre caisse de financement distincte de la rémunération des médecins. Le gouvernement d'Alberta y a affecté 100 millions de dollars sur trois ans et c'est ce budget qui finance les soins primaires jusqu'à concurrence de 50 dollars par patient par année. Le montant attribué est déterminé en fonction de l'inscription officielle ou non des patients. Les Albertains n'aiment pas beaucoup cela et trouvent que cela limite leur choix. Même s'ils sont officiellement inscrits, les patients peuvent toujours chercher ailleurs des soins. On espère toutefois que la qualité des soins et les bons résultats de l'initiative fidéliseront les patients.

**Direction générale des soins infirmiers
Ministère de la santé de la C.-B.**

En 2001, la C.-B. a affecté 59 millions de dollars à des initiatives de recrutement et de maintien des effectifs et d'éducation (mentors, précepteurs). De cette somme, 29 millions de dollars ont été attribués à de nouvelles places pour des étudiants en sciences infirmières et le reste à la mise en œuvre de programmes.

Mentorat – Ce programme finance des mentors ou des précepteurs des nouveaux diplômés pendant trois mois dans les collectivités autochtones. (Il existe aussi des programmes de mentorat pour les infirmières qui veulent se diriger vers un autre domaine (p.ex., les soins intensifs). On a constaté que si un étudiant ou un nouveau diplômé avait une bonne expérience en milieu rural, il sera plus porté à retourner dans ce genre de milieu. Un système de soutien actif durant cette période est essentiel.

Voici des exemples :

Milieu rural/éloigné/autochtone

Programme de **placement interprofessionnel en milieu rural** (relève de UBC). Ce programme finance des équipes qui veulent aller travailler en cliniques dans des collectivités éloignées pendant l'été. On espère ainsi inciter ces étudiants à exercer leur pratique dans un milieu rural ou éloigné après l'obtention de leur diplôme. L'équipe comprend un étudiant en médecine, un étudiant en physiothérapie et un étudiant en sciences infirmières.

Effacement d'une partie de la dette. Le gouvernement effacera jusqu'à 30 % par année la dette d'un prêt étudiant pour les étudiants qui vivent et travaillent en milieu rural.

Financement pour les infirmières qui travaillent auprès des Autochtones (dans les collectivités autochtones et les quartiers défavorisés des centres-villes) et qui veulent suivre des **cours de perfectionnement professionnel**. Il s'agit d'une mesure d'encouragement pour garder les infirmières dans les postes difficiles à combler.

Éducation/Recyclage

Programme de sciences infirmières de premier cycle à l'Université de Victoria. Les infirmières sont embauchées et payées comme surnuméraires après leur deuxième année. La politique est à l'essai parce qu'il y a eu des plaintes que les nouvelles diplômées n'étaient pas prêtes à pratiquer et qu'en leur offrant ainsi de travailler sur place, elles étaient ensuite en meilleure posture pour obtenir un emploi après l'obtention de leur diplôme et étaient moins dépaysées dans le milieu de travail. Un plus fort pourcentage de ces infirmières restent dans leur poste ou leur milieu de travail.

Fonds pour le retour à la pratique infirmière (programme semblable à celui du R.-U.). Des fonds sont offerts aux IA, IPA et IAA qui ont reçu leur formation à l'étranger et ont besoin de cours de recyclage, d'acquisition de nouvelles compétences ou de cours d'anglais pour être admissibles à la pratique au Canada.

Retour au travail. Des fonds de transition sont offerts aux employeurs du domaine de la santé pour aider les infirmières à retourner mettre leur expertise et leurs compétences dans la pratique active après avoir obtenu une indemnité d'accident du travail ou d'invalidité à long terme.

Formation en pharmacologie pour les IAA. Des fonds sont attribués aux IAA qui ont besoin de recyclage en pharmacologie pour élargir au maximum le cadre de leurs fonctions.

Projet visant à appliquer les recommandations du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI)

Horaires et milieux de travail flexibles

Ce projet vise à clarifier le **cadre des fonctions** et à aider les employeurs et les infirmières à mieux définir leur rôle et la portée de leur pratique. Il met aussi l'accent sur la **collaboration** entre les groupes de sciences infirmières. Toutes les autorités de la santé ont des projets pour améliorer et élargir le cadre des fonctions des IAA avec l'aide de facilitateurs pour aider les IA à comprendre et à accepter le rôle des IAA. On a constaté qu'un bon gestionnaire d'unité est un élément essentiel. Le roulement de personnel diminue et on obtient plus de succès dans le recrutement lorsqu'il y a un gestionnaire d'unité. Par conséquent, le développement d'un programme de leadership ou d'un programme d'études pour les infirmières de première ligne fait partie de cette initiative.

Toutefois, la crainte persiste que les IAA ne volent les emplois des IA dans les établissements de soins de longue durée. Un **guide** (outil d'aide à la décision) peut être utilisé par les employeurs pour décider si une IAA ou un autre professionnel de la santé est bien ce qu'il faut pour un poste (même s'il s'agit d'un guide provisoire, d'autres professionnels s'en servent déjà).

Projets spéciaux

Projet visant les **infirmières praticiennes**. La C.-B. a adopté une loi en 2004 et est en train de rédiger les règlements connexes. On prévoit 30 nouvelles places (étudiantes) cette année dans les domaines des soins de santé primaires, et de la gériatrie et la santé mentale.

Cliniques de soins primaires. Trois cliniques pilotes sont établies à Vancouver (**centre-ville**) et une sur l'île (Ladysmith). Chacune comprend un médecin, une IP, un pharmacien communautaire et un physiothérapeute. Nota : le médecin est rémunéré selon le Mode optionnel de financement et non à l'acte.

Pharmacologie

Les pharmaciens ne seront pas autorisés à délivrer des ordonnances dans un proche avenir en C.-B. (sauf pour « la pilule du lendemain »). Des pharmaciens exercent dans les cliniques pilotes de soins primaires.

Santé mentale

Il existe un grand nombre de postes vacants qui sont difficiles à combler. Au niveau régional, l'île de Vancouver a mis en place un programme de six mois d'**auxiliaires en santé mentale** au collège communautaire local pour tenter de combler cette pénurie.

Parce qu'on manque de médecins et d'infirmières en santé mentale, on a tendance à combler la pénurie par des travailleurs sociaux qui procèdent à des évaluations et des diagnostics, mais qui n'ont pas la formation requise. Le gouvernement entend légiférer au cours de l'année qui vient de sorte que seuls les médecins, les infirmières et les IP (au total 13 professions) puissent poser des diagnostics, mais non les travailleurs sociaux.

Nota : Les jeunes de moins de 19 ans souffrant de problèmes de santé mentale relèvent du ministère de l'Enfance et de la Famille.

Soins à domicile

Préposé aux soins en résidence et au soutien à domicile : les places (étudiantes) ont été restreintes et le nombre de « professionnels » diplômés est en baisse car le travail devient de plus en plus exigeant. Ces intervenants sont remplacés par des IAA.

Les infirmières de salle d'opération sont très en demande. Une étude est en cours sur la possibilité d'utiliser des IAA dans les salles d'opération.

Région de Kivalliq au Nunavut

Deux **physiothérapeutes** sont basés à Rankin Inlet et desservent tour à tour les six collectivités avoisinantes par avion (toutes les quatre ou six semaines).

La création d'un programme de formation d'**aides thérapeutes communautaires** est l'innovation la plus récente au Nunavut. La formation durera dix mois et son contenu est en cours d'élaboration. Le programme sera offert à Rankin Inlet et assorti de travaux pratiques dans les collectivités d'origine des participants. Connaissant la langue inuktitut, ces derniers seront formés à aider les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes itinérants. Ils agiront à titre d'interprètes, expliqueront les besoins des clients et serviront à briser la barrière culturelle entre les clients et le personnel professionnel. Ils seront aussi chargés du suivi des programmes individuels de thérapie des patients et de l'entretien des appareils auditifs dans les collectivités. Ils ne seront pas autorisés à évaluer les patients ni les progrès des programmes qui leur auront été prescrits. Cette catégorie de travailleurs de la santé ne vise pas à remplacer les professionnels, mais plutôt de procurer une valeur ajoutée aux services existants.

La bibliothèque médicale de l'Université du Manitoba est entièrement informatisée et accessible sur le Web au personnel de la santé de la région de Kivalliq. Dans les endroits où il n'y a pas l'Internet, on peut avoir accès aux services de la bibliothèque par téléphone ou par télécopieur.

Le soutien professionnel des thérapeutes est assuré par l'école de réadaptation médicale de l'Université du Manitoba.

Des initiatives de **télesanté** permettent d'assurer le soutien professionnel (consultation de collègues sur des cas difficiles) et des services cliniques (par exemple l'orthopédie spécialisée et l'orthèse).

Tous les services cliniques sont offerts sans rendez-vous et, pour un bon nombre de clients, il s'agit de leur premier contact avec le système de santé.

Les thérapeutes participent de très près aux activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. Des services d'infirmières et de médecins sont régulièrement offerts sur place dans les centres de santé et les foyers de groupe ainsi que des séances d'information sur la santé dans les collectivités, notamment dans les centres des aînés (soins du dos, déplacements internes, maladies obstructives respiratoires).

Le Northern Programme est une composante de la J.A. Hildes Northern Medical Unit de l'Université du Manitoba, spécialisée dans la santé des Autochtones. L'unité a des contrats avec le Ministère de la santé et des services sociaux du Nunavut et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada pour la prestation de services médicaux dans les collectivités autochtones à accès aérien dans le nord du Manitoba. Cela comprend des

services de médecine générale et spécialisée, des services de réadaptation dans la région de Kivalliq et certains services infirmiers spécialisés.

Le programme est désigné comme étant un programme communautaire et conclut au besoin des partenariats avec d'autres services communautaires, dont les soins à domicile. Ces derniers sont accessibles directement et des services thérapeutiques sont aussi offerts à domicile le cas échéant.

On explore plus à fond avec le Ministère de la santé et des services sociaux la possibilité d'intégrer l'**ergothérapie** dans les services de santé mentale.

Les foyers de groupe pour enfants et pour adultes de la région reçoivent régulièrement des services thérapeutiques.

Les services thérapeutiques sont coordonnés avec les services de santé publique de Rankin Inlet pour procéder au dépistage préscolaire annuel. Les membres des deux équipes remplissent les sections appropriées de l'outil de dépistage, ce qui facilite l'aiguillage vers les soins pédiatriques.

Ce sont les **infirmières autorisées** qui contrôlent l'accès au système de santé dans la région de Kivalliq. Elles consultent les médecins sur le soin des patients et les dirigent au besoin.

Les **médecins de famille** sont installés à Rankin Inlet et effectuent des visites dans d'autres collectivités de la région en fonction des besoins. Les infirmières des collectivités avoisinantes les consultent à Rankin Inlet par téléphone, télécopieur, courriel ou télésanté entre leurs visites.

Une évaluation des besoins de la population a été effectuée en 1999 pour déterminer les besoins en services thérapeutiques dans la région. Le programme décrit ci-dessus a été mis en œuvre à la suite de cette évaluation.

On a décidé d'offrir un cours d'aide thérapeute communautaire après la publication du rapport intitulé *A Feasibility Study on Rehabilitation Assistants and Hearing / Speech Workers for the Kivalliq region of Nunavut*, qui s'est penché sur les besoins de personnel de soutien pour les thérapeutes et a mis au point le cadre dans lequel les travaux actuels sont effectués.

**Ministère des Ressources humaines
Santé et Services sociaux (SSS)
Gouvernement du Nunavut**

Il existe au Nunavut un **comité directeur de maintien des effectifs** dont les membres proviennent de plusieurs disciplines. SSS étudie actuellement le système de santé territorial et cible les questions où des changements immédiats doivent être apportés. On met au point une stratégie quinquennale pour mieux prévoir les changements et déterminer la meilleure façon d'offrir des soins plus près des collectivités.

La stratégie comprend:

1. une étude de l'offre de fournisseurs de soins complémentaires et des services qu'ils peuvent fournir dans les collectivités isolées et éloignées;
2. la révision du ratio des employés de différents secteurs et l'augmentation du ratio des médecins à 24,5 dans tout le territoire;
3. le rapatriement des Nunavummiut qui résident à l'extérieur du territoire en raison de l'incapacité du Nunavut d'assurer des soins adéquats aux malades;
4. la mise en œuvre d'un programme de sciences infirmières au Collège de l'Arctique en 1999 (les deux premiers diplômés recevront leur diplôme au printemps 2004);
5. la promotion des carrières en santé dans le système scolaire par l'entremise de salons des carrières, de stages d'observation et de visites scolaires.

Santé et services sociaux - Territoires-du-Nord-Ouest

Planification et développement des ressources humaines

Nota: faible population (40 000), isolement, petites collectivités presque entièrement composées de membres des Premières nations.

Dans l'ensemble, la solution qui a obtenu le plus de succès pour garder les professionnels de la santé dans le Nord a été de mettre l'accent sur les **fournisseurs locaux originaires du Nord**. Le taux de maintien de l'effectif des infirmières locales est très élevé – parmi 20 diplômées, trois seulement ont quitté la région. La plupart des programmes visent donc à inciter les natifs à acquérir les compétences et la formation nécessaires pour desservir leur collectivité. Voici quelques-uns des programmes en place :

- **Telecare NWT** – Les résidents peuvent appeler 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour obtenir des conseils. Le programme fonctionne à partir de l'Ontario mais a été conçu pour les T.-N.-O.
- **Télésanté** – On s'affaire à mettre tous les centres de santé en ligne. C'est un moyen par lequel les **non-professionnels de la santé ou les représentants en santé communautaire** peuvent assurer la liaison entre les patients et le médecin.
- **Do I Need to See the Nurse/Doctor?** – On prévoit distribuer un exemplaire de cette plaquette dans tous les ménages.
- **Modèle de services intégrés** – Approche axée sur le travail d'équipe pour la prestation de services de santé communautaires.
- **Plan de recrutement et de maintien des effectifs** – On a constaté que la meilleure façon de garder les professionnels dans le Nord était de recruter des gens de la région. Il existe de nombreux programmes pour encourager l'entrée dans les professions de la santé, notamment des programmes de soutien financier et de mentorat pour les étudiants locaux et des programmes qui garantissent un emploi aux étudiants en sciences infirmières (p. ex. lorsque la dotation est complète dans les hôpitaux, les nouveaux diplômés sont **surnuméraires** (avec rémunération et tous les avantages) jusqu'à ce qu'un poste devienne vacant).
- **Programme avancé de mentorat infirmier** – Nota : la dotation en personnel dans les hôpitaux ne pose aucun problème, mais il y a toujours des postes vacants dans les centres de santé parce qu'ils exigent un diplôme d'études supérieures que la plupart des diplômés locaux ne possèdent pas. Le programme de perfectionnement des infirmières en santé communautaire est un programme d'encouragement au perfectionnement des nouvelles diplômées qui, après avoir travaillé pendant au moins un an, suivent un programme de mentorat qui leur donne des équivalences. La politique n'est pas de fermer les centres de santé, mais il faut souvent recourir aux services d'agences de placement (à grands frais) pour combler des postes à court terme jusqu'à ce qu'on puisse trouver une solution à long terme.
- **Pharmaciens** – Il y a pénurie et on doit donner les services à contrat parce qu'il est impossible de combler les postes.

Association médicale canadienne (AMC)

Le système de primes du Manitoba pour les médecins qui assurent des services à long terme est l'un des meilleurs outils de maintien des effectifs dans tout le pays.

L'AMC a parrainé une étude de recherche et de promotion de la santé rurale qui a permis d'établir un CADRE DE LA RURALITÉ. Des infirmières et des pharmaciens ont collaboré à cette étude.

L'AMC a aussi conclu des ententes avec des associations nationales d'infirmières et infirmiers et de pharmaciens à l'égard de différents champs de pratique. L'acceptation des champs de pratique a favorisé le recours à des équipes multidisciplinaires dans la fourniture des soins de santé.

L'AMC a aussi effectué des études sectorielles : une nouvelle étude a effectué un inventaire des nouveaux modèles de prestation de services – www.physicianhr.ca.

L'AMC gère aussi un programme de bourses à l'intention des Premières nations et des Inuits.

L'AMC a présenté un mémoire sur la santé mentale à la Commission Kirby.

Plus de 2 000 médecins généralistes de l'Ontario ont accepté la diversification des modes de financement offerte par les Soins de santé primaires de la province.

L'AMC exploite un modèle de projection informatisée très pointu pour toutes les spécialités : Le modèle d'évaluation des ressources en médecins (*Physician Resource Evaluation Template*) prévoit l'offre future de médecins dans tout le Canada, compte tenu de toutes les variables, notamment le nombre de diplômés qui sortiront des écoles de médecine, l'attrition et le recrutement de médecins diplômés à l'étranger.

Société de la médecine rurale du Canada (SMRC)

La SMRC est un organisme bénévole de fournisseurs de soins de santé (médecins et infirmières) intéressés à exercer en milieu rural. Elle a été fondée par un groupe qui estimait que les gouvernements fédéral et provinciaux n'appuyaient pas suffisamment les médecins ruraux. La SMRC épaulé les médecins et les collectivités, mais est devenue une organisation qui se préoccupe aussi des politiques en matière de santé et de l'éducation touchant la santé en milieu rural. Le nombre d'adhérents a augmenté car la Société offre des services de perfectionnement professionnel comme le maintien des compétences, la communication avec les collègues et le partage de renseignements.

Les médecins travaillent de concert de façons différentes dans les milieux ruraux et urbains. Le concept des soins primaires a toujours été bien vivant dans les collectivités rurales et est un excellent moyen d'assurer la prestation des services de santé. L'ennui c'est qu'il n'a jamais reçu de financement – il s'est développé à part et sans l'aide financière du gouvernement. On assure les services par **une combinaison de fournisseurs de soins qui élargissent au maximum le cadre de leurs fonctions.**

Si une collectivité rurale ou isolée possède un hôpital équipé d'une salle d'opération et que les médecins possèdent les compétences pour faire des chirurgies de base ou stabiliser un patient avant son évacuation vers un plus grand centre, non seulement on obtient de meilleurs services, mais on peut maintenir les effectifs plus facilement que dans les collectivités où le personnel ou les hôpitaux ne jouissent pas de cette capacité. Si les médecins ne sont pas limités dans ce qu'ils peuvent faire dans une situation donnée, leur taux de satisfaction au travail sera plus élevé et ils seront plus enclins à rester. Le seuil critique de réussite semble être de quatre médecins par hôpital. S'il y a moins de quatre médecins, il faut des **infirmières praticiennes**. Idéalement, **l'objectif pour les collectivités rurales ou isolées est d'avoir un médecin et une infirmière de plus.** Cette personne doit être flexible et disposée à intervenir en cas d'urgence, en période de congés de maladie, etc. Sans ce poste supplémentaire, la tendance veut que l'on paie des heures supplémentaires jusqu'à 2,5 ETP. Il est donc très rentable de faire de la sur-dotation.

Mesures d'encouragement – Ni la carotte (l'argent) ni le bâton (remboursement des prêts étudiants) ne suffisent à attirer et à garder les médecins en milieu rural. Il faut donc obtenir une **combinaison idéale de fournisseurs de soins de santé** de sorte que chacun puisse maximiser son potentiel et recevoir le soutien de ses pairs (en somme, une **combinaison de compétences supplémentaires** qui forme un groupe ou une équipe de soutien – le modèle de soins primaires).

Télésanté – Il y a des limites à ce qu'on peut faire avec la télésanté dans les collectivités rurales, en raison du manque d'équipement, de lignes à haute vitesse, etc. C'est néanmoins une excellente chose pour des fins d'éducation. Grâce aux réunions par vidéoconférence, le personnel n'a pas besoin de s'absenter de la collectivité pendant de longues périodes. La télésanté fonctionne aussi très bien en psychiatrie. En Colombie-Britannique, les hôpitaux ruraux sont actuellement reliés en

temps réel au Vancouver General Hospital pour la gestion des cas de traumatologie. Toutefois, sans les outils et les compétences, on ne peut pas faire grand-chose.

Les collectivités des Premières nations et des Inuits s'adressent à des **intervenants en santé communautaire**, puis à une clinique itinérante reliée à un médecin ou un groupe de soins primaires, et enfin à un hôpital rural s'il y a lieu.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada Consultant en RHS

On a cité de nombreux programmes et études portant sur la planification des ressources humaines et les encouragements dans tout le pays.

Soins de santé primaires/Cliniques

De plus en plus, on applique le modèle des soins de santé primaires comportant la formation d'une équipe de fournisseurs qui travaillent de concert. **Les infirmières et les infirmières praticiennes** sont intégrées dans les centres ou les cliniques de santé communautaires.

Exemples :

Au Nouveau-Brunswick, on a ouvert des *Nursing Run Clinics*. Il s'agit de cliniques où les soins primaires sont dirigés par des infirmières praticiennes et où il n'y a pas de médecin sur place. Ces cliniques sont aussi utilisées pour la formation des étudiants en sciences infirmières. Les professeurs travaillent dans la clinique et supervisent les étudiants. Il existe aussi au Nouveau-Brunswick un projet de prestation de services de soins primaires en coopération.

On retrouve en Ontario des cliniques d'**infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie tertiaire** où il n'y a pas de médecin sur place.

Malades ambulatoires

Il existe des **cliniques pour les malades ambulatoires** en Colombie-Britannique et au R.-U. On a donné comme exemple des cliniques de soin des blessures (p. ex. des ulcères à la jambe) dans lesquelles des infirmières, des diététiciennes, des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé sont à la disposition des patients sur place au besoin. Le patient se rend à la clinique pour faire changer ses pansements, recevoir des antibiotiques et des conseils en nutrition, participer à des groupes d'entraide, etc. Le fait de se rendre à la clinique est aussi une bonne occasion pour le patient de sortir de chez lui. On considère que c'est un usage beaucoup plus efficace des professionnels de la santé que de déplacer ces derniers d'une maison à l'autre pour souvent livrer le même message. Ce modèle est également utilisé pour les soins aux diabétiques. On leur offre des conseils en nutrition et des services d'éducation, on leur montre comment effectuer les tests de glycémie, etc.

Des infirmières perdent leur emploi et sont remplacées par des IAA et l'infirmière devient plus impliquée dans la gestion de cas, la supervision et la coordination des soins.

On a signalé aussi des programmes pour les étudiantes en soins infirmiers et les infirmières qui retournent au travail et des programmes de formation avancée. En C.-B. (et dans une des provinces de l'Est) des étudiantes en soins infirmiers sont embauchées durant l'été et travaillent de façon autonome et sans supervision selon leur niveau de scolarité. **Des lois ont été adoptées pour permettre aux étudiantes de travailler en milieu hospitalier à titre d'infirmières.**

Un des volets du programme de recrutement et de maintien des effectifs des infirmières du Manitoba (appliqué également au N.-B.) consiste en une vaste campagne qui vise à encourager les infirmières qui ont quitté la profession à retourner à la pratique. Le programme assume les frais des cours de recyclage si la participante consent à se réinstaller dans la province pour une période donnée.

Dans l'Est du Canada, il existe un programme dans lequel les nouvelles infirmières diplômées sont embauchées à plein temps pour un an, ce qui leur donne le temps et d'assimiler leurs compétences et d'acquérir de l'expérience et être ainsi en meilleure posture pour poser leur candidature à un emploi à plein temps. Depuis toujours, les nouvelles infirmières au Canada obtiennent seulement des postes à temps partiel et c'est pourquoi elles sont de plus en plus nombreuses à quitter le pays.

On encourage vivement les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) à devenir infirmières autorisées. Les hôpitaux paient le coût du **recyclage des IAA**. Les collectivités des Premières nations ou la DGSPNI offrent aussi des mesures d'encouragement au recyclage des IAA.

Au Manitoba, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a parrainé un programme avec la régie régionale de la santé de Winnipeg et le Collège des infirmières autorisées du Manitoba pour l'embauche d'une IA à titre de **facilitateur de la transition** qui offre aux diplômés en sciences infirmières du soutien clinique en permanence sur place pendant leurs 15 premiers mois de travail.

Stratégies axées sur les régions géographiques :

Dans les collectivités rurales, éloignées, isolées, autochtones ou inuites, on constate qu'au lieu de continuer à chercher le fournisseur idéal de soins de santé à plein temps, il est préférable de combler les besoins avec des placements à court terme (6 mois) ou le partage de services de fournisseurs entre des communautés adjacentes.

On redouble d'effort pour recruter et former des étudiants provenant des régions rurales et éloignées dans l'espoir qu'ils retourneront dans leur milieu d'origine; on met donc plus d'accent sur le placement des étudiants dans ces milieux dans le cadre de leur formation.

Centres-villes – De plus en plus d'**infirmières de rue** sont embauchées par les administrations municipales.

Les écoles qui manquent d'infirmières en santé publique embauchent maintenant des infirmières de pratique privée qui sont désignées « infirmières scolaires » (à Toronto).

On emploie de plus en plus des **stratégies personnalisées de recrutement** des infirmières (trouver un emploi pour le conjoint, une maison près d'une école, etc.) Les collectivités rurales se fient beaucoup moins sur l'affichage des emplois et les sites web que sur la bouche à oreille et l'offre de régimes de rémunération personnalisés.

Stratégies dans divers milieux

Hôpitaux

On vise à en arriver à un ratio de 70 % d'infirmières à plein temps par rapport aux infirmières à temps partiel. La moyenne nationale est actuellement de 53 %. Le réseau universitaire de la santé a atteint l'objectif de 70 %.

Dans les hôpitaux, on a de plus en plus tendance à laisser les infirmières remplir le cadre intégral des fonctions. Au lieu d'avoir une infirmière chef qui rend compte au médecin, le poste d'infirmière chef est aboli et chaque infirmière assure la liaison avec le médecin ou un autre professionnel de la santé pour les patients dont elles s'occupent et supervise tous leurs soins. Les infirmières exercent donc le cadre intégral de leurs fonctions. La satisfaction au travail et l'usage des compétences et du potentiel de chacune sont donc rehaussés d'autant.

De plus en plus, des infirmières cliniciennes spécialisées sont affectées à des unités spéciales et des infirmières praticiennes sont intégrées aux soins actifs, aux soins en néonatalogie et aux unités de soins intensifs.

Une des recommandations du projet de prestation de soins primaires en coopération du N.-B. était de normaliser le **rôle des IA dans les salles d'urgence** et d'élargir leurs responsabilités pour qu'elles puissent exercer au maximum le cadre intégral des fonctions – à partir de l'admission jusqu'au congé du patient. Souvent, il n'est même pas nécessaire que le patient voit un médecin. On a recommandé aussi l'introduction des infirmières praticiennes en milieu hospitalier. (On a suggéré que les employeurs devraient cesser de restreindre les infirmières dans ce qu'elles peuvent faire et ce pourquoi elles ont été formées).

Établissements de soins longue durée

On avait tendance à embaucher des IAA pour ces établissements, mais les inquiétudes de plus en plus vives sur les soins aux patients ont forcé l'Ontario à allonger davantage d'argent pour réembaucher **des IA et des IP** pour ces établissements.

Outils d'aide à la décision

L'AIC a récemment terminé un projet financé par Santé Canada en réponse à la recommandation du Conseil consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) d'effectuer une étude sur les outils de mesure de la charge de travail des infirmières. Cette étude comportait 11 volets. Dans

l'un d'eux, on a constaté que 50 % des employeurs n'utilisent pas les outils de mesure de la charge de travail et que ceux qui le font posent de sérieux problèmes de fiabilité et de validité (les infirmières n'ont qu'à cocher une case pour remplir le formulaire). Dans une autre étude sur les outils d'aide à la décision pour les combinaisons d'effectifs, on donne des exemples de tels outils (outil d'aide à la décision pour la combinaison d'IA, d'IAA et d'IP).

Association des pharmaciens du Canada

L'évolution du cadre des fonctions des pharmaciens au Canada a été décrite de bien des façons. Règle générale, les techniciens en pharmacie sont de plus en plus utilisés pour les tâches simples comme compter les comprimés, entrer des données à l'ordinateur et faire de l'étiquetage. Cette tendance est encore plus prononcée en milieu hospitalier car il est plus facile de mettre en œuvre des politiques et des procédures dans les hôpitaux que dans les pharmacies communautaires. Dans les hôpitaux, ces pratiques sont approuvées par le département de pharmacie et ensuite par le conseil d'administration. Il est plus difficile de déléguer des tâches dans les pharmacies communautaires, car il existe toute une variété d'organismes provinciaux de réglementation qui veillent au grain. À l'heure actuelle, les techniciens en pharmacie n'ont pas de statut juridique au pays. L'Ontario est en avance sur les autres provinces car la province a mis en place un programme de certificat de technicien en pharmacie (sous les auspices du Collège des pharmaciens de l'Ontario).

Le rôle des pharmaciens s'élargit : de plus en plus, **les soins sont axés sur le patient et les pharmaciens agissent en qualité de fournisseurs de soins de santé primaires**. C'est une tendance que l'on constate partout au pays, mais qui est réfrénée par la pénurie de pharmaciens.

On nous a signalé plusieurs projets pilotes intéressants. À titre d'exemple, en Alberta et en Colombie-Britannique, les pharmaciens reçoivent une formation pour gérer le dosage des médicaments anticoagulants. Des évaluations ont montré que cette pratique était efficace et que les soins fournis par le pharmacien étaient au moins comparables aux soins fournis par un médecin de famille à cet égard. Le projet s'est déroulé en milieu hospitalier et est maintenant élargi dans les collectivités.

Une autre étude en Alberta a utilisé des pharmaciens pour **sélectionner et gérer les patients sous médication pour le cholestérol**. Les résultats ont montré qu'il s'agissait-là d'une pratique très positive dans la gestion de la santé des patients.

Les pharmaciens jouent aussi un **rôle d'aiguillage** à Windsor (Ontario). On a évalué des patients qui achetaient du Zantac et d'autres antiacides. La moitié d'entre eux présentaient des « symptômes alarmants » et ont été dirigés vers des médecins pour un examen plus approfondi. Les pharmaciens ont aussi joué un rôle d'**éducateur** dans plusieurs études. Dans une étude sur l'asthme, notamment, des pharmaciens ont reçu une formation pour recruter, instruire et informer les participants en matière de prévention. À la suite de l'intervention des pharmaciens, on a constaté une diminution de la fréquence des visites à l'urgence et de l'usage des bronchodilatateurs et ainsi que des taux de morbidité et de mortalité.

Règle générale, on perçoit les pharmaciens comme étant des **professionnels capables de renforcer le rôle des médecins de famille dans les soins de santé primaires** et qui pourraient faire davantage, de sorte que les médecins de famille puissent se concentrer sur des cas plus complexes et aigus. Il n'existe aucune méthode de rémunération des pharmaciens pour l'exercice de ce rôle élargi. Les pharmaciens qui ont pris part aux études et aux projets mentionnés

ci-dessus ont été rémunérés seulement pour la durée de ces activités. Quoi qu'il en soit, la pénurie empêche les pharmaciens d'élargir le cadre de leurs fonctions. Le système de réglementation est très lent et en mode réactif. De nouvelles tâches accomplies par les pharmaciens pourraient être contestées par les associations médicales. Il y a eu « quelques discussions » avec la branche politique de la profession médicale qui est extrêmement réticente à abandonner ses prérogatives.

Le pharmaciens ont également élargi le cadre de leurs fonctions aux soins à domicile (sans frais pour les patients et sans être rémunérés). Dans une enquête récente, 20 % des répondants ont dit effectuer des visites à domicile chez des clients (habituellement des personnes âgées) et remplir des tâches comme administrer de nouvelles ordonnances et en expliquer l'usage, examiner la médication des clients et l'entreposage de leur médication et évaluer les interactions médicamenteuses (on a constaté qu'en moyenne plus de 10 ordonnances par année étaient délivrées aux personnes âgées).

Une étude en cours en Ontario (Université d'Ottawa et Université McMaster) intègre les pharmaciens dans un groupe de médecine familiale (étude d'impact).

La technologie est aussi mise à contribution. On utilise la télépharmacie pour le renouvellement des ordonnances par Internet. Les pharmaciens offrent aussi des conseils de télésanté aux Premières nations et aux Inuits et traitent surtout avec les infirmières et les intervenants en santé communautaire dans les réserves.

Fondation de physiothérapie du Canada

Enseignement/Stage – Lorsque les étudiants travaillent dans un véritable milieu de travail avant l’obtention de leur diplôme, par exemple en faisant un stage clinique en région rurale ou en milieu nordique, ils sont plus susceptibles de rechercher et d’accepter un placement dans une collectivité rurale ou éloignée. L’Université de la Saskatchewan offre un programme de premier cycle de pratique multidisciplinaire en Afrique, qui intègre le développement communautaire aux soins de santé primaires. On a constaté que cette expérience était valable pour un placement ultérieur au Canada dans les quartiers défavorisés des centres-villes et dans les milieux ruraux et éloignés où la pauvreté de la population est souvent un facteur. En Saskatchewan, le placement étudiant est effectué conjointement avec les conseils tribaux de la santé. (Nota : certains ont signalé qu’il semble que tout ce qu’il y a d’innovateur provienne de la Saskatchewan). Les employeurs (publics et privés) qui prennent un étudiant en stage clinique sont plus enclins à vouloir le recruter après l’obtention de son diplôme.

Milieu rural – Placement en milieu rural pendant la formation (voir ci-dessus). En Saskatchewan, les physiothérapeutes en milieu rural travaillent conjointement avec le système de télésanté. Certains physiothérapeutes préfèrent les milieux ruraux car ils peuvent traiter toutes sortes de cas et ont plus de chances d’élargir au maximum le cadre de leurs fonctions, ce qu’ils trouvent gratifiant. Dans les centres urbains, la personne ou le centre tend à se spécialiser dans un domaine en particulier.

Soins de santé primaires – En Saskatchewan, les cliniques communautaires intègrent des physiothérapeutes et ceux-ci travaillent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies aussi bien que dans leur rôle plus conventionnel (ici encore ils ont l’occasion d’élargir au maximum le cadre de leurs fonctions). Plusieurs provinces et universités se penchent sur des programmes de formation multidisciplinaire en santé dans lesquels divers groupes professionnels suivraient les mêmes cours pour se familiariser avec leur cadre des fonctions respectif et acquérir l’esprit d’équipe que les centres de soins primaires apprécient au plus haut point.

Personnel de soutien en physiothérapie – Les personnes qui occupent ces fonctions reçoivent de la formation en cours d’emploi et la désignation des postes n’est pas officielle. On offre maintenant un programme collégial d’un an ou de deux ans. Il n’existe toutefois aucune norme et les programmes ne sont pas accrédités; on a toutefois élaboré un profil de compétences pour « officialiser » la profession. On retrouve de plus en plus de membres de cette catégorie professionnelle en milieu rural et, lorsque la formation sera normalisée, il y aura davantage de candidatures. Le problème fondamental est qu’un physiothérapeute devrait assumer la responsabilité directe de ce personnel et cela pose des difficultés lorsqu’il n’y a pas de supervision directe. La profession doit se pencher sur la question de la supervision et de la réglementation et proposer des mesures législatives de redressement. Le personnel de soutien ne prodigue pas de soins à domicile pour les mêmes raisons, c’est-à-dire faute de supervision directe.

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)

L'ACSM ne préconise pas l'approche médicale auprès de ses membres. Elle reconnaît volontiers le besoin d'une intervention médicale appropriée, mais ne considère pas que ce genre d'intervention soit la seule valable. Cette position influe sur sa perspective de la planification et du déploiement des ressources humaines en santé.

Il existe actuellement une pénurie très grave de psychiatres au Canada, et il n'y a pas non plus suffisamment d'infirmières capables de travailler dans les services de santé mentale. Il est difficile en outre d'attirer d'autres professionnels de la santé, par exemple des travailleurs sociaux, du personnel de soutien et des ergothérapeutes dans le domaine de la santé mentale. Les infirmières praticiennes peuvent faire ce que la plupart des médecins font dans les soins de santé primaires.

Lorsqu'il s'agit de fermer des lits dans les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques sont souvent les premiers visés. La tendance récente vers la désinstitutionnalisation des malades mentaux n'a pas été assortie du soutien requis dans la collectivité pour assurer les soins à ces personnes. Il faudrait davantage de foyers d'hébergement.

Du point de vue des ressources humaines en santé, le Canada est incapable de répondre aux besoins en matière de santé mentale. C'est un défi et un problème à la fois. Il faut une stratégie globale et il est absolument impératif que les groupes travaillent ensemble à trouver des solutions. Il est important de se rappeler que les malades mentaux ont aussi des besoins en SSP qui ne sont pas comblés. L'ACSM a mis en place des initiatives intéressantes pour combler les pénuries. À titre d'exemple, la section locale de l'ACSM à Windsor a intégré une infirmière praticienne à une équipe multidisciplinaire comprenant un psychiatre à temps partiel et un MG dans un projet pilote financé par le ministère de la Santé de l'Ontario. Cette équipe offre des services élargis comme la rédaction d'ordonnances, la surveillance et l'ajustement de la médication. Ce modèle de sélection des patients par une IP en vue de l'aiguillage vers un médecin devrait être adopté à plus grande échelle.

Plusieurs chapitres de l'ACSM ont des « clubhouses » qui offrent des services aux malades chroniques, notamment les services d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, et d'intervenants en santé mentale.

Les infirmières psychiatriques fournissent un service très important en milieu hospitalier et on les retrouve surtout dans l'Ouest du Canada. Toutefois, le continuum de soins se brise entre l'hôpital et la collectivité.

On fait aussi appel aux IP pour la prestation de services primaires en santé mentale dans les collectivités des Premières nations ainsi que dans les collectivités rurales et isolées. Cette mesure est très efficace.

Nurse Practitioner Association of Manitoba et Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée

Au Manitoba, il y a très peu de postes vacants et les infirmières qui possèdent la formation et les diplômes requis ne peuvent obtenir un emploi.

Voici quelques programmes en place au Manitoba :

- Programme de médecins visiteurs – visites à domicile
- Health Links – service d’appel où un intervenant peut, à l’aide d’un protocole, aider les demandeurs et les conseiller sur ce qu’ils devraient faire (p.ex. se rendre à l’urgence ou non)
- Clinique mobile d’échange de seringues (une infirmière de rue offre des soins primaires, fait la promotion de la santé, etc.)
- Clinique mobile de dépistage des maladies du sein
- Clinique mobile de dialyse
- Équipe mobile en santé mentale pour les interventions en cas de crises (sur appel, l’équipe accompagne la police ou l’ambulance au besoin)
- TeleMed
- Ligne téléphonique spéciale pour trouver un médecin
- Soins prénataux prodigués par des sages-femmes aux adolescentes
- PACT – programme d’élaboration d’un plan de soins permettant de sortir les malades mentaux des hôpitaux et de les intégrer dans la collectivité

Éducation

Les intéressés peuvent suivre des programmes d’éducation et recevoir de la formation en matière de santé dans leur collectivité. Les infirmières praticiennes peuvent suivre un programme de maîtrise en ligne à condition qu’une autre IP ou un médecin de la collectivité puisse agir comme précepteur.

Premières Nations

Des services de traducteurs sont offerts dans la plupart des hôpitaux. Ils sont utilisés non seulement pour les communications internes, mais aussi pour la planification et la coordination du congé des patients.

La plupart des hôpitaux exigent du personnel non-autochtone qu’il suive des cours de sensibilisation à la culture autochtone.

Infirmières praticiennes

À l’heure actuelle, aucune IP ne travaille dans les services d’urgence, mais cela viendra.

La plupart des IP travaillent aux soins intensifs, dans des cliniques communautaires financées à même les fonds publics ou dans des cabinets privés de médecins dans les plus petites collectivités. Comme aucune loi ne permet aux IP d’exercer le cadre intégral des fonctions (ordonnances, diagnostics, techniques invasives), de nombreuses cliniques privées y voient une perte de temps et une mesure inefficace parce que le client doit quand même voir un médecin pour obtenir des médicaments d’ordonnance.

Association canadienne des soins de santé (ACSS)

On nous a fortement recommandé de faire enquête auprès des institutions et des régies régionales de la santé pour obtenir un portrait plus précis des expériences innovatrices en cours. Le bureau national de l'ACSS ne suit pas à la trace les projets innovateurs.

L'ACSS préconise certains principes qui guident l'association et ses membres et que l'on pourrait résumer ainsi : 1) adopter une approche axée sur les systèmes; 2) répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé et leur fournir un meilleur service; 3) tenir compte du rapport coût-efficacité (comment travailler de la façon la plus rentable, y compris dans les stratégies de déploiement).

Il est important pour tous les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de pouvoir exercer le cadre intégral des fonctions de leur profession. Ce n'est toutefois pas toujours le cas et souvent les institutions payent pour un niveau supérieur de services qui n'est pas justifié. Les obstacles qui empêchent les professionnels d'exercer le cadre intégral des fonctions sont principalement les conventions collectives. Cela souligne l'importance et la nécessité d'utiliser des approches fondées sur des données probantes. Des recherches canadiennes s'imposent pour documenter les pratiques innovatrices et fournir des preuves de leur fiabilité et leur efficacité.

Les conditions d'admission à la pratique sont un autre facteur important qui doit être examiné. Dans un nombre croissant de professions, on exige maintenant le niveau de la maîtrise et cela risque de poser des problèmes. Qui paiera pour les fournisseurs au niveau de la maîtrise? Est-ce que leur déploiement sera rentable? Est-ce que ces professionnels pourront exercer toutes leurs compétences? Il y a une certaine tendance vers des exigences plus rigoureuses pour l'accès à la pratique et elle se traduit par une pénurie de ressources humaines et une hausse des coûts du système.

Pour certains types de soins, la pratique en coopération est une bonne chose, notamment dans la gestion des maladies chroniques, les services de santé mentale, les soins de santé primaires, les soins cardiaques, mais ce n'est peut-être pas l'approche qu'il faut privilégier dans toutes les situations. Il ne s'agit pas d'un modèle universel.

Le recours au personnel non réglementé – en particulier pour les soins à domicile et les soins de longue durée – dans le but de faire des économies est un autre point important qui peut susciter des retombées négatives et créer des problèmes. Plusieurs de ces travailleurs n'ont pas la formation requise et cela peut mettre en péril la sécurité des patients. Il n'est pas rentable d'utiliser des gens qui n'ont pas la formation appropriée.

Une autre préoccupation est le recours aux membres de la famille pour assurer les soins. Ici encore, un grand nombre des aidants naturels n'ont pas la formation nécessaire et cela peut mettre en danger la sécurité des patients.

Il existe aussi le problème des « rivalités de clocher ». En théorie, on est bien d'accord pour élargir le champ d'exercice de certaines professions, mais en pratique on ne cesse de poser des obstacles. Les membres de l'ACSS se demandent « qui paiera la facture », mais ne sont pas prêts à faire des compromis sur les questions de sécurité.

Les techniciens de laboratoire sont très importants pour le système de santé. Il y a beaucoup de discussions au sujet des médecins et des infirmières, mais sans l'appui des auxiliaires, des techniciens en laboratoire, des techniciens en radiologie, des professionnels de la réadaptation, etc., le système de santé ne peut que piétiner. Il faut que le rôle des gouvernements dans l'éducation et la formation de ces professionnels soit mieux reconnu. Le système d'éducation doit avoir suffisamment de fonds et de places pour donner de la formation à ce personnel essentiel. Le problème doit être réglé conjointement par les gouvernements et les établissements de soins de santé.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

La gestion des patients en oncologie montre qu'une bonne continuité des soins est réalisable pour les clients qui vivent dans les collectivités des Premières nations du Nord, même s'il y a de graves ruptures dans certains domaines comme la santé mentale. La continuité repose sur un personnel en nombre suffisant et bien formé au niveau local et sur des communications efficaces entre les centres de soins primaires et tertiaires.

L'idéal consiste à **recruter et à garder du personnel qui connaît les exigences très particulières de la pratique autonome dans le Nord**. Même les personnes qui sont embauchées pour fournir des soins à court terme doivent utiliser des approches holistiques à l'égard des soins.

L'équipe multidisciplinaire de fournisseurs de santé est petite. Pour assurer la continuité, il faut des **intervenants locaux des services paraprofessionnels** qui sont acceptés, reconnus et appuyés par les professionnels, à l'intérieur et à l'extérieur de la collectivité.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (région de l'Ontario) travaille en collaboration avec les régies locales de la santé à trouver des moyens d'offrir un financement stable pour la promotion de la santé et le dépistage précoce des cas d'oncologie, de diabète et de santé mentale. Une stratégie nationale pour la santé mentale chez les peuples autochtones doit être mise au point afin que l'on passe de l'approche actuelle qui consiste en des interventions en cas de crise pour en arriver à un continuum complet de soins de santé mentale.

L'accès aux renseignements personnels sur le client est entravé par le temps, la distance et le manque de connaissances des fournisseurs au sujet du milieu de travail et d'autres milieux de soins. Au niveau local, les dossiers des clients doivent être organisés de façon à ce que l'information soit facile à trouver et à comprendre. En outre, l'importance d'une information complète et fournie en temps voulu sur les clients doit être renforcée pour toutes les personnes qui travaillent dans les collectivités des Premières nations du Nord.

Dans l'ancienne région sanitaire de South Fraser en Colombie-Britannique (qui relève maintenant de la régie de la santé de Fraser) le nombre de patients en transition va croissant. Le travail auprès de ces patients – qui occupent des lits de soins de courte durée en attendant d'être transférés dans une unité pour malades chroniques, un foyer pour personnes âgées, une maison de soins infirmiers, un établissement de réadaptation, une autre institution de soins continus ou un programme de soins à domicile – rebute les infirmières autorisées, car il ne leur pose aucun défi et ce n'est pas pour cela qu'elles ont été formées ni embauchées (Kuhn 1990). Les soins à ces patients peuvent donc nuire au moral des infirmières en leur donnant l'impression qu'elles n'ont aucune maîtrise des événements. Les risques de blessure augmentent aussi, car ces patients ont souvent besoin d'être soulevés et transportés. Pour atténuer ce problème, la région sanitaire de South Fraser a mis au point une double stratégie qui consiste à ouvrir un plus grand nombre de lits dans la collectivité et, comme solution provisoire, d'améliorer les soins aux patients en transition dans le système de soins de courte durée.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

On ne fait aucune collecte de données spécifiques sur le déploiement des ressources humaines en santé. On est conscient des problèmes de juridiction concernant le cadre des fonctions des infirmières praticiennes. On est aussi au courant du travail effectué par le département des sciences infirmières de l'Université de Toronto sur les outils de mesure de la charge de travail.

L'ICIS a mis au point des lignes directrices sur les SIG assorties de normes pour la collecte des données sur la charge de travail (données financières et statistiques). Il y a plus d'une vingtaine de systèmes de mesure de la charge de travail, y compris dans les soins infirmiers, l'ergothérapie, la technologie des sciences respiratoires, la physiothérapie, l'imagerie diagnostique, etc. qui ont tous des méthodes différentes. Il y a aussi trois approches différentes : le calcul du temps moyen (dans les laboratoires cliniques, l'imagerie diagnostique et la pharmacie), du temps standard et du temps réel.

Les utilisateurs de SIG sont surtout les gestionnaires de départements et les gestionnaires de la santé de la province et du territoire. On se sert des SIG pour établir les budgets, répartir les ressources, déterminer les combinaisons de personnel et de compétences, évaluer la productivité et estimer les ETP requis.

Les SIG standards sont achetées par les établissements de soins de santé à l'ICIS et ceux-ci peuvent fournir l'information aux ministères provinciaux et territoriaux de la santé. Les provinces et les territoires décident quelle information est transmise à l'Institut et celui-ci compile les bases de données réunies.

En ce qui a trait aux systèmes de mesure de la charge de travail, les provinces et les territoires en sont à différents stades de mise en œuvre. Il faut bien le dire : la mise en œuvre est une chose, mais l'utilisation de ces systèmes pour prendre des décisions éclairées en est une autre.

Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)

En tant qu'organisation, l'ACE ne s'occupe pas du déploiement et de la gestion des ressources humaines. Il existe un besoin de données de base. L'ACE a terminé une étude (financée par RHDC) sur les ressources humaines dans la profession et une seconde étude sur la planification des ressources humaines, mais attend le financement d'une troisième étude qui portera sur les stratégies qui feront de l'ICIS le gardien et le gestionnaire des données.

Les ergothérapeutes travaillent surtout en milieu urbain et dans les hôpitaux, et on sait qu'il y a un problème d'accès en milieu rural. L'ACE recommande qu'un programme national de soins à domicile englobe les ergothérapeutes comme élément essentiel.

Il n'y a pas de cliniques indépendantes d'ergothérapie, mais on commence à inclure les ergothérapeutes dans les projets pilotes des cliniques de soins de santé primaires.

Le financement pose un problème. Les services des ergothérapeutes en milieu hospitalier sont couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Autrement, le financement varie selon les provinces et territoires. Plusieurs ergothérapeutes travaillent hors du système de santé public, par l'entremise de la Commission des accidents du travail, de la Régie de l'assurance-automobile et du système scolaire.

Il existe un besoin réel d'examiner les besoins de la population en matière de santé afin d'évaluer les besoins en ergothérapie et le placement des ergothérapeutes et de régler la question du financement.

Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée

En Ontario, les infirmières praticiennes exercent dans deux grands champs : les soins de santé primaires et les soins de courte durée auprès de populations ayant des besoins très pointus.

On s'intéresse de plus en plus au déploiement des infirmières cliniciennes spécialisées (qui sont également des infirmières praticiennes) pour le soutien infirmier dans les unités de soins intensifs qui prodiguent des soins spécialisés et effectuent des évaluations pré-opératoires.

À London (Ontario), les infirmières praticiennes participent à des modèles de pratique coopérative. Dans des équipes multidisciplinaires, elles font la ronde des patients avec les médecins, mais voient ces rondes dans une perspective différente et examinent les appareils entourant les patients ainsi que les patients eux-mêmes.

Les infirmières praticiennes de Hamilton (Ontario) s'occupent de santé publique et mènent des enquêtes sur la santé de la population, administrent des antibiotiques et participent au traitement des maladies infectieuses. Dans plusieurs postes infirmiers en région rurale ou isolée, certaines infirmières praticiennes sont employées comme infirmières en santé communautaire. Les infirmières cliniciennes spécialisées travaillent avec Santé Canada dans les collectivités inuites du Nord.

Des infirmières praticiennes agissent aussi à titre d' « infirmières de rue » à Vancouver, où elles distribuent des seringues propres et des condoms et offrent des dépliants d'information et des conseils sur le contrôle des naissances. Le counselling des clients est une partie importante de leur travail dans la rue.

Dans les soins de santé primaires, les salles d'urgence utilisent des infirmières praticiennes pour prodiguer les soins de courte durée.

Faculté des professions de la santé de l'Université Dalhousie

Cette faculté mène des projets de recherche sur le personnel de la santé au nom du *Maritime Council of Education*.

On a cité comme stratégie créative dans le Canada atlantique le déploiement d'**infirmières praticiennes** chez les Premières nations Eskasoni, Whycogamah et Millbrook.

L'établissement de centres de santé jeunesse à Truro, Amherst et Pictou sont de bons exemples de déploiement innovateur. Des **infirmières communautaires seniors** interviennent dans l'exécution de programmes comportant des tests Pap, des services de contrôle des naissances et l'administration de la pilule du lendemain.

En Nouvelle-Écosse, les infirmières praticiennes et les MG consultent régulièrement les services de santé mentale et organisent des séances d'information dans les écoles.

Parmi les stratégies, il conviendrait d'inclure **l'amélioration de la qualité du milieu de travail** et une plus grande participation à la prise de décision au niveau local. Les **encouragements non financiers** (congés, heures supplémentaires limitées, temps de qualité au travail) ont aussi un effet très incitatif.

Il est important d'améliorer l'accès des candidates des Premières nations dans les programmes d'éducation sur la santé afin de promouvoir la participation des Autochtones et leur donner l'occasion de retourner dans leurs collectivités. On manque de mesures d'encouragement pour ce genre d'initiatives et il faudrait accroître le nombre de mentors autochtones.

Les initiatives qui fonctionnent le mieux sont **les équipes multidisciplinaires qui travaillent avec des MG**. On a constaté que leur effet sur la santé était meilleur.

Il existe une très grave pénurie de pharmaciens dans le secteur des SSP. **Les pharmaciens pourraient travailler directement dans la collectivité et prescrire des antibiotiques, faire de l'éducation sur les médicaments auprès des personnes âgées et contribuer à réduire le taux d'utilisation des médicaments.**

Conseil d'agrément des IAA

I.-P.-É.

L'I.-P.-É. est une petite province réticente au changement. Elle tire de l'arrière par rapport au reste du Canada pour ce qui est du cadre des fonctions des IAA.

Un nouveau programme pour les IAA a été mis en place en 1996, mais les compétences acquises dans ce programme ne sont pas utilisées dans la pratique courante. À titre d'exemple, les IAA sont formées dans l'administration des médicaments, mais ne peuvent pas le faire car la *Community Care and Nursing Homes Act* interdit l'administration de médicaments à toutes les infirmières sauf les IA. On constate donc un « écart » entre la formation que reçoivent les IAA et ce qu'on leur permet de faire dans la pratique. Il y a aussi une résistance de la part d'autres professions à élargir le cadre des fonctions des IAA, mais les choses sont en train de changer en raison des pénuries de personnel et du stress dont souffrent tous les fournisseurs de services.

On travaille à l'élargissement du cadre des fonctions des IAA. Un projet financé en vertu d'une entente sur le développement du marché du travail avec RHDCC a réuni le conseil d'agrément des IAA de l'I.-P.-É., l'association des IAA et le ministère de la Santé pour déterminer les compétences préalables requises des IAA, car ces compétences ne sont pas clairement identifiées dans aucun document à l'heure actuelle. La détermination des compétences est faite à l'aide d'un outil d'autoévaluation sur le Web. Le rapport final de cette étude doit être présenté en août 2004. Dans la deuxième et la troisième phases de l'étude, on prévoit déterminer les chevauchements de compétences entre les IAA et les IA pour pouvoir ainsi mieux déterminer les besoins en formation des IAA. Cette étude devrait contribuer à élargir le cadre des fonctions des IAA.

Il existe aussi des plans pour introduire des outils d'évaluation préalables à l'apprentissage pour évaluer les connaissances et les compétences des IAA qui veulent poursuivre leurs études de baccalauréat en sciences infirmières.

Le change du titre d' « aide infirmière » à « infirmière auxiliaire autorisée » par voie législative en 2002 a grandement rehaussé le moral et la reconnaissance professionnelle des IAA. Tout n'est quand même pas au beau fixe, car les IAA ne sont toujours pas autorisées à remplir le cadre intégral de leurs fonctions.

Les IAA qui travaillent dans le secteur privé sont en avance sur leurs homologues du secteur public, car elles peuvent remplir le cadre intégral de leurs fonctions dans les établissements de soins communautaires privés (dans certains établissements, il n'y a pas de IA mais seulement des IAA).

Une loi sur les disciplines de la santé serait utile pour régler le problème des « prérogatives » dans la prestation des soins infirmiers.

North Network

Le North Network est un programme de télémédecine qui offre des services de consultation aux patients et de la formation professionnelle permanente dans le Nord et dans les collectivités rurales de l'Ontario depuis 1998. Il est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui a reçu une subvention de 8,5 millions de dollars au développement des infrastructures du PIPICS (Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé). Le North Network offre des services à plus 800 patients par mois dans 70 domaines de spécialité et travaille avec une centaine d'organisations membres sur 150 sites. Son principal partenaire est Keewaytinook Okimakanak Telehealth.

Le North Network a augmenté l'accès aux services de santé aux populations qui vivent dans les régions éloignées et isolées, grâce à la télévision bidirectionnelle, aux appareils médicaux électroniques et à d'autres technologies. Les services sont fournis par des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé, et la coordination est assurée par le Sunnybrook and Women's College Hospital de Toronto. On organise des conférences pour les intervenants en santé mentale et sur l'éducation au diabète, le télétraitement d'urgence des crises cardiaques, le soutien aux infirmières praticiennes dans les collectivités rurales et isolées et le télémentorat. Le North Network a réussi à réunir quatorze hôpitaux et deux collectivités des Premières nations pour offrir un service de téléradiologie dans les régions du nord-ouest de l'Ontario.

Des professionnels auxiliaires de la santé comme les orthophonistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychologues, les nutritionnistes, les éducateurs sur le diabète participent aussi aux soins des patients et prennent part aux évaluations, à l'éducation des patients et à la gestion des cas. De nombreuses activités sont exécutées par des équipes multidisciplinaires dans un établissement d'enseignement urbain et en milieu rural. On y revoit, par exemple, le plan de soins d'un patient avant qu'il obtienne son congé et retourne dans sa collectivité.

Les principaux obstacles à ce programme de télésanté sont la rémunération des médecins, la reconnaissance des acquis des médecins qui fournissent des services de télésanté, l'octroi des licences interprovinciales, les SIG et les systèmes de tenue des dossiers des patients.

North Network a entrepris une collaboration avec d'autres initiatives financées par le PIPICS en Ontario – le réseau de télésanté de l'Est de l'Ontario et le réseau de télésanté du Sud-Ouest de l'Ontario – pour la mise en place du portail des réseaux de télémédecine de l'Ontario.

Une évaluation externe a été menée à la fin du programme de financement du PIPICS. Le financement de base est fourni actuellement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ce qui donne une certaine garantie de stabilité et de durabilité.

TETRA - Terre-Neuve-et-Labrador

La Telehealth Education Technology Resource Agency (TETRA) est un organisme non-gouvernemental qui offre des services de santé et d'éducation à différents utilisateurs. Installée à l'Université Memorial de Terre-Neuve (près de la faculté de médecine et de l'école de nursing) elle n'est pas financée par l'université, ni par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Son budget est de deux millions de dollars (dont la majeure partie est affectée aux frais de télécommunications) et elle compte un personnel de 16 ETP. C'est un programme dont les frais sont payés par les utilisateurs, par exemple les conseils de santé, les tiers payeurs (compagnies d'assurance), les associations professionnelles et certains organismes du secteur privé.

La TETRA n'emploie pas de personnel directement, mais collabore avec les conseils de la santé et de l'éducation de toute la province, et leur offre de l'aide dans la mise en place de la technologie et la prestation des services de télésanté (liaison vidéo et audio). Il s'agit d'un programme multifonctionnel qui fournit des services de santé, de soins de santé et d'éducation à une foule d'utilisateurs. Il y a plusieurs paliers de services : consultations spécialisées, connectivité interprovinciale, éducation et formation. TETRA travaille dans les petites collectivités, y compris les collectivités autochtones dans les régions éloignées et isolées, à la mise sur pied de sites de télésanté.

Le projet a permis de mettre sur pied 70 sites (financés par l'Agence spatiale européenne, l'Agence spatiale canadienne et le Fonds de transition pour la santé), mais certaines formes de télésanté sont en activité depuis les années 1970.

Des infirmières et infirmiers en pratique avancée assurent les soins primaires dans de nombreuses régions côtières éloignées au Labrador.

Les médecins de Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas rémunérés pour les services de télésanté. Par conséquent, le programme compte sur les médecins salariés pour offrir les services (p.ex. oncologistes, radiologistes, psychiatres) et sur les infirmières de pratique avancée et les infirmières praticiennes. D'autres spécialistes consacrent bénévolement du temps à des consultations. C'est un enjeu important pour l'avenir de la télésanté à Terre-Neuve-et-Labrador.

D'autres professionnels de la santé participent aussi à ce projet, notamment des physiothérapeutes et des orthophonistes.

La proportion des activités de la TETRA reliées à la santé est de 30 %.

Plusieurs évaluations ont été effectuées et la majorité des projets font l'objet d'une évaluation. Il n'y a toutefois pas eu d'évaluation exhaustive. Parmi les leçons apprises : l'importance du développement des compétences, de la formation, d'un bon équipement et de ressources humaines pour appuyer le personnel de la santé.

Le cadre des fonctions et les permis d'exercice sont des facteurs importants, tout comme le fait de se garder à la fine pointe de la technologie. Il est important aussi d'examiner la rémunération des médecins qui font de la télésanté afin d'assurer la viabilité du réseau.

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS fait état d'expériences en Afrique en ce qui a trait au transfert des tâches des fournisseurs de soins d'un niveau à un autre. Le rapport comprend une discussion sur **la rédaction d'ordonnances par les infirmières, les chirurgies mineures et le recours aux techniciens médicaux**. Au Brésil, des tâches accomplies par les médecins ont été transférées au **personnel paramédical**. Les modèles d'élargissement du cadre des fonctions des infirmières ont été développés surtout au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Les chercheurs en santé qui travaillent dans les pays du deuxième monde et du tiers-monde hésitent à décrire les initiatives de déploiement, car le Canada est considéré comme étant beaucoup plus avancé dans ce domaine.

Ministère de la Santé de France

La France éprouve des difficultés à recruter des spécialistes et des infirmières. Dans la région de Paris, en particulier, on a beaucoup de problèmes à conserver les effectifs en raison du coût élevé de la vie. Les quotas d'inscription en sciences médicales sont trop bas. Une équipe s'est rendue en Espagne et en Pologne pour recruter des infirmières et a obtenu un certain succès. Les infirmières reçoivent une formation linguistique et sont tout de suite embauchées. On a recruté 800 infirmières depuis 2002. L'Espagne connaît un excédent d'infirmières parce qu'elles ont une formation plus avancée que celle dont elles ont besoin et parce qu'il n'y a pas de quotas d'admission dans ce pays.

Le ministère de la Santé a créé des groupes de travail (appelés « observatoires ») pour différents secteurs. En France, les associations et les syndicats sont très puissants et protectionnistes. Le ministère peut utiliser des modèles dans chaque secteur professionnel pour prévoir l'offre et la demande de personnel en santé.

Bureau des professions de la santé
Ministère de la santé et des services à la population des États-Unis (HHS)

Le HHS est mandaté pour l'exécution des programmes fédéraux, mais les États administrent leurs propres services de santé. Une foule de programmes et d'activités ont été recommandés et doivent être examinés. Des initiatives, notamment le National Center for Health Workforce Analysis, sont prises conjointement par l'administration fédérale et les États pour combler les pénuries de ressources humaines en santé à l'échelle nationale.

Les États-Unis connaissent une pénurie de personnel clé dans le domaine de la santé et il existe de nombreux programmes pour remédier à cette situation. Les régions les plus affectées par les pénuries de fournisseurs de soins de santé sont désignées *Health Professional Shortage Areas* (HPSA) et on leur attribue une cote entre 0 et 25 (25 étant la cote des pénuries les plus graves).

Le remboursement des prêts étudiants est la stratégie qui fonctionne le mieux pour combler les pénuries. Les futurs fournisseurs de soins primaires (voir ci-dessous) peuvent voir leur prêt remboursé s'ils consentent à exercer dans des régions mal desservies pendant au moins trois ans. Ce programme connaît un taux de succès impressionnant – 55 % des fournisseurs demeurent dans la HPSA parfois jusqu'à 15 ans de plus que le temps nécessaire au remboursement. Cela a permis à des populations de plusieurs régions mal desservies d'avoir accès aux soins et d'assurer une continuité des soins. Il existe aussi un programme de bourses, mais il n'a pas autant de succès que le programme de remboursement des prêts. (Le taux de défaillance est de 80 % pour le programme de bourses et de 20 % pour le programme de prêts).

Les fournisseurs de soins primaires ciblés par ce programme sont les pédiatres, les spécialistes en médecine interne, les médecins de famille, les obstétriciens, les infirmières praticiennes, les sages-femmes, les infirmières cliniciennes spécialisées, les dentistes et les conseillers en santé mentale.

En ce qui a trait à la pénurie d'infirmières, trois nouveaux programmes ont été mis en œuvre pour faciliter le recrutement et le maintien des effectifs.

Des fonds sont offerts aux établissements d'enseignement pour perfectionner les compétences des infirmières et conserver ainsi les effectifs; p.ex. former des aides infirmières pour qu'elles deviennent infirmières et puissent ainsi gravir les échelons des carrières en sciences infirmières.

Programmes d'internat et de résidence – un programme de mentorat des étudiantes en soins infirmiers à de nouvelles diplômées pour que celles-ci acquièrent une meilleure expérience du travail et de la pratique clinique.

Programme d'amélioration des soins aux patients – des cliniques et des hôpitaux reçoivent des fonds pour permettre aux infirmières de discuter en groupes des problèmes de recrutement et de maintien des effectifs, de cerner les obstacles et de trouver des solutions à ces problèmes.

Il existe aussi un programme de remboursement de prêt étudiant en sciences infirmières pour promouvoir le placement des infirmières dans les régions en pénurie.

Le cadre des fonctions des infirmières est très varié selon les régions. Certains États autorisent les IP à remplir intégralement le cadre de leurs fonctions (surtout dans les régions rurales) tandis que d'autres imposent plus de limites. Le Massachusetts est un bon exemple d'État progressiste dans l'usage des IP.

On a de la difficulté à attirer des MG pour dispenser les soins primaires. Pour régler ce problème, le HHS parraine une semaine des soins de santé primaires comportant des téléconférences et d'autres activités promotionnelles dans les écoles de médecine.

L'usage de la technologie de la télésanté est largement répandu à l'ensemble des États-Unis.

Le Area Health Education Center (AHEC) est un autre programme qui relie des sites cliniques à des établissements d'enseignement par le placement rotatif des étudiants en médecine, des internes et des résidents dans les régions mal desservies afin qu'ils puissent mieux se familiariser avec le travail sur le terrain.

Santé des populations autochtones

Les réserves indiennes sont considérées comme des régions mal desservies et sont gérées comme les HPSA à l'aide de programmes de l'Indian Health Services Unit du HHS. Le service de santé publique des États-Unis (USPHS), qui relève du bureau du Surgeon General, s'occupe aussi de la dotation en personnel dans les réserves. Une initiative est en cours pour attirer plus d'Autochtones et de membres d'autres groupes minoritaires à faire carrière dans les professions de la santé.

U.S. National Institutes of Health, Indian Health Services

Description générale

Le National Institute of General Medical Sciences (NIGM) et le Indian Health Services (IHS) ont établi conjointement un nouveau programme visant à promouvoir, à développer et à appuyer des centres reliant la communauté autochtone américaine à des organismes de recherche. Des NARCH (Native American Research Centers for Health) ont été établis en septembre 2000 dans le cadre de ce programme. Les NARCH sont axés sur l'état de santé des populations autochtones et la recherche en la matière.

Les NARCH regroupent sous un partenariat stratégique la mission de recherche et de formation du NIGM et la mission des IHS de répondre aux besoins en matière de santé des Amérindiens et des communautés autochtones de l'Alaska. Caractéristique innovatrice : les NARCH incluent les Amérindiens comme partenaires de recherche et non pas comme sujets de recherche. Le programme vise à former des chercheurs autochtones émotivement intéressés par la recherche sur des questions qui les touchent de près.

Les NARCH ont aussi un mandat de formation des cadres chez les scientifiques et les professionnels de la santé amérindiens spécialisés dans le domaine biomédical et les sciences du comportement qui pourront livrer concurrence pour l'obtention d'une subvention du NIH. Un autre objectif est d'accroître la capacité des organismes de recherche et des organisations amérindiennes de travailler en partenariat à l'élaboration de propositions et de projets de recherche.

Le programme offre des fonds pour des projets de recherche scientifique présentés par les facultés, y compris des projets pilotes de recherche, et soutient aussi des projets visant à accroître les compétences en recherche des étudiants amérindiens en sciences.

Le HIS a la responsabilité première des soins de santé des Amérindiens et cette initiative a été élaborée par l'IHS et le NIGM à la suite d'une conférence sur les besoins en formation parrainée par les deux organismes. C'est un partenariat relativement nouveau (3 ans) visant à renforcer les capacités. Il fait suite à une table ronde à laquelle ont participé le NIH et l'IHS ainsi qu'un groupe sélectionné de participants, notamment des médecins, des institutions de recherche, des conseils de la santé et des chercheurs amérindiens. Les discussions ont porté avant tout sur le développement des capacités en premier lieu et non pas sur la façon de traiter ou d'aborder des maladies en particulier. Le groupe a jeté les bases des NARCH, en a établi les objectifs et les principes directeurs et leur a donné leurs « lettres de noblesse ».

Mandat

L'IHS et le NIH ont mis au point un programme taillé sur mesure. Le Congrès a mandaté l'IHS et lui a permis d'accorder des subventions à même les fonds du NIH. Les tribus en sont bénéficiaires et choisissent les projets qui présentent de l'intérêt et de l'importance à leurs yeux. Ces subventions contribuent aussi au développement de l'infrastructure et des capacités (voici de bons exemples : la tribu Apache de White Mountain en Arizona a conclu un partenariat avec le

programme de MPA de l'université John Hopkins, et le conseil régional de la santé des Amérindiens de Portland soutient la recherche postdoctorale en accordant des subventions aux étudiants méritants).

L'engagement actuel (2000-2005) est de 20 millions de dollars US pour les cinq premières années de fonctionnement des NARCH. Le Congrès s'est engagé en principe à financer les NARCH pendant cinq autres années (2005 à 2010) à hauteur de cinq millions de dollars US chaque année. La subvention fédérale est assortie de contributions du secteur privé, par exemple les instituts du cancer. Il existe actuellement 10 projets pluriannuels (d'une durée d'environ 4 ans).

Les NARCH représentent un programme très intéressant et innovateur, qui a un très fort potentiel de développement des capacités de recherche en santé des Autochtones. Il permet aussi de créer des liens et des partenariats solides entre les établissements de recherche, les tribus et les conseils de santé, qui travaillent ensemble à régler des questions de santé qui touchent expressément les populations amérindiennes. Plusieurs des projets de recherche se consacrent à réduire les disparités entre les populations amérindiennes et le reste de la population des États-Unis, à accroître le nombre de chercheurs autochtones et à étudier les facteurs de risque pour les populations autochtones.

Royaume Uni

Service national de la santé (NHS)

Le NHS s'est fixé comme objectif d'accroître le nombre de postes dans toutes les professions de la santé et a ensuite comblé ces postes au moyen de quatre initiatives :

- 1) embaucher du nouveau personnel au pays ou à l'étranger;
- 2) réduire le nombre d'employés qui quittent leurs fonctions;
- 3) mettre en place des programmes de retour au travail;
- 4) apporter des changements dans les programmes touchant les effectifs.

Le programme de retour au travail a été le moyen le plus rapide et le plus efficace d'augmenter les effectifs : 20 000 intervenants sont revenus en l'espace de trois ou quatre ans. Des enquêtes ont été menées pour savoir pourquoi les gens avaient quitté leur emploi et les problèmes identifiés ont été réglés. Il convient de signaler que le taux de rémunération venait au 6^e rang des raisons pour lesquelles les personnes avaient quitté leur emploi. Le mode de vie était parmi les premières raisons, lesquelles étaient similaires aux problèmes déterminés et réglés par l'initiative n° 2 « keep what you have » (conservez vos acquis).

Les changements touchant les effectifs sont axés sur les mots d'ordre suivants : avoir plus de personnel qui travaille différemment; supprimer les barrières traditionnelles et permettre à chaque groupe professionnel de remplir le cadre intégral de ses fonctions; modifier le système de rémunération pour mieux tenir compte des compétences.

Des plus en plus de postes d'auxiliaires sont créés au sein de toutes les professions – auxiliaire médical, sage-femme auxiliaire, radiologiste auxiliaire, etc.

Parmi les « nouveaux » rôles on retrouve :

- *Evercare* – les infirmières sont formées à aider les patients souffrant de maladies chroniques à mieux se prendre en mains.
- Aide à domicile – des auxiliaires familiales aident les personnes qui viennent de recevoir leur congé de l'hôpital
- Infirmière prescriptrice
- Pharmacien prescripteur

Projet national de recrutement et de maintien des effectifs (NRRP)

Scientifiques

Ce bureau est responsable des « scientifiques », y compris les techniciens de laboratoire et les technologues en radiologie.

De nombreux programmes offrent des mesures d'encouragement, à partir d'une aide financière directe jusqu'à diverses formules de remboursement. On a constaté, toutefois, que les taux de recrutement et de maintien des effectifs s'étaient améliorés davantage dans les programmes qui

visent à améliorer la qualité de vie au travail. Le programme IWI (Improving Working Lives Initiative) prévoit, entre autres choses, les possibilités suivantes :

- horaires de travail flexibles (travail à temps partiel/horaires variables, etc.);
- développement personnel (cours, e-apprentissage, plan de carrière intégré);
- retraite flexible (les professionnels peuvent travailler leurs dernières années à temps partiel ou assumer des responsabilités de gestion réduites mais conservent leur régime de retraite selon leurs années de service antérieur les mieux rémunérées).

Professions paramédicales

Ce bureau est responsable des intervenants dans les professions paramédicales, par ex. les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, etc.

Dans les régions où le recrutement est difficile, on cherche surtout auprès de la population locale stable, on assigne ces personnes à des postes d'assistants et on leur donne l'occasion de suivre une formation plus poussée et officielle.

Il existe des programmes dans les écoles – même aux premiers niveaux – pour encourager les élèves à envisager une carrière dans les professions de la santé et à choisir leurs cours en conséquence. On a besoin de programmes pour améliorer et élargir les champs d'activité afin d'inclure une base socioéconomique et ethnique plus large dans ces professions. Les RHS sont habituellement des femmes blanches de la classe moyenne. Pour mieux servir la population, on s'efforce de changer ce stéréotype.

L'unité travaille à renforcer l'équipe de soins primaires par une meilleure définition du rôle de chaque membre.

Les malades chroniques qui vivent à domicile ne sont pas toujours enchantés de voir défiler une troupe de professionnels qui envahissent leur maison. On privilégie donc une petite équipe de fournisseurs de soins ou des généralistes multidisciplinaires. À cette fin le rôle de n'importe quel thérapeute peut être élargi pour englober des aspects du travail qui, autrement, serait accompli par une autre profession (exemple : des conseils en nutrition fournis par un physiothérapeute).

Il est essentiel d'harmoniser les nécessités du service et les besoins des membres du personnel. Dans les postes difficiles à combler où le taux d'épuisement professionnel est élevé, il faut un solide soutien et une bonne supervision ainsi qu'un plan qui donne au professionnel l'occasion d'effectuer des travaux moins contraignants, de connaître le « plan de match » et d'établir son plan de carrière en conséquence.

Personnel de soutien

Ce bureau est responsable du personnel de soutien (personnel de cuisine, préposés au nettoyage, etc.) y compris les **aides-infirmières**, mais plusieurs de ses programmes sont aussi offerts aux infirmières, techniciens, etc.

La clé du succès réside dans la formation et le recours au personnel de soutien. Les plans de carrière et les programmes d'amélioration des compétences réussissent à garder le personnel au sein du système. On a constaté que les encouragements financiers ne peuvent, à eux seuls, attirer et conserver les effectifs. Des heures de travail plus flexibles, de l'aide au déplacement et aux frais de garderie sont plus attrayantes que les primes en argent. Autrement dit, il faut réduire le stress au travail. Le NHS ne peut pas concurrencer financièrement le secteur privé dans de nombreuses professions, mais il peut offrir des bons régimes de retraite, de la formation en cours d'emploi et des cours de recyclage. Le système appelé National Vocational Qualifications, par exemple, permet d'embaucher une aide-infirmière et de lui offrir de la formation afin qu'elle puisse gravir les échelons et obtenir une année sabbatique rémunérée pour devenir une infirmière diplômée.

Le programme national de recrutement et de maintien des effectifs travaille en collaboration avec les centres d'emploi locaux qui versent des prestations aux chômeurs à encourager ces derniers (les personnes les moins instruites, celles qui maîtrisent mal la langue anglaise et les personnes ayant des problèmes de santé physique ou mentale) à joindre les rangs des effectifs de la santé. Le programme recrute au sein de la collectivité locale (salons de l'emploi) et offre des programmes de pré-emploi qui sont suivis d'une formation en cours d'emploi. On espère que cette stratégie à long terme permettra de renouveler les effectifs pour les générations futures. L'objectif est d'établir un effectif diversifié (ethnique) qui reflète la réalité démographique de la population desservie.

Un grand nombre des bénéficiaires ou des cibles de ce programme ont éprouvé des problèmes de santé mentale ou de stress. Il arrive souvent que ces personnes se révèlent de très bons employés dans des établissements de santé mentale, car ils peuvent mieux comprendre les patients.

Changements au sein des effectifs

Ce programme examine les structures et le rôle des professions dans l'optique du changement et du développement de nouveaux rôles. Par exemple, le recours au personnel de soutien en physiothérapie et en ergothérapie, le recours aux aides-infirmières et aux sages-femmes auxiliaires qui peuvent permettre aux infirmières à faire plus de travail clinique.

Infirmières prescriptrices

Plus de 25 500 infirmières de districts et d'infirmières visiteuses ont reçu de la formation pour prescrire des médicaments à partir d'un formulaire, et 2 000 autres infirmières sont qualifiées pour prescrire des médicaments à partir du *Nurse Prescribers Extended Formulary*. Plus de 1 400 de ces infirmières et **100 pharmaciens reçoivent une formation comme prescripteurs supplémentaires.** (www.nurse-prescriber.co.uk/news/news_roundup.htm).

Une étude du ministère de la Santé révèle que les soins aux patients sont meilleurs dans les endroits où les infirmières peuvent être prescriptrices. Les ordres professionnels des **physiothérapeutes, des podiatres et des radiologistes ont élaboré un programme de formation pour que leurs membres deviennent prescripteurs**, et il est aussi question que les **diététiciennes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les prothésistes et les orthodontistes** soient ajoutés à la liste des professionnels autorisés à prescrire des médicaments.

Health Workforce Advisory Committee
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (MOH)

Le déploiement des effectifs en santé n'est pas centralisé en Nouvelle-Zélande. Les soins sont assurés par 21 conseils de districts (DHB) qui travaillent avec les responsables de l'éducation à mettre sur pied des équipes de spécialistes et des équipes de MG et de sages-femmes. Il y a seulement neuf infirmières praticiennes dans tout le pays, mais on prévoit que le nombre augmentera dans les années à venir.

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a adopté une loi-cadre pour élargir le cadre des fonctions des IP. Le pays est en voie d'accorder aux IA le droit de prescrire des médicaments.

Le Maori Provider Development Scheme fait partie de l'engagement du gouvernement à soutenir la prestation de services de santé efficaces. Le fonds est géré par le MOH et les DHB concernés et le financement est versé directement aux programmes de santé axés sur la population aborigène.

Les structures existantes reposent sur les MG et le MOH veut mettre en place des équipes multidisciplinaires.

Les intervenants en santé mentale reçoivent une formation distincte de niveau 4 (par comparaison, les IA sont formées au niveau 6 qui est celui du baccalauréat) et la majeure partie de la formation est acquise en milieu de travail. Les besoins se sont accrus depuis la désinstitutionnalisation des patients.

La Nouvelle-Zélande analyse actuellement les résultats de la recherche sur les effectifs en vue d'améliorer les soins aux personnes âgées en fournissant la formation aux préposés. On examine également la question des travailleurs réglementés et non réglementés afin de s'assurer que les normes des soins sont maintenues. On considère que les travailleurs dans ce domaine sont mal payés.

De nouveaux programmes de premier cycle universitaire ont été créés pour former des infirmières spécialisées en santé mentale. Une nouvelle catégorie d'infirmières – les « infirmières inscrites » – envahit le cadre des fonctions des IA. Il existe une longue tradition de sages-femmes en Nouvelle-Zélande.

Queensland Rural Medical Support Agency (QRMSA) www.qrmsa.com.au

La mission du QRMSA consiste à améliorer les relations entre les professionnels de pratique générale, les autres fournisseurs de soins primaires et les collectivités, et à trouver des solutions viables sous le signe de la diversité culturelle et de l'innovation dans le développement et le soutien des effectifs.

Parmi les programmes de recrutement et de maintien des effectifs on retrouve :

- Enseignement médical et formation (ateliers, stages cliniques en milieu hospitalier, soutien dans l'exercice des fonctions)
- Évaluation des données de la recherche – le système d'information permet d'exercer une bonne surveillance, de répartir les effectifs et de faire de la planification proactive.
- Programme de suppléance
- Recrutement de MG
- Soutien familial
- Usage rationnel des médicaments – les pharmaciens fournissent des services aux médecins ruraux (visites, téléconférences, séances d'information)

Utilisation des pharmaciens en milieu rural

Home Medicine Review est un service coopératif axé sur le consommateur par lequel les MG et les pharmaciens locaux visent à optimiser l'usage des médicaments et à prévenir les problèmes liés à la consommation. Le consommateur est dirigé vers le pharmacien. Celui-ci procède à une entrevue avec le consommateur pour obtenir des renseignements sur sa médication. Cette information est évaluée et mise par écrit et le pharmacien en discute avec le MG. Le MG et le consommateur conviennent ensuite d'un plan de gestion des médicaments. La participation du consommateur à la mise au point de ce plan est essentielle à sa réussite.

Australie
Université James Cook (JCU)
Rural Health and Workforce Research Unit

Toutes les universités sont tenues d'intégrer dans leurs programmes de premier cycle en soins de santé des stages en milieu rural à différentes étapes de la formation des étudiants en médecine, en sciences infirmières et en pharmacie, afin d'accroître les possibilités de placement dans ce milieu après l'obtention de leur diplôme. On peut s'acquitter de dettes de bourses en travaillant en milieu rural, mais on peut aussi racheter les bourses.

Jusqu'à tout récemment, toutes les écoles de médecine étaient situées dans le Sud et en milieu urbain. JCU a maintenant une école de médecine dont les premiers diplômés sortiront sous peu. Sa mission consiste à attirer des étudiants des régions rurales et à les doter des compétences et de la confiance qu'il faut pour exercer en milieu rural. On leur enseigne comment faire preuve d'empathie et connaître la population qu'ils seront appelés à desservir. Plus de 80 % des inscriptions sont celles d'étudiants provenant de milieux ruraux (on a revu les conditions d'admission à la baisse, mais on n'accepte toujours que « la crème de la crème »). Le programme des sciences infirmières, par contre, est offert depuis 15 ans et les étudiants ruraux affichent un bon taux de persévérance. Le programme de pharmacie est offert depuis six ans et l'ergothérapie depuis cinq ans. On offrira bientôt un programme en physiothérapie.

Infirmières praticiennes. L'Australie n'a pas d'infirmières praticiennes (le lobby du corps médical est encore très puissant), mais on se dirige lentement vers l'adoption de cette catégorie professionnelle.

Infirmières exerçant en milieu éloigné ou isolé. La loi interdit à quiconque, sauf un médecin, d'assumer la responsabilité première d'un patient, mais l'infirmière est souvent la seule personne de la localité à avoir une formation en soins de santé.

Médecins. La durée moyenne du placement des médecins en milieu rural est de deux ou trois ans. Les nouveaux « étudiants ruraux » manifestent le désir d'exercer en milieu rural, mais ne sont pas toujours intéressés à retourner dans leur milieu d'origine.

Suppléance. Un bon programme de suppléance est une nécessité. Les médecins ruraux sont assurés de dix semaines de congé parce qu'on estime qu'il doivent s'éloigner de temps à autre de la collectivité pour refaire le plein d'énergie. Les médecins suppléants doivent avoir travaillé en milieu rural pendant au moins cinq ans, car il faut des bons suppléants pour remplacer les médecins ruraux en congé.

Le recours aux intervenants indigènes est le meilleur modèle de prestation de services de santé en milieu rural. Il comporte trois niveaux.

- 1) L'intervenant est le premier point de contact. Il écoute le patient et peut parfois régler lui-même le problème. Dans le cas contraire, le patient passe au niveau 2 accompagné par l'intervenant au besoin.
- 2) L'infirmière évalue le patient.
- 3) Le médecin est le dernier point de contact.

À chaque niveau, le cadre des fonctions est exercé intégralement. On évite que des médecins fournissent des services que d'autres peuvent fournir à moindre coût, par exemple, la prise de tension artérielle.

L'intervenant est partie prenante de la collectivité et remplit bien d'autres fonctions que la stricte prestation de services de santé. Il connaît parfaitement la culture et peut agir à titre de traducteur. Outre la formation et l'éducation permanente des intervenants, on a mis au point des modules de formation pour élargir leurs compétences dans la gestion des services et la collecte de données de recherche.

North West Allied Health Services. On a adopté l'approche du travail en équipe. Le médecin ne se rend plus seul faire la tournée des collectivités rurales ou isolées. Une équipe de trois travailleurs de la santé voyage ensemble. Alors qu'auparavant le service tenait plutôt du cataplasme, qu'il y avait un fort taux de roulement du personnel et bien peu de continuité dans les soins, cette approche a permis d'accroître le taux de satisfaction des patients et de maintien de l'effectif des intervenants. Chacun s'épaulé mutuellement et l'intervenant se sent moins isolé.

On a fini par admettre que l'ancienne méthode de transposition du modèle urbain à une échelle réduite dans les milieux ruraux ne fonctionne pas. Il faut rechercher des nouveaux modèles et impliquer davantage les collectivités dans la détermination des services dont elles ont besoin.

Australie

A National Training and Employment Strategy for Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workers and Professionals Working in Aboriginal and Torres Strait Islander Health, National Health and Medical Research Council, 1997

[\(www.health.gov.au/nhmrc/publication/\)](http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/)

Dans sa stratégie de déploiement des ressources humaines en santé, l'Australie met particulièrement l'accent sur le recrutement et la formation de travailleurs de la santé aborigènes pour desservir les collectivités éloignées et isolées. Le contrôle par la collectivité et la prestation des services de santé dans le respect de la culture sont des principes fondamentaux. On intègre aussi les méthodes traditionnelles de guérison dans la prestation des services de soins primaires.

Les conditions de vie des aborigènes et des insulaires de Torres Strait sont lamentables. L'accès aux services est restreint et il y a pénurie de travailleurs de la santé. Leur état de santé est déplorable comparativement aux autres Australiens qui ont réussi à réduire le taux de mortalité infantile et les taux de morbidité et de mortalité. L'espérance de vie des aborigènes est de 16 à 18 ans inférieure à celle des non-aborigènes.

Le rôle du personnel médical, infirmier et paramédical a été élargi pour mieux desservir les collectivités éloignées et les milieux ruraux. Pour ce qui est des infirmières, deux séries de normes sont en cours d'élaboration : une pour les infirmières de pratique avancée et l'autre pour les infirmières dans les collectivités éloignées. Les médecins qui travaillent en milieu éloigné sont habituellement des généralistes qui ont reçu une formation spéciale en médecine rurale et, idéalement, en santé aborigène.

Une autre initiative de déploiement consiste en l'élaboration d'un cursus pour la profession de « travailleur de la santé auprès des aborigènes et des insulaires de Torres Strait ». Un profil des compétences a été établi pour cette désignation et comprend les soins cliniques (premiers soins, tri des patients), soins pédiatriques, soins alimentaires, counselling, soins d'urgence, recherche sur les collectivités.

La NACCHO (National Aboriginal Community-Controlled Organisation) est « l'autorité suprême » en matière de santé aborigène. Elle compte parmi ses membres 127 ACCHS (Aboriginal community-controlled health services) de l'Australie dans les milieux urbains, ruraux et éloignés. Les ACCHS sont des services de soins primaires élaborés par et pour les collectivités aborigènes locales afin de leur assurer une prestation de services holistique et adaptée à la culture dans leur milieu de vie. Depuis 30 ans, plus de 120 ACCHS ont été créés dans toute l'Australie pour fournir des soins de santé primaires à la population aborigène, en particulier dans les endroits où celle-ci ne peut avoir accès aux services offerts à l'ensemble de la population australienne ou lorsque ces services ne sont pas adaptés à la culture aborigène. Les ACCHS sont mis en place et dirigés par les collectivités aborigènes locales et fournissent des services de santé à une partie importante de la population aborigène. En employant et en formant des intervenants en santé, les ACCHS sont le plus gros employeur de travailleurs aborigènes en Australie.

Les AACHS sont une authentique initiative communautaire qui a permis aux collectivités de s'approprier leurs services de santé. Ils sont financés à même les fonds publics et fonctionnent en complète autonomie. La gamme des services varie d'une région à l'autre : médecin ou infirmière seulement jusqu'à une équipe multidisciplinaire comprenant un dentiste, un psychologue, un pharmacie sur place et des soins prénataux. En vertu du programme national *Medicare*, les services sont offerts sans frais pour l'utilisateur. La majorité de la population aborigène de l'Australie a recours aux AACHS.

Institut de la Banque mondiale

Les fournisseurs des pays du tiers-monde tels que l'Inde et en Afrique ne veulent pas vivre dans les régions rurales et les objectifs de l'OMS en matière de soins primaires sont le cadet de leurs soucis. Mis à part les vrais « saints et saintes », ce sont des guérisseurs traditionnels sans aucune compétence qui prodiguent la majorité des soins primaires dans les régions rurales du tiers-monde.

Les meilleurs fournisseurs de soins primaires sont les ingénieurs qui nettoient les égouts et approvisionnent les villages en eau propre.

Parmi les exemples de méthodes innovatrices de déploiement, il conviendrait d'assurer une rotation de médecins suppléants et des campagnes massives de vaccination.

Résumé d'autres documents consultés dans le cadre de l'analyse de la conjoncture

Société de la médecine rurale du Canada

Selon le ratio par habitant, les soins primaires en milieu rural sont parmi les plus efficaces au Canada. De nombreux médecins offrent des soins d'obstétrique et des services médicaux aux malades hospitalisés. Les médecins ruraux ont une charge de travail plus lourde, travaillent de plus longues heures, fournissent une grande variété de services dans divers milieux, et font moins d'aiguillage et d'admissions que leurs collègues des milieux urbains.

Plusieurs documents de travail de la Société – disponibles sur le site <http://www.srpc.ca>¹ – portent sur la **politique de renouvellement des soins primaires** et font état de la tendance à la fois nouvelle et ancienne de donner aux médecins de famille de la formation en anesthésie et en chirurgie, y compris les césariennes qui historiquement ont toujours été pratiquées par les médecins de famille en milieu rural.

Exposé de position sur la formation des médecins de famille en anesthésie (publié en anglais seulement le 29 mars 2001). Ce document recommande que les facultés de médecine familiale offrent de la formation en anesthésiologie pour répondre aux besoins des collectivités rurales. Il préconise aussi l'adoption de normes nationales comportant un agrément et une vérification des compétences à l'échelle nationale, et que les médecins puissent suivre une formation médicale continue.

Exposé de position sur la formation des médecins de famille en chirurgie générale (publié en anglais seulement le 5 janvier 1999). Selon ce document, 31,6 % des Canadiens vivent dans des collectivités rurales comptant jusqu'à 10 000 habitants. Seulement 4 % des spécialistes vivent en milieu rural et, même s'il y a plus de chirurgiens généralistes que d'autres spécialistes, très peu vivent dans des collectivités de moins de 10 000 habitants. Les résultats d'une enquête menée en 1992 auprès des hôpitaux ontariens comptant moins de 100 lits pour soins de courte durée ont révélé que 30% connaissaient une pénurie de chirurgiens généralistes et que 61 % prévoient une pénurie dans les cinq années à venir. Pour que les chirurgiens généralistes puissent exercer à plein temps en milieu rural, celui-ci doit compter entre 15 000 et 25 000 habitants. Les chirurgiens généralistes à plein temps ont besoin de salles d'opération, d'infirmières et de personnel de soutien. Selon le document, les médecins-chirurgiens généralistes pratiquant à la fois la médecine familiale et des chirurgies limitées peuvent combler les besoins des collectivités rurales.

La majorité des médecins-chirurgiens généralistes ont reçu leur formation à l'étranger (notamment en Afrique du Sud et au Royaume-Uni). Or, pour des raisons très complexes, de moins en moins de médecins formés à l'étranger peuvent exercer leur profession dans les milieux ruraux du Canada.

¹ Dans la colonne de gauche, cliquer sur *Français*, puis sur *Bibliothèque sous Réseau*. Cliquer ensuite sur *Enter the Library* au bas de la page. Un nombre infime de documents sont publiés en français. (N.d.T.)

Comme l'effectif actuel vieillissant abandonne de plus en plus la pratique, la question de la relève devient d'autant plus épineuse.

Le document intitulé *Towards Integrated Medical Resource Policies for Canada*, de Maurice Barer et Greg Stoddart (1991), démontre la nécessité de former davantage de médecins-chirurgiens généralistes.

En Australie, la faculté de médecine rurale du Royal Australian College of General Practitioners a mis au point un programme de formation spécialisée en anesthésie, en obstétrique et en chirurgie à l'intention des médecins généralistes ruraux.

Les écoles de médecine de l'Afrique du Sud offrent une formation supérieure en chirurgie aux médecins généralistes. Le Royaume-Uni délivre des diplômes en chirurgie générale, en obstétrique et en anesthésie.

Il existe très peu de renseignements sur les résultats pour les patients de la pratique chirurgicale des médecins généralistes au Canada. Une étude menée en Colombie-Britannique a examiné les résultats des appendicectomies sur une période de cinq ans et a constaté que le taux de complications était comparable entre les médecins-chirurgiens généralistes et les chirurgiens généralistes «Board Certified».

Instrument Development: Index of Interdisciplinary Collaboration, Bronstein, Laura R. (2002), *Social Work Research*, 26 2) 113-123).

Ce modèle utilisé actuellement à l'Î.-P.-É. et à Terre-Neuve-et-Labrador met l'accent sur la pratique en collaboration. L'approche de la médecine familiale repose sur les principes de la pratique coopérative et ce modèle permet de déterminer dans quelle mesure ces principes sont appliqués et de renforcer la coopération au sein des équipes de soins primaires.

En ce qui a trait aux **stratégies de mise en œuvre**, le document intitulé *Collaboration in Primary Care - Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care* publié par l'Ontario College of Family Physicians en mai 2000, en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, présente un modèle de pratique coopérative qui détermine le rôle et les fonctions des partenaires et passe en revue les services que l'équipe doit fournir. Il s'agit d'un outil d'aide à la prise de décision qui tient compte de la population à desservir, de la nature et du type de services à offrir, du cadre d'exercice, ainsi que des compétences et préférences des partenaires. La conception d'une pratique coopérative optimale à l'aide de cet outil permet de tirer profit du meilleur des compétences des fournisseurs de soins et de personnaliser la réponse aux besoins des bénéficiaires.

Ergothérapeutes

(extraits du site www.caot.ca)

Dans son document intitulé *Prise de position : Le personnel auxiliaire dans les services d'ergothérapie* (2003), l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) soutient la

participation du personnel auxiliaire à la prestation de services d'ergothérapie lorsque sa contribution rehausse la qualité des services. [...]

Les membres du personnel auxiliaire sont désignés sous divers titres. Les titres les plus souvent cités sont : aide-ergothérapeute (rehabilitation ou therapy assistants, OT aide, occupational therapy assistant (OTA), OT technician), aide soignant, adjoint à la gestion de cas, éducateur adjoint, travailleur de la santé, infirmière auxiliaire, aide-infirmière, préposé aux soins et bien d'autres titres tels que aide-enseignant, moniteur d'activités et technicien d'atelier. [...]

Ces formations vont des études collégiales ou universitaires d'une durée de 1 à 2 ans [...] de même que la formation acquise exclusivement en milieu de travail.

L'ACE croit qu'il est essentiel de mener des études sur les ressources humaines en ergothérapie et sur le personnel auxiliaire pour forger l'avenir des services d'ergothérapie au Canada. Les recherches sur les ressources humaines effectuées en collaboration avec des membres, des parties prenantes, des sources de financement, des décideurs et des planificateurs de politiques en matière de santé sont fondamentales à l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services fondés sur l'utilisation judicieuse du personnel auxiliaire.

Prise de position sur les soins de santé primaires (2000)

L'ergothérapie assume un rôle de premier plan dans les soins de santé primaires.

Prise de position sur les soins de santé à domicile (2000)

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) considère que les soins de santé à domicile sont une partie essentielle et intégrante du continuum de services de santé offerts aux Canadiens.

Document de travail sur les données relatives aux ressources humaines en ergothérapie : sources, utilisation et interprétation [*Background Paper on Occupational Therapy Human Resource Data: Sources, Utilization and Interpretative Capacity*] établi par D. Parker-Taillon and Associates pour l'Association canadienne des ergothérapeutes (2003).

Il existe une grave pénurie d'ergothérapeutes dans tout le Canada. Au cours de la dernière décennie, l'exercice de la profession s'est déplacé des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée vers les cliniques communautaires, les écoles ou les soins à domicile. On doit élaborer un inventaire et une étude documentaire y compris une analyse des lacunes des données en ressources humaines reliées aux ergothérapeutes. Une bonne planification des ressources humaines en ergothérapie s'impose dans l'optique de la collaboration interdisciplinaire.

Document de référence en matière de ressources humaines. Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie (2002). [Un très court résumé est présenté en français sur le site www.physiotherapy.ca. Le document intégral intitulé *Physiotherapy Health Human Resources* est publié en anglais seulement sur le même site.]

On recommande la création d'une initiative nationale de planification des ressources humaines en matière de physiothérapie qui fera en sorte qu'il y ait un nombre suffisant de physiothérapeutes. Cette initiative comprendra une analyse de l'offre et de la demande, la mise en place d'une base de données nationale, une analyse du marché du travail ainsi qu'une analyse de l'incidence des changements dans le système de santé et des percées technologiques sur le rôle des physiothérapeutes. La base de données permettra de constituer un cadre de planification des ressources humaines en physiothérapie qui pourra se greffer à la planification des ressources humaines dans les autres domaines de la santé, ce qui permettra de répondre aux besoins des Canadiens en la matière.

Le rôle des auxiliaires en physiothérapie a été documenté pour la première fois dans le rapport intitulé *Competency Profile: Essential Competencies of Physiotherapist Support Workers in Canada* (2002). On peut le commander sur le site www.physiotherapy.ca. On signale dans le **document de référence en matière de ressources humaines** (2002) que ce groupe professionnel est mal défini et que l'Enquête sur la population active n'est pas assez précise. Les auxiliaires en physiothérapie sont munis d'un diplôme, mais ne sont pas agréés. Il est donc difficile d'évaluer combien d'entre eux travaillent et la composition de la population active. Les aides en physiothérapie sont les travailleurs qui ont reçu la formation sur le tas ; et leurs postes sont mal définis. Ils font néanmoins partie des effectifs de physiothérapie et ont un impact sur la prestation de services de physiothérapie.

Strengthening Primary care in Nova Scotia Communities

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse (2001)

Cette brochure décrit les progrès accomplis dans l'adoption d'un système de soins primaires. Quatre projets pilotes (cliniques expérimentales) ont été mis sur pied dans lesquels une infirmière praticienne travaille en collaboration avec un ou plusieurs médecins de famille et d'autres membres d'une équipe multidisciplinaire de fournisseurs de soins primaires. La *Nova Scotia Pharmacy Act* et les règlements connexes ont été modifiés pour permettre aux pharmaciens d'exécuter les ordonnances des IP.

Ordre des pharmaciens du Québec (www.opq.org)

Le cadre des fonctions des **pharmaciens** s'élargit rapidement et est différent selon les régions du Canada. Les techniciens en pharmacie exercent de plus en plus de fonctions qui étaient autrefois réservées aux pharmaciens. Diverses dispositions législatives permettent aux pharmaciens de prescrire des médicaments sans l'autorisation préalable d'un médecin (par exemple « la pilule du lendemain » au Québec). Les pharmaciens exercent principalement leur profession en milieu communautaire ou dans les établissements de santé. Les pharmaciens des établissements de santé peuvent gérer la pharmacothérapie – ils ne peuvent pas délivrer des ordonnances, mais peuvent modifier le dosage des médicaments; ils peuvent aussi exercer des fonctions médicales déléguées, par exemple le monitoring de la cholestérolémie, de l'hypertension, du diabète et des anticoagulants. Le cadre des fonctions des pharmaciens des établissements de santé est beaucoup

plus large et est régi par les règlements internes des établissements. Ils ont normalement accès aux dossiers des patients (contrairement à leurs collègues qui exercent en milieu communautaire). Le Québec a pris des initiatives très intéressantes et est en avance sur les autres provinces dans l'approche cognitive des services. Les pharmaciens peuvent en outre offrir des services de contraception orale d'urgence.

The Pharmacist Workforce, A Study of the Supply and Demand for Pharmacists. Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Décembre 2000. Ministère de la santé et des services à la population des États-Unis (US DHHS)

Il existe une pénurie de pharmaciens autorisés aux États-Unis (attribuable à un accroissement rapide de la demande et à la difficulté d'augmenter l'offre). Les pharmaciens occupent le troisième rang des groupes de professionnels de la santé. Ils font donc face à une hausse sans précédent du volume de travail et à un élargissement correspondant de l'éventail des activités, aussi bien dans le commerce de détail que dans les établissements de santé. Au cours de la prochaine décennie, la pharmacie passera du stade de profession axée sur les produits au stade de profession axée sur le soin des malades (Cf.: American College of Clinical Pharmacy). Les pharmaciens offrent maintenant un éventail beaucoup plus vaste de services : conseils aux patients sur l'usage approprié des médicaments prescrits, pharmacovigilance, gestion thérapeutique de certains états pathologiques, intégration à des équipes multidisciplinaires de cliniciens, consultation sur la consommation de médicaments, information sur les médicaments, gestion des formulaires, initiatives de santé publique (lutte contre le tabagisme, éducation sur le diabète, campagnes de vaccination), etc. Ils contribuent aussi à des initiatives visant à réduire les erreurs liées à la médication qui ont atteint des proportions alarmantes aux États-Unis. Selon les estimations, les coûts de morbidité et de mortalité qu'entraînent de telles erreurs s'échelonnent entre 77 et 136 milliards de dollars par année. Les programmes d'études et le cadre des fonctions des pharmaciens évoluent. Le doctorat en pharmacie allonge la durée des études et accroît la durée des stages pratiques. De nos jours, les techniciens en pharmacie exercent bien des tâches qui étaient autrefois accomplies par les pharmaciens. Ces derniers exécutent maintenant des programmes de gestion thérapeutique de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, le taux élevé de cholestérol et l'hypertension. En collaboration avec les médecins, les pharmaciens peuvent procéder à l'évaluation des patients, commander des tests de laboratoire relatifs à une pharmacothérapie, administrer des médicaments et surveiller et rajuster la médication.

Le principal problème réside dans la reconnaissance de la pharmacie comme étant un « service de soins cognitivo-comportementaux » facturable aux assureurs. De nombreux États ont majoré le nombre d'actes professionnels en pharmacie pour englober les nouveaux actes.

Des études ont démontré une amélioration de la gestion des soins aux patients dans certains cas et une diminution des coûts de traitement (p. ex. le projet d'Asheville en Caroline du Nord).

Outils d'aide à la prise de décision

Innovative Scheduling Practices: A Resource Guide. Groupe de travail provincial composé de membres de la Health Employers Association of British Columbia et de la British Columbia Nurses' Union (octobre 2003).

Ce système d'ordonnancement financé par le Ministry of Health Planning Nursing Directorate a pour objectif d'appuyer le recrutement et le maintien des effectifs infirmiers et d'accroître le taux de satisfaction au travail – autant de facteurs essentiels à la santé et à la durabilité des effectifs. La nécessité de systèmes d'ordonnancement innovateurs a été démontrée ces dernières années par les pénuries de ressources humaines en soins infirmiers, le vieillissement de la population active et le problème de la conciliation travail-famille.

Ce guide de ressources vise à aider les gestionnaires, les infirmières de chevet et les délégués syndicaux à explorer et mettre en place des systèmes d'ordonnancement novateurs. Il a été élaboré à la suite d'une analyse documentaire, d'un examen de la profession, de l'élaboration d'un cadre de travail, de séances avec des groupes témoins et de la détermination de thèmes, de recommandations et de stratégies de mise en œuvre comprenant une évaluation structurée.

Un ordonnancement flexible et innovateur peut aussi aider les infirmières gestionnaires dans la dotation en personnel pour les quarts de travail difficiles.

Les thèmes et les recommandations visant à offrir différentes options aux gestionnaires qui supervisent l'ordonnancement des soins infirmiers ont été élaborés au cours de la phase 1 du projet. La phase 2 porte sur la détermination, la mise en œuvre et l'évaluation de projets pilotes.

Ressource clinique pour l'introduction de nouvelles compétences/fonctions chez les IAA

Asking Key Questions to Support Quality Care. Août-novembre 2003, LPN Competency Guidelines Advisory Committee, Ministry of Health Planning

Cet outil comprend un cadre de travail pour aider les employeurs et les gestionnaires dans la prise de décision sur l'ajout de compétences ou de fonctions à l'exercice du rôle des IAA dans les différents milieux de la santé.

Cet outil peut aider les gestionnaires à évaluer les aspects cliniques de la décision d'optimiser le cadre des fonctions des IAA. Les facteurs dont il faut tenir compte dans la prise de décision sont, entre autres, le contexte de la pratique, les besoins des clients, les dispositions législatives, le milieu de travail et la compétence professionnelle.